

MISCELLANEA

APAV

DEZ 2023 — Nº 19

REVISTA SEMESTRAL
GRÁTIS

01.
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
– UM TERMO RECENTE
PARA DENOMINAR
UM FENÓMENO ANTIGO
CATARINA BARATA

02.
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
– NA PELE DAS MULHERES
SARA DO VALE

03.
ENTREVISTA
A MICHEL ODENT
LAURA RAMOS

04.
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
E A LEI – UM CAMINHO
FEITO DE MÃOS DADAS?
VÂNIA SIMÕES
FRANCISCA SOROMENHO
E MARIA DE ALMEIDA

05.
RACISMO OBSTÉTRICO
EM PORTUGAL
– UMA VERDADE ESCONDIDA
CAROLINA COIMBRA
KARLA COSTA
PATRÍCIA GRAÇA
EUNICE BALDÉ
E LAURA BRITO

06.
DIREITOS, RESISTÊNCIAS E
MUDANÇAS NOS CUIDADOS
PERINATAIS DURANTE A
PANDEMIA POR COVID-19
EM PORTUGAL – O PAPEL E A
AÇÃO DA APDMGP
DULCE MORGADO NEVES
E CATARINA BARATA

07.
ENTREVISTA A
BÁRBARA HARPER
LAURA RAMOS

08.
A PERSPETIVA
DE UMA EESMO
– A DISSONÂNCIA NA
REDE DE CUIDADOS
OBSTÉTRICOS
SUSANA CORREIA

09.
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
EM PORTUGAL
– UMA PERSPETIVA
DE UM MÉDICO
– A EXAUSTÃO DO SNS
LARA DOMINGUES DIOGO

FICHA TÉCNICA

REVISTA MISCELLANEA
Nº REGISTO ERC: 127611 – JULHO 2023

PROPRIETÁRIO
APAV | ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA
NIPC: 502 547 952

DIRETORA
ROSA SAAVEDRA

FOTOGRAFIAS
ANDRÉ CEPEDA

DESIGN EDITORIAL
RITA CASTELO BRANCO

IMPRESSÃO E ACABAMENTO
PUBLIREP - PUBLICIDADE & REPRESENTAÇÕES LDA. | RUA PARTICULAR
APM ARMAZÉM Nº 6 | 2790-192 CARNAXIDE

TIRAGEM
50 EXEMPLARES

ESTATUTO EDITORIAL
DISPONÍVEL *ONLINE* EM BIT.LY/ESTATUTOEDITORIAL_MISCELLANEA

SEDE DE REDAÇÃO E SEDE DO EDITOR
RUA JOSÉ ESTEVÃO 135-A | 1150-201 LISBOA | PORTUGAL

CONTACTOS
+351 21 358 79 00 | APAV.SEDE@APAV.PT | WWW.APAV.PT

NOTA:
Foi dada liberdade aos/às autores/as dos artigos que constam do presente número da Revista MISCELLANEA APAV para redigi-los, ou não, ao abrigo das normas do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, tendo cada um/a optado individualmente

ÍNDICE



EDITORIAL

pág. 4

NOTAS BIOGRÁFICAS

pág. 6

01.
**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
– UM TERMO RECENTE
PARA DENOMINAR
UM FENÓMENO ANTIGO**

CATARINA BARATA

pág. 11

02.
**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
– NA PELE DAS MULHERES**

SARA DO VALE

pág. 19

03.
**ENTREVISTA A
MICHEL ODENT**

LAURA RAMOS

pág. 25

04.
**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
E A LEI – UM CAMINHO
FEITO DE MÃOS DADAS?**

VÂNIA SIMÕES
FRANCISCA SOROMENHO
E MARIA DE ALMEIDA

pág. 33

05.
**RACISMO OBSTÉTRICO
EM PORTUGAL
– UMA VERDADE ESCONDIDA**

CAROLINA COIMBRA
KARLA COSTA
PATRÍCIA GRAÇA
EUNICE BALDÉ
E LAURA BRITO

pág. 43

06.
**DIREITOS, RESISTÊNCIAS E
MUDANÇAS NOS CUIDADOS
PERINATAIS DURANTE
A PANDEMIA POR COVID-19
EM PORTUGAL – O PAPEL
E A AÇÃO DA APDMGP**

DULCE MORGADO NEVES
E CATARINA BARATA

pág. 49

07.
**ENTREVISTA A
BÁRBARA HARPER**

LAURA RAMOS

pág. 55

08.
**A PERSPETIVA
DE UMA EESMO
– A DISSONÂNCIA
NA REDE DE CUIDADOS
OBSTÉTRICOS**

SUSANA CORREIA

pág. 65

09.
**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
EM PORTUGAL
– UMA PERSPETIVA
DE UM MÉDICO
– A EXAUSTÃO DO SNS**

LARA DOMINGUES DIOGO

pág. 75

EDITORIAL

A Edição #19 da *Miscellanea* foi pensada e elaborada no âmbito da parceria estabelecida entre a APAV e a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP), tendo por objetivo a divulgação de estudos e informação sobre a violência obstétrica. Procurámos sondar vários interlocutores da sociedade civil, e pensamos ter conseguido um número plural e diverso. Estas reflexões partem de várias vozes: do ativismo, da academia, e de profissionais de saúde. Conta com a contribuição inestimável do fotógrafo André Cepeda para “dar imagem” a este número. O primeiro texto, da investigadora e antropóloga Catarina Barata, introduz-nos ao conceito técnico e sociológico de violência obstétrica. Denunciando-o como um fenómeno antigo, descortina para a sua origem histórica no sistema de prestação de cuidados. Segue-se a contribuição de Sara do Vale, que no seu trabalho como ativista e doula reuniu as experiências das principais vítimas da violência obstétrica, as mulheres. Fazendo um enquadramento ao ativismo internacional e nacional, reflete no que as mulheres querem e como podemos travar este fenómeno. O terceiro contributo integra entrevista da jornalista Laura Ramos a Michel Odent, o reputado obstetra francês, cujas obras revolucionaram a forma como se pensa em nascer. De seguida, a contribuição técnica de três juristas

feministas, a advogada e investigadora Vânia Simões, a investigadora e jurista Francisca Soromenho, e a advogada Maria Almeida, que inquiram a natureza da violência obstétrica como conceito jurídico, dando-lhe um enquadramento internacional e nacional, para depois questionar como devemos prosseguir. Da SaMaNe — Associação Saúde das Mães Negras e Racializadas em Portugal, nas vozes das ativistas e investigadoras Carolina Coimbra, socióloga, Karla Costa, nutricionista especialista na intersecção entre raça e nutrição, Patrícia Graça, psicóloga, Eunice Baldé, gerontóloga social e especialista em saúde pública, e Laura Brito, antropóloga médica e doutoranda em colonialismos e cidadania global, recebemos um importante estudo da violência obstétrica enquanto violência de género com enfoque no racismo obstétrico, que junta a violência obstétrica com a violência racista e xenófoba. O sexto artigo é um estudo das investigadoras Dulce Morgado Neves, socióloga e docente universitária, e Catarina Barata, investigadora e antropóloga, que olha como a prestação de cuidados de saúde materna e obstétrica em Portugal se degradou durante a Pandemia por COVID-19 e de que forma o associativismo pela saúde sexual e reprodutiva das mulheres, nomeadamente a APDMGP, reagiram e resistiram a estas mudanças. Segue-se uma segunda contribuição da jornalista Laura Ramos,

que entrevistou Bárbara Harper, enfermeira e parteira internacional especialista no parto humanizado, numa conversa que se foca no parto na água e na fisiologia do parto não-intervencionado. Os dois últimos textos são especiais por virem de quem está na linha da frente da prestação de cuidados de saúde. Primeiro, da autoria da Enfermeira Susana Correia, denunciando a dissonância na rede de cuidados obstétricos na voz de uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, e o último da autoria da médica de família e ativista Lara Diogo, focando-se na exaustão do Serviço Nacional de Saúde. São retratos duros e humildes das dificuldades de prestação de cuidados materno-fetais de qualidade face a diretrizes contraditórias, uma enorme escassez de recursos e uma pressão sobre os cuidadores, desconfiança e dificuldades de comunicação entre todos os atores intervenientes: as famílias, os diversos profissionais de saúde, as instituições e os vários organismos do Estado. Gostaríamos de agradecer a todo o trabalho voluntário que tornou este número possível, a colaboração da APAV e das pessoas voluntárias que organizaram e prepararam a revista, às associações aqui representadas, outras associações que estão em campo e que se associaram a este projeto, como o Observatório de Violência Obstétrica (OVO), a todas as autoras e autores, investigadoras e investigadores e ativistas desta causa.

Não será um número fácil de se ler, porque expõe a limpo o lado lunar do trabalho na justiça social: cru, aparentemente inglório, cansativo e frequentemente desanimador. Queremos sublinhar que nem tudo é negro. Desde logo, todas estas pessoas e instituições se comprometem com uma visão colaborativa e subscrevem uma mensagem de esperança. No labor diário do ativismo tem-se conseguido uma maior literacia acerca da violência obstétrica, que desencadeia uma resistência coletiva aos retrocessos nos direitos sexuais e reprodutivos. Números como esta #20 *Miscellanea* são fundamentais para se ler, não só pelo seu teor informativo, como em prol da mobilização. Sabemos que não é fácil mudar o Mundo, mas consideramos que a proteção da dignidade da pessoa humana na garantia dos seus direitos na gravidez e parto é um excelente lugar para se começar.

FRANCISCA SOROMENHO (APDMGP)
E ROSA SAAVEDRA (APAV)

NOTAS BIOGRÁFICAS

ANDRÉ CEPEDA

Fotógrafo que aborda questões ligadas à paisagem, arquitetura, evolução e transformação da sociedade contemporânea portuguesa. Desde 1999 expõe e publica o seu trabalho, tendo recebido nesse ano uma bolsa para uma residência no *Espace Photographique Contretype* (Bruxelas). Nomeado para o Prémio Novos Artistas Fundação EDP (2007) e para o BES Photo (2010). Selecionado para o prémio Foam Paul Huf (2011), realiza residência artística em São Paulo, com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian e da FAAP (São Paulo), publicando o livro “Rua Stan Getz”. Recebeu o prémio do Atelier-Museu Júlio Pomar/ EGEAC (2016), com uma residência artística na Residency Unlimited (Nova Iorque). Neste momento está a fazer uma Residência de Artista de um ano na FRAC Nouvelle Aquitaine MECA em Bordéus, França. Entre os diversos espaços em que expôs, destacam-se os seguintes: Rialto6 (Lisboa); FRAC Nouvelle Aquitaine MECA (França); MAAT (Lisboa); Cristina Guerra Contemporary Art (Lisboa); Benrubi Gallery (Nova Iorque); Fridman Gallery (Nova Iorque); Galeria Pedro Oliveira (Porto); Museu Nacional de Arte

Contemporânea (Lisboa); Kasseler Fotoforum (Kassel); Invaliden1 Galerie (Berlim); Espace Photographique Contretype (Bruxelas); standard/deluxe (Lausana); MARCO (Vigo); LE BAL (Paris); Haus der Photographie (Hamburgo); Wohnungsfrage — Haus der Kulturen der Welt (Berlim); Fondation Calouste Gulbenkian (Paris); Museu Oscar Niemeyer (Rio de Janeiro); CAIXA Cultural (Rio de Janeiro); MASP (São Paulo); Museu de Serralves (Porto) e a representação portuguesa na 16.ª Bienal de Arquitectura de Veneza. A sua obra encontra-se representada em múltiplas coleções públicas e privadas.

BÁRBARA HARPER

Enfermeira e parteira, Barbara Harper é reconhecida internacionalmente como uma das maiores especialistas em partos na água e nascimento humanizado. Dedicou a sua vida a mudar a forma como se acolhem os bebés no mundo e fundou a Waterbirth International, em 1988, para garantir que o parto na água seja uma opção disponível para todas as mulheres. Autora de vários artigos e do livro e filme “Gentle Birth Choices”, Barbara viaja frequentemente por todo o mundo para dar formação em hospitais, escolas de enfermagem e medicina,

para que possam integrar a imersão na água durante o trabalho de parto e nascimento nas suas maternidades.

CAROLINA COIMBRA

Licenciada em Sociologia e Pós-graduação em Sociologia da Família, Educação e Políticas Sociais pelo ISCTE, Pós-graduação em Gestão da Sustentabilidade pelo ISEG. Doula desde 2019. Presidente da direção da Associação SaMaNe.

CATARINA BARATA

Doutoranda em Antropologia no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS-UL), com uma pesquisa sobre perspetivas, discursos e representações acerca de experiências de violência obstétrica, com recurso à criação artística participativa: <https://galeriadasxperienciasobstetricas.wordpress.com>. Membro da Direção da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto – APDMGP e da Associação Terra Batida.

DULCE MORGADO NEVES

Socióloga, é membro da Direção da Associação Portuguesa pelos Direitos

da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP) e investigadora integrada no CIES-Iscte, onde coordena o nascer.pt – Laboratório de Estudos Sociais sobre Nascimento. Atualmente, é investigadora responsável pelos projetos de investigação "Ativismos do Nascimento na Europa: percursos, formas de ação e conquistas" (CIES-Iscte | 2018-2024) e "ABRIL MATER: maternidade e parto antes e depois da Revolução" (CIES-Iscte | 2023-2024).

EUNICE BALDÉ

Gerontóloga Social. Licenciada pela Escola Superior de Educação de Coimbra. Mestre em Saúde Pública pela faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Atualmente desenvolve o seu trabalho gerontológico num lar de idosos.

FRANCISCA SOROMENHO

Doutoranda em Direito na Universidade de Lisboa, investigadora no IURIS – Instituto de Investigação Interdisciplinar, e assistente convidada na Faculdade de Direito de Lisboa, investiga a temática na interseccionalidade no Direito. Suplente da Direção da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na

Gravidez e Parto, membro da Direção da Associação Nacional dos Profissionais Liberais, e membro da Associação Portuguesa de Mulheres Juristas. E-mail: mfmcss@gmail.com

KARLA COSTA

Nutricionista, Licenciada pela Universidade Federal de Pernambuco. Especialista em Saúde da Família, pela Universidade de Pernambuco. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, pela Universidade Federal de Pernambuco. Doutora em Saúde Pública, pela Fundação Oswaldo Cruz-PE. Vice-presidente da Associação SaMaNe. Seu trabalho tem ênfase na atenção primária a saúde, na nutrição e alimentação, na interface entre raça e saúde e nas políticas de saúde.

LARA DOMINGUES DIOGO

Médica com Mestrado Integrado em Medicina (MIM) na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa concluído em 2011. Completou o Internato Médico em Medicina Geral e Familiar na Administração Regional de Saúde da Zona Centro (ARS Centro). Aqui trabalhou no Centro Hospitalar de Coimbra e no Centro

Hospitalar Universitário de Coimbra. Fez a sua formação médica na UCSP Celas. Integra como médica especialista jovem em grupos de trabalho que se dedicam ao estudo da Equidade e da Violência, no âmbito do Movimento Vasco da Gama (Vasco da Gama Movement), nomeadamente o Grupo Equally different (EQUIP) e Grupo Family Violence desde 2018. Integra como sócia efectiva a APDMGP desde 2019, colaborando em alguns dos grupos de trabalho da associação como o da Formação, da Comunicação, do observatório e é coordenadora e moderadora do grupo *Por falar em Nascer Montijo*. Médica especialista em Medicina Geral e da Família no ACES Baixo Mondego na USF Caminhos do Cértoma numa extensão localizada no Luso até junho de 2019. Desde julho de 2019 que trabalha no ACES Arco Ribeirinho da Administração Regional de Saúde de Lisboa Vale Tejo (ARSLVT) na UCSP Montijo. Desde outubro de 2022 que trabalha como médica de família e é coordenadora da 4ª unidade dedicada ao atendimento dos utentes sem médico ou SAUSM designada Via Verde Montijo, situado na cidade do Montijo do ACES Arco Ribeirinho, ARSLVT. Tem feito investigação e colaborado em estudos

na área da investigação em fisiopatologia, microbiologia, medicina geral e familiar, violência doméstica, equidade, saúde materno-infantil, rastreios oncológicos, prevenção primária, prescrição social, telemedicina e inovação em medicina.

LAURA BRITO

Antropóloga, mestre em Antropologia Médica pela Universidade de Coimbra e doutoranda em Pós-colonialismos e cidadania global, na mesma instituição. Tem investigado sobre experiências perinatais, competência cultural em saúde e a influência do racismo nos cuidados de saúde.

LAURA RAMOS

Jornalista desde 2000, tem uma pós-graduação em Fotografia e certificação internacional em Design de Permacultura. Após três partos em ambiente hospitalar, que foram tudo menos felizes, tornou-se associada efetiva da APDMGP — Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, em 2017. Autora da Petição Nº 507/XIII/3, contra a Violência Obstétrica nos blocos de parto dos hospitais portugueses,

que foi discutida em Plenário na Assembleia da República, e levou à apresentação de várias medidas por diferentes partidos políticos, no sentido de reforçar os direitos das mulheres na gravidez e no parto.

MARIA DE ALMEIDA

É advogada e formadora. Tirou o Mestrado em Ciências Jurídico criminais onde defendeu a tese “Violência Obstétrica : *nulla poena sine lege?*”. Atualmente frequenta a Pós-Graduação em Responsabilidades Parentais no Centro de Investigação de Direito Privado na Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa. É ativista pelos direitos reprodutivos das mulheres, sendo sócia da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP) e da Associação Portuguesa das Mulheres Juristas (APMJ).

MICHEL ODENT

Nascido em França em 1930, Odent estudou medicina em Paris, especializou-se em cirurgia e mais tarde, na década de 1950, em Obstetrícia. Foi responsável pelas unidades cirúrgicas e de maternidade do hospital Pithiviers, em França, onde

NOTAS BIOGRÁFICAS

desenvolveu um interesse especial pelos factores ambientais que influenciam o processo de nascimento. Pioneiro na introdução dos conceitos de salas de parto, parto na água e sessões de canto para mulheres grávidas, Odent, que se define como “um estudante interdisciplinar da natureza humana”, tem mais de 15 livros publicados em 22 idiomas. Nos últimos anos, focou-se na possível evolução do Homo sapiens em relação às formas modernas de nascer.

PATRÍCIA GRAÇA

Psicóloga, licenciada pela Universidade Autónoma de Lisboa, frequência em pós-graduação de Consulta de Psicologia e Psicoterapia, formação e experiência enquanto Terapeuta Comportamental ABA (perturbações gerais do desenvolvimento, em particular do Espectro do Autismo). Atualmente, tem desenvolvido o seu trabalho nas áreas: educacional (intervenção em contexto escolar, com alunos que apresentem dificuldades de aprendizagem e comportamental) e social (intervenção no contexto comunitário). Prática clínica privada.

SARA DO VALE

Sara do Vale formou-se doula em Inglaterra com a organização Nurturing Birth em 2014. Como Doula, vê nascer bebés nos mais variados contextos, escolhas, vontades e quadros clínicos. Foi no contraste entre as opções e possibilidades de parto disponíveis às mulheres inglesas e às portuguesas que se sentiu impulsionada a fundar a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, onde trabalha todos os dias para que os direitos humanos na gravidez e no parto sejam uma realidade em Portugal. Tem o Certificado de Competências Pedagógicas pelo CCP; e dedica-se, atualmente, à formação, *coaching* e mentoria no contexto dos direitos reprodutivos e acompanhamento da mulher e sua família no momento da gravidez, parto e pós-parto.

SUSANA CORREIA

Enfermeira desde 2004, com experiência de exercício profissional em cuidados intensivos, concluiu o curso de pós-licenciatura da especialização em Enfermagem de saúde Materna e Obstetrícia em 2013, e Mestrado na área

de Vinculação Precoce na Escola Superior de Saúde de Santarém, em 2015. Integrou como Enfermeira Especialista grupos de trabalho pelo parto fisiológico no serviço de sala de partos da maternidade Alfredo da Costa, onde exerceu em Lisboa, e integra desde 2018 o ACES Arco Ribeirinho onde é elemento de interligação com a equipa de Saúde Materna e Obstetrícia do grupo de interligação com o Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, sendo também, desde 2022, responsável pelas consultas autónomas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, das consultas de enfermagem de vigilância e rastreio de saúde ginecológica e área de planeamento familiar na 4ª unidade no SNS, dedicada em exclusivo ao atendimento de utentes sem médico de família ou SAUSM.

VÂNIA SIMÕES

Assistente Convidada da Faculdade de Direito da UNL e da Universidade Autónoma de Lisboa. Advogada e Investigadora. Membro da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto e da Associação Portuguesa de Mulheres Juristas. *E-mail* adv.vaniasimoes@gmail.com



01.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA – UM TERMO RECENTE PARA DENOMINAR UM FENÓMENO ANTIGO

CATARINA BARATA

Resumo

A violência obstétrica é reconhecida como uma forma de violência baseada no género com prevalência global. Estudos recentes mostram que Portugal não é exceção, confirmando uma normalização de múltiplas formas de maus-tratos no contexto dos serviços de assistência obstétrica que há muito vêm sendo denunciadas através de relatos partilhados nas redes sociais. Fruto de um sistema social altamente hierarquizado que se reflete no sistema de prestação de cuidados, a violência obstétrica enquanto categoria sublinha o carácter estrutural desta forma de maus-tratos, e o debate acerca do fenómeno aponta para a necessidade de mudança de paradigma na assistência obstétrica.

O que é a violência obstétrica?

A violência obstétrica é constituída pelos maus-tratos no contexto da assistência obstétrica, na preconcepção, procriação medicamente assistida (PMA), gravidez, parto e pós-parto, incluindo na interrupção voluntária ou médica da gravidez (IVG e IMG), por parte de qualquer interveniente que esteja implicado no sistema de prestação de cuidados, da/o profissional de saúde a técnicos/as e auxiliares, passando por pessoal administrativo e de segurança. Constituem desrespeito e abuso no contexto da assistência obstétrica todas as interações ou condições dos serviços que o consenso local considera humilhantes ou não dignificantes, que são experienciadas enquanto tal ou que têm intenção de o ser¹.

Os maus-tratos podem revestir-se de muitas formas, das mais declaradas, como a agressão física, às mais subtis, como o tratamento condescendente e a coação. No cerne desta forma de abuso está a violação da integridade e autonomia da pessoa em processo de concepção, gestante, parturiente ou puérpera, em qualquer dimensão que a constitua, da física à emocional, incluindo a cultural, espiritual e social².

O termo violência obstétrica foi cunhado por ativistas latino-americanas no início do século XXI, que com ele pretendiam sublinhar o carácter estrutural e sistémico desta forma de violência contra as mulheres, reconhecendo os seus vínculos com dinâmicas sociais mais amplas, de assimetrias de poder entre grupos³. Fruto da desigualdade estrutural, a violência obstétrica afeta todos os envolvidos, das mulheres⁴, bebés, acompanhantes e famílias aos/ às prestadores/as de cuidados⁵ e demais funcionários/as das instituições de saúde, sendo prevalente em todos os contextos de prestação de cuidados, incluindo aqueles mais associados a privilégios de classe, como o setor privado⁶. O múltiplo agravamento por critérios de alteridade aumenta a vulnerabilidade de pessoas que não correspondem aos quadros normativos da sociedade heteropatriarcal, nomeadamente pessoas racializadas, migrantes ou refugiadas, de identidades de género, orientações

¹ Freedman *et al.*, 2014. Para uma sistematização das categorias que constituem maus-tratos, ver Bowser e Hill, 2010; Bohren *et al.*, 2015 e Castro e Savage, 2019.

² Castañeda, Hill e Searcy, 2022; Goberna-Tricas e Boladeras, 2018; Pickles e Herring, 2019; Quattrocchi e Magnone, 2020; van der Waal *et al.*, 2021.

³ Castro e Erviti, 2014; Castro e Savage, 2019; Diniz *et al.*, 2015; Sadler *et al.*, 2016.

⁴ Reconhecendo que nem todas as pessoas que têm experiências de gravidez e parto se identificam enquanto mulheres (LGBT Foundation, 2022; Ross e Solinger, 2017), utilizo o termo “mulheres” para significar pessoas que tencionam engravidar, gestantes, parturientes ou puérperas, considerando que a violência obstétrica é um tipo de violência baseada no género que historicamente afetou e continua a afetar maioritariamente mulheres.

⁵ Ver, neste volume, Correia, 2023.

⁶ Barata 2022c.

sexuais ou conjugais não normativas, de estatuto socioeconómico baixo e/ou portadoras de incapacidade, tornando-as mais suscetíveis de vir a sofrer violência obstétrica⁷. Para dar conta das opressões e desigualdades raciais nos cuidados obstétricos, a expressão racismo obstétrico foi recentemente cunhado⁸.

O crescente reconhecimento desta forma de violação de direitos humanos por instituições internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU)⁹ ou o Conselho da Europa (CE)¹⁰, tem contribuído para a estabilização do conceito e para a visibilidade do fenómeno, apesar da disputa acerca do termo¹¹. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem vindo a sublinhar a importância da prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, preconizando práticas clínicas baseadas em evidência científica, promotoras do parto fisiológico e fundadas no tratamento respeitoso¹².

A crescente consciencialização na opinião pública de que estas violações de direitos humanos ocorrem de forma sistemática, nos serviços de obstetrícia, contribui para que cada vez mais mulheres venham a público denunciar as múltiplas formas de violência a que são sujeitas neste contexto. Muitas revelam ter passado por experiências negativas ou traumáticas de parto, devido ao tratamento de que foram alvo, com consequências a longo prazo. Na pior das hipóteses, podem sofrer de transtorno de stress pós-traumático (TSPT), depressão pós-parto (DPP) e ou disfunções a nível físico. Independentemente de haver um quadro clínico diagnosticado, as memórias do evento provocam um mal-estar e uma sensação de frustração que acompanham as vítimas por muito tempo, frequentemente associado a um sentimento de culpa, podendo afetar a autoestima das pessoas,

a vinculação com o bebé, o estabelecimento da amamentação, a identidade enquanto mulher e mãe, a vida sexual, a relação com o companheiro ou companheira e o funcionamento em sociedade.

Em Portugal, estudos recentes sobre as experiências de parto das mulheres têm demonstrado a prevalência de múltiplas formas de abuso e a normalização de procedimentos enquadrados como formas de violência obstétrica¹³.

A perceção das mulheres: objetificação, intervenção, coação

No âmbito do meu trabalho de investigação de doutoramento, ouvi inúmeros relatos de parto, com grandes variações entre si, mas com um denominador comum: a perceção por parte das mulheres de terem sido tratadas como um objeto, seja em todo o processo seja nalguma altura específica das interações com pessoal em instituições de saúde, durante o parto, em consultas ou no internamento hospitalar. As mulheres contam sentir-se objetificadas e desprovidas de humanidade ao dar entrada nas instituições. Perdem o nome, a identidade e a singularidade, as suas necessidades e preferências são ignoradas, como se deixassem de ter direito de ser, pensar e sentir. São alienadas dos processos de ação e decisão, como se não lhes dissesse respeito o que se passa com o seu próprio corpo ou não tivessem poder de decisão sobre o curso de ação¹⁴. As queixas mais frequentes são o tratamento rude e a falta de informação. As mulheres relatam vários tipos de maus-tratos, de agressões verbais declaradas a tratamento abusivo disfarçado por parte dos/as profissionais, que as fazem sentir como um empecilho nos serviços. O próprio corpo das mulheres é muitas vezes tratado como uma ameaça ao bebé e as preferências delas são consideradas caprichos supérfluos e potencialmente perigosos, havendo implicitamente um processo

de antagonização entre mãe e bebé.

A noção de risco é instrumentalizada para fragilizar a posição da mulher, muitas vezes ameaçada e culpabilizada por potenciais resultados adversos. A violência obstétrica ocorre, frequentemente, quando os planos dos/as profissionais assistentes se sobrepõem aos desejos das mulheres. A autonomia das mulheres é comprometida, quando a possibilidade de tomarem decisões é negada ou restringida, e a distribuição de poder é concentrada na figura do/a profissional.

Nada do que é feito no contexto de assistência obstétrica pode ser feito sem o real conhecimento, compreensão e aceitação da paciente, sendo o processo de consentimento informado boa prática clínica e dever legal dos/as prestadores/as de cuidados¹⁵. Este implica a prestação de informação acerca das situações clínicas e seus possíveis desfechos, riscos e benefícios de cada intervenção proposta, assim como alternativas, e prevê a possibilidade de recusa de tratamentos e intervenções. A coação é uma forma de desrespeito e abuso mais difícil de identificar. Muitas vezes está mascarada de orientação

técnica por parte dos/as especialistas.

A par de um tratamento condescendente, que vai minando a autoconfiança da pessoa, a informação é oferecida de forma parcial, tendenciosa e condicionadora da tomada de decisão, levando à aceitação de um curso de ação, por este se afigurar o único possível, influenciando o decurso dos eventos, sem que a paciente esteja na posse de toda a informação para poder tomar uma decisão realmente informada. Comunicar unilateral e veementemente à mulher que vai ter de ser feita uma qualquer intervenção, sem que sejam considerados todos os fatores, nomeadamente real necessidade clínica, potenciais riscos e alternativas, não constitui consentimento informado. Por exemplo, o condicionamento da mulher para uma cesariana, por razões de conveniência pessoal e não de real necessidade clínica, sem informar dos riscos acrescidos desta operação cirúrgica¹⁶, constitui uma forma exemplar de coação, muito comum no setor privado, em Portugal. Sabe-se que disparidades de práticas obstétricas entre países, regiões e instituições de saúde não têm justificação clínica, antes revelam

diferenças de culturas e práticas locais de assistência. Portugal apresenta das mais altas taxas de intervenção no parto da Europa, por exemplo a nível de cesarianas, episiotomias, partos instrumentados e outras intervenções não registadas oficialmente, como a manobra de Kristeller¹⁷. No nosso país, são ainda significativas as variações regionais¹⁸, assim como é notória a discrepância entre o setor público e privado no que diz respeito a taxas de intervenção. Este facto é revelador de motivações extra-clínicas em nada relacionadas com a saúde da mãe e bebé, pois as gravidezes de risco, mais propensas a partos por cesariana e outras intervenções, são preferencialmente seguidas no setor público¹⁹. A “epidemia de cesarianas” não é um exclusivo português, sendo uma crescente tendência global que preocupa os especialistas, pelo potencial de consequências nefastas a nível de saúde pública²⁰. Altas taxas de intervenção no parto são consideradas indicador de práticas assistenciais de baixa qualidade²¹. Uma abordagem “de mais, demasiado cedo” (*too much, too soon* – TMTS)²²



Imagem 1: Galeria das Experiências Obstétricas, obra de Laura Kennard (2019), em: <https://galeriadasexperienciasobstetricas.wordpress.com/>

⁹ Šimonovic, 2019.

¹⁰ Conselho da Europa, 2019.

¹¹ “Violência obstétrica”, “desrespeito e abuso” e “maus-tratos” são expressões usadas intercambiavelmente para denominar o mesmo fenómeno. As implicações políticas da escolha dos termos têm sido alvo de profícua reflexão e discussão na literatura científica (ver notas 1, 2 e 3).

¹² OMS, 2014; 2018.

¹³ Aires, 2023; APDMGP, 2015, 2019; Barata, 2022a, 2022b, 2022c, 2022d; Coimbra, Costa, Baldé, et al., 2023; Costa, Barata, Dias, et al., 2022; Costa, Brito, Coimbra, et al., 2022; Costa, Rodrigues, Dias, et al., 2022; Fedele e White, 2018; Lazzerini et al., 2022; Rohde, 2016. Ver também, neste volume, Vale, 2023.

¹⁴ Barata, 2022a, 2022b, 2022c, 2022d.

¹⁵ Sobre consentimento informado, ver Negrão em APMJ, 2023: 633-43.

¹⁶ Sandall et al., 2018.

¹⁷ Europeristat, 2010; Lazzerini et al., 2022.

¹⁸ Costa, Barata, Dias, et al. 2022.

¹⁹ Barata, 2022c; ERS, 2023.

²⁰ The Lancet, 2018.

é um dos aspetos mais comumente identificado e discutido no contexto da assistência obstétrica dos países "ocidentais", onde a sobremedicalização rotineira dos processos reprodutivos implica o uso desnecessário de intervenções sem base em evidência científica. As intervenções podem salvar vidas, quando usadas apropriadamente. Podem, no entanto, ser danosas, quando aplicadas de forma rotineira ou demasiado usadas. No extremo oposto do continuum dos cuidados de saúde materna, a abordagem "demasiado pouco, demasiado tarde" (*too little, too late* – TLTL), com a falta de assistência e a omissão de cuidados, tem como consequência um número significativo de mortes maternas por complicações perinatais que seriam fáceis de resolver a nível global (cerca de 95% das mortes maternas ocorrem em países de baixa e média renda, devido a hemorragias, infeções, pre-eclâmpsia e eclâmpsia, complicações do parto e aborto inseguro)²³. Embora TLTL seja tipicamente associada a países de baixa e média renda e TMTS a países de alta renda, as desigualdades sociais e de saúde significam que esses dois extremos do espectro de falta de cuidados

apropriados coexistem em muitos contextos, inclusive no português.

Medicalização e obstetria defensiva

Não sendo o tipo de tratamento descrito – desempoderador da paciente, pela alienação do seu próprio corpo e saúde – um exclusivo da obstetria, a patologização do corpo e dos processos reprodutivos tem, no contexto desta especialidade, implicações particularmente gravosas, pois a reprodução é tendencialmente constituída por processos fisiológicos normais, incluindo o parto, que na maioria dos casos não são desviantes ou patológicos.

A patologização de eventos normais da vida tem como consequência uma abordagem dos mesmos enquanto processos essencialmente médicos e o recurso a tecnologia para os mediar e remediar²⁴. Esta medicalização dos processos reprodutivos, *i.e.*, a definição e tratamento de eventos normais da vida enquanto problemas médicos, patológicos, assenta numa visão inerentemente sexista e mecanicista que desvaloriza o corpo feminino,

considerando-o um desvio do corpo normativo, por essência masculino, e intrinsecamente defeituoso e incapaz de efetuar os seus processos sem recurso a intervenção tecnológica²⁵.

Como toda a história do campo de saber e da prática da biomedicina, a da obstetria foi fortemente moldada por questões de classe e de género que tiveram implicações nas abordagens clínicas e nos consensos adotados²⁶. Ela está imbuída de lutas de poder que estabelecem a autoridade do conhecimento na figura máxima da hierarquia institucional hospitalar, nomeadamente o/a médico/a obstetra²⁷, em detrimento do saber de outros/as agentes, seja de profissionais de saúde de outras categorias seja do conhecimento que as pacientes têm acerca do próprio corpo²⁸. A tecnologia ocupa um lugar central no paradigma da assistência obstétrica vigente, o modelo tecnocrático²⁹. Neste contexto, aqueles que detêm o acesso, conhecimento e autoridade para manipular a tecnologia ocupam um lugar cimeiro, privilegiado e inquestionável. Há uma confusão de tecnologia com ciência, e a prática clínica nem sempre é baseada em evidência científica.

²¹ OMS, 2018.

²² Miller *et al.*, 2016.

²³ Sobre mortalidade materna, ver: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. O investimento na formação de parteiras e o acesso a cuidados liderados por parteiras tem sido apontado como a principal solução para este problema: <https://www.unfpa.org/news/empowering-and-investing-midwives-could-save-millions-lives-each-year>

²⁴ Conrad, 2007.

²⁵ Martin, 2001; Barata, Simões e Soromenho, 2023, no prelo.

²⁶ Wertz e Wertz, 1977; Owens, 2017.

²⁷ Historicamente masculino e em que a recente feminização das profissões de prestação de cuidados de saúde não se traduziu numa mudança de práticas, frequentemente sexistas, originalmente estabelecidas por atores masculinos, num sistema de dominação masculina. Para uma discussão da violência obstétrica enquanto violência baseada no género, ver Barata, Simões e Soromenho, 2023, no prelo.

²⁸ Davis-Floyd e Sargent, 1997. A antropóloga Brigitte Jordan avançou em 1978 com a noção de autoridade do conhecimento (authoritative knowledge) como central para compreender os processos de interação e negociação de poder no contexto do parto em instituições de saúde.

²⁹ Davis-Floyd, 2018.

“ Não corro o risco de me magoarem. Eu não existo.”

AMÁLIA.A. - GERADO POR INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

No mundo real, todas as crianças podem tornar-se vítimas. Tenha atenção aos sinais.

CHAMADA GRATUITA
116 006
LINHA DE APOIO À VÍTIMA
DIAS ÚTEIS DAS 08H-22H

APAV®
Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
Apoio à Vítima

A obstetrícia defensiva é resultado da crescente medicalização e do receio dos/as profissionais de saúde de poderem ser alvo de processos de litígio por negligência. As intervenções são frequentemente feitas sem considerar que nem sempre aumentam a segurança, e que frequentemente introduzem riscos adicionais, podendo ter efeitos clínicos nefastos. Muitas vezes, têm de ser feitas intervenções para contrabalançar os efeitos adversos de intervenções anteriormente feitas, num círculo vicioso a que se chama de “cascata de intervenções”. Um crescente número de profissionais de saúde reconhece as falhas no sistema e questiona práticas aprendidas e consolidadas. Os profissionais apontam lacunas na sua formação profissional, com carências a nível de promoção de normalidade e de justiça social efetiva. Cada vez são mais os que defendem uma mudança de paradigma no modelo de assistência e procuram mudar a sua prática.

Conclusão

A violência obstétrica manifesta-se de múltiplas formas, desde o tratamento desumanizador aos constrangimentos impostos pelo funcionamento das instituições, e acontece numa teia complexa de causas e efeitos, de comportamentos mais ou menos conscientes, que afeta negativamente todos os envolvidos. Baseado em ideologias de género que despojam as mulheres da capacidade de decisão sobre os seus próprios processos fisiológicos, o atual sistema biomédico é altamente hierarquizado e promove uma visão fragmentada e patológica dos processos reprodutivos femininos. As múltiplas formas de abusos e maus-tratos normalizadas neste sistema dificilmente podem ser erradicadas sem uma mudança estrutural, de paradigma, baseada na igualdade e no efetivo respeito mútuo.

Referências bibliográficas

- Aires, Elisa. 2023. Violência Obstétrica: estudo qualitativo sobre concepções e significados no contexto português. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Lusófona do Porto, Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto.
- APDMGP - Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (2015). Experiências de Parto em Portugal. Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto (2012-2015). Lisboa: APDMGP. https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%Aancias_Partos_Portugal_2012-2015.pdf
- APDMGP - Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (2019). Inquérito Experiências de Parto em Portugal. 2.ª edição: 2015-19. Lisboa: APDMGP. https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2020/12/Experi%C3%Aancias-de-Parto-em-Portugal_2edicao_2015-19-1.pdf
- Barata, C. (2022a). "“Mix of Races, Bad Uterus”: Obstetric Violence in the Experiences of Afro-Brazilian Migrants in Portugal". *Societies*, 12(3): 78. <https://doi.org/10.3390/soc12030078>
- Barata, C. (2022b). "The Gallery of Obstetric Experiences: addressing perceptions of obstetric violence through ethnography-based artistic experimentation". In *Modos de Fazer, Modos de Ser: Conexões parciais entre antropologia e arte*; Lacerda, R. e Fradique, T. (eds.). Lisboa: Etnográfica Press, pp.199-225.
- Barata, C. (2022c). "“You’re in a Hospital, not a Hotel!”: An Ethnographic Perspective on Consumer Culture, Privilege, and Obstetric Violence in Portugal". In *Obstetric Violence: Realities and resistance from around the world*; Castañeda, A.N., Hill, N., Searcy, J.J. (eds.); Toronto, CA: Demeter Press, pp.159-175.
- Barata, C. (2022d). "Body Broken in Half: tackling an Afro-Brazilian migrant’s experience of obstetric violence and racism in Portugal through art making". *(Con)textos*, 10: 65-84.
- Barata, C., Simões, V. e Soromenho, F. (2023, no prelo) "Obstetric Violence as Gender-based Violence." In *The Emerald International Handbook of Feminist Perspectives on Women’s Acts of Violence*; Banwell, S., Black, L., Cecil, D.K., Djamba, Y.K., Kimuna, S.R., Milne, E., Seal, L., Tenkorang, E.Y. (eds.); Londres e Nova Iorque: Emerald Publishing.
- Birthrights (2022). *Systemic Racism, Not Broken Bodies. An Inquiry into Racial Injustice and Human Rights in UK Maternity Care*. London. https://www.birthrights.org.uk/wp-content/uploads/2022/05/Birthrights-inquiry-systemic-racism_exec-summary_May-22-web.pdf Consultado em 9.12.2022.
- Bohren, M.A. *et al.* (2015). "The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review". *PLOS Med*, 12 (6): e1001847. doi:10.1371/journal.pmed.1001847.
- Bowser, D. e Hill, K. (2010). *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis*. Harvard School of Public Health.
- Brigidi, S., Castro, M.M.S. e Cuadros, R.M. (eds.) (2022). "La perspectiva interseccional en la salud sexual i reproductiva de les dones". *(Con)textos: revista d’antropologia i investigació social*, 10: VII-XII.
- Castañeda, A., Hill, N. e Searcy, J.J. (2022). *Obstetric Violence. Realities and Resistance from around the World*. Bradford, ON: Demeter Press.
- Castro, R. e Erviti, J. (2014). "25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México". *Revista CONAMED*, v. 19 (1): 37-42.
- Castro, A., Savage, V. e Kaufman, H. (2015). "Assessing Equitable Care for Indigenous and Afrodescendant Women in Latin America". *Pan Am J Public Health*, 38(2): 96-109.
- Castro, A. e Savage, V. (2019). "Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic". *Medical Anthropology*, 38(2): 123-136. DOI: 10.1080/01459740.2018.1512984
- Coimbra, C., Costa, K., Graça P., Baldé, E., e Brito, L. (2023). "Racismo obstétrico em Portugal: uma verdade escondida." *Miscellanea*, 18: XX-XX.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Conselho da Europa (2019). *Obstetric and gynecological violence. Resolution n. 2306*. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-EN.asp?FileID=28236&lang=EN>
- Correia, S. (2023). "A perspetiva de uma EESMO - a dissonância na rede de cuidados obstétricos." *Miscellanea*, 18: XX-XX.
- Costa, R., Barata, C., Dias, H., *et al.* (2022). "Regional differences in the quality of maternal and neonatal care during the COVID-19 pandemic in Portugal: Results from the IMaGiNE EURO study". *Int J Gynecol Obstet.*, 159(Suppl. 1): 137-153. doi:10.1002/ijgo.14507
- Costa, K.A.O. da, Brito, L.E.F., Coimbra, C.V.S., *et al.* (2022). "Racismo obstétrico em Portugal: Relato de experiência de um coletivo antirracista". *Forum Sociológico [Online]*,
- 41, posto *online* no dia 15 dezembro 2022, consultado a 30 janeiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.4000/sociologico.10673>
- Costa, R., Rodrigues, C., Dias, H., ... Barata, C., *et al.* (2022). "Quality of maternal and newborn care around the time of childbirth for migrant versus non-migrant women during the COVID-19 pandemic: Results of the IMaGiNE EURO study in 11 countries of the WHO European region". *Int J Gynecol Obstet*. 159(Suppl. 1): 39-53. doi: 10.1002/ijgo.14472
- Davis, D.A. (2019). "Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing". *Med. Anthropol.*, 38: 560-573.
- Davis-Floyd, R. (2018). "The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Birth and Health Care". In *Ways of Knowing about Birth: Mothers, Midwives, Medicine & Birth Activism*. Long Grove, IL: Waveland Press, pp. 3-43.
- Davis-Floyd, R. e Sargent, C. (eds.). (1997). *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-Cultural Perspectives*. Oakland, CA: University of California Press.
- Diniz, S., Salgado, H.O., Andrezzo, H.F.A., Carvalho, P.G.C., Carvalho, P.C.A., Aguiar, C.A., Niy, D.Y. (2015). "Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention". *Journal of Human Growth and Development*, v. 25 (3): 377-384. doi: 10.7322/jhgd.106080.
- Entidade Reguladora da Saúde - ERS. 2023. Acesso e atividade dos prestadores de cuidados de saúde de obstetrícia - partos. Porto: Portugal.
- Fedele, A. e White, J. (2018). "Birthing matters in Portugal: introduction". *Etnográfica*, 22 (3): 607-618. 10.4000/etnografica.5951
- Freedman, L.P. *et al.* (2014). "Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda". *Bulletin of the World Health Organization*, 92 (12): 915-917.
- Goberna-Tricas, J. e Boladeras, M. (coords.) (2018). *El concepto «violencia obstétrica» y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Madrid: Tecnos.
- Lazzerini, M. *et al.* (2022). "Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: *online* survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region". *The Lancet Regional Health - Europe*, 13. 10.1016/j.lanep.2021.100268
- LGBT Foundation (2022). *Trans + Non Binary Experiences of Maternity Services - Survey Findings, Report and Recommendations*. <https://dxfy8lrzbpwv.cloudfront.net/Files/97ecdaea-833d-4ea5-a891-c59f0ea429fb/ITEMS%2520report%2520final.pdf> Acesso 9.12.2022.
- Liese, K.L., Davis-Floyd, R., Stewart, K. e Cheyney, M. (2021). "Obstetric iatrogenesis in the United States: the spectrum of unintentional harm, disrespect, violence, and abuse". *Anthropology & Medicine*, 28(2): 188-204. DOI: 10.1080/13648470.2021.1938510
- Martin, E. 2001 (1987). *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Miller, S. *et al.* (2016). "Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide." *Lancet*, 388: 2176-92.
- Negrão, M. (2023). "Violência Obstétrica". In *Manual de boas práticas judiciais em matéria de violência de género e violência doméstica | Projeto “Mil Flores”*, Associação Portuguesa de Mulheres Juristas (ed.). Lisboa: AAFDL Editora: 611-49.
- Organização Mundial da Saúde - OMS (2015). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Geneva: WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
- Owens, D.C. (2017). *Medical Bondage: Race, Gender, and the Origins of American Gynecology*. Athens, GA: Univ. of Georgia Press.
- Pickles, C. e Herring, J. (2019). *Childbirth, Vulnerability and Law. Exploring Issues of Violence and Control*. London and New York: Routledge.
- Quattrocchi, P. e Magnone, N. (eds.) (2020). *Violencia Obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Argentina: EDUnla.
- Rohde, A.M. (2016). *A Outra Dor do Parto: Género, Relações de Poder e Violência Obstétrica na Assistência Hospitalar ao Parto*. Lisboa, FCSH – Universidade Nova de Lisboa, tese de mestrado.
- Ross, Loretta J., e Solinger, R. (2017). *Reproductive Justice. An Introduction*. Oakland, CA: Univ. of California Press.
- Sadler, M. *et al.* (2016). "Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence." *Reproductive Health Matters*, 24 (47): 47-55. DOI: 10.1016/j.RHM.2016.04.002.
- Sandall, J. *et al.* (2018). "Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children." *The Lancet*, 392: 1349-57.
- Savage, V. e Castro, A. (2017). "Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches". *Reproductive Health*, 14: 138. DOI: 10.1186/s12978-017-0403-5.
- Šimonović, D. (2019). *A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence*. New York: United Nations.
- The Lancet (2018). "Editorial: Stemming the global caesarean section epidemic." *The Lancet*, 392: 1279.
- Vale, S. (2023) "Violência obstétrica - na pele das mulheres". *Miscellanea*, 18: XX-XX.
- van der Waal, R., Mayra, K., Horn, A. e Chadwick, R. (2022). "Obstetric Violence: An Intersectional Refraction through Abolition Feminism." *Feminist Anthropology*, 4: 91-114. <https://doi.org/10.1002/fea2.12097>
- Wertz, R. e Wertz, D. (1977). *Lying In. A History of Childbirth in America*. New York, NJ: The Free Press.

02.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PELE DAS MULHERES

SARA VALE

“O machado esquece mas a árvore lembra-se.”

~ provérbio africano.

Foi Agnes Gereb, parteira e ativista húngara, que afirmou que “a liberdade de um país pode ser medida, pela liberdade para se parir”. De facto, como um espelho da sociedade, o parto, as atitudes e práticas que o rodeiam, e as experiências das mulheres, refletem o progresso conseguido no avançar dos direitos reprodutivos. Não podemos generalizar as experiências de todas as mulheres pois sabemos hoje que alguns grupos, como as mulheres migrantes, as mulheres negras, as mulheres que sofrem de alguma deficiência, entre outras, são mais propensas a sofrer discriminação e têm, juntamente com os seus bebés, maiores níveis de mortalidade e morbilidade. Sofrem de mais perigos físicos e emocionais durante a sua gravidez, parto e puerpério. Mas é possível afirmar que nenhuma mulher está livre de poder a vir a passar por algum tipo de trauma, discriminação ou maus tratos durante o período perinatal. Situações que seriam inadmissíveis em qualquer outro contexto, fazem parte do dia-a-dia dos cuidados de saúde materna, tanto nos países em vias de desenvolvimento, como nos ditos desenvolvidos.

Estima-se que trauma no parto seja experienciado por um terço de todas as mulheres que dão à luz. O que em Portugal se traduz em cerca de 28 mil mulheres por ano. E estas mães e os bebés estão a sofrer danos físicos e emocionais

inimagináveis e muitas vezes irreparáveis. Afinal o que se passa com o gestar e o nascer no nosso país, e como podemos dismantelar os sistemas de opressão que estão a tornar o que deveria ser um momento de felicidade e empoderamento em algo ao qual esperamos apenas sobreviver?

O fenómeno da violência obstétrica em Portugal está enraizado no tecido do dia-a-dia dos cuidados de saúde materna. É prevalente nos mais pequenos atos e micro agressões a que uma mulher grávida será sujeita assim que vê aquelas duas linhas cor-de-rosa no seu teste de gravidez. Começa na dificuldade em marcar a sua primeira consulta; no trato rude da primeira ecografia intravaginal; na forma como casualmente se menciona que “pode perder o bebé a qualquer momento” e não se leva a sua gravidez a sério até “vingar”. E isto é apenas o começo. Os nossos cuidados de obstetria são uma manta de retalhos, com vários caminhos e possibilidades de seguimento, mas curiosamente, poucos ou nenhuns são uma garantia de tratamento condigno e livre de coações e intervenções desnecessárias.

Trabalho e dados da APDMGP

Aquando da sua fundação em 2014, a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto lançou

um questionário intitulado “Experiências de Parto em Portugal 2011–2015” ao qual responderam 3833 mulheres. Quatro anos depois, teve lugar um segundo questionário, desta vez com uma amostra de 7586, “Experiências de Parto em Portugal 2015-2019”. Em ambas as ocasiões se demonstrou, que em média, um terço das mulheres inquiridas referiu que a sua experiência traumática de nascimento afetou negativamente a sua auto-estima, a sua ligação ao bebé, a sua relação com o/a parceiro/a, e alterou o seu projeto de vida, traduzindo-se na decisão de não querer ter mais filhos, o que num país a braços com uma taxa de natalidade tão baixa como a de Portugal, é deveras preocupante. Ao longo dos quase 9 anos de trabalho nesta área, através dos questionários, formações, relatos e contacto direto com as mulheres, a Associação constata que a violência obstétrica é transversal a todos os cenários de parto existentes em Portugal. No privado, no público, em qualquer via de parto. Não há fórmulas ou caminho com garantias. Na APDMGP trabalhamos na grande maioria dos casos com mulheres que tiveram experiências traumatizantes de parto. Pode ter acontecido há semanas, meses ou mesmo anos, mas é notável o detalhe com que estas mulheres se lembram dos acontecimentos. A forma como o processam pode ser muito

diferente. A altura de querer olhar para o que aconteceu também. Algumas sentem que fazer queixa as vai ajudar a integrar e de alguma forma “curar” a experiência. Outras apenas querem desabafar. A maior parte alega querer simplesmente um pedido de desculpas, um reconhecimento por parte da instituição de que o que fizeram com elas não está certo. Outro traço significativo é a motivação e vontade de que “mais nenhuma mulher passe por isto” como catalisador para contarem a sua experiência ou avançar com uma reclamação.

Coerção de sorriso na cara – O sistema privado

Quando falamos do serviço privado, é difícil de imaginar que um profissional que conheceu e acompanhou aquela mulher durante toda a sua gravidez, vá agir contra aquilo que é mais seguro para ela. Mas os dados falam por si. A violência obstétrica no privado mascara-se de frases ditas de forma calorosa e apaziguadora, mas que preparam a mulher/casal para aceitar intervenções como sendo o melhor para o bebé, para ela ou mesmo sem pudores, o melhor para o/a obstetra. O sistema privado é apelativo, pelas suas condições hoteleiras, mas também pela promessa de garantia de uma das necessidades básicas de uma pessoa grávida e em trabalho de parto: a continuidade de cuidados, a previsibilidade de saber que o/a seu/sua obstetra a verá mensalmente nas consultas, semanalmente no último mês de gravidez, e que estará no seu parto. O que à partida parece sugerir que estará a salvo de ser mal entendida ou que esteja à mercê de protocolos e intervenções desnecessárias. No entanto os dados relativamente ao sistema privado são claros. As mulheres podem sim, salvo raras exceções, ter mais probabilidade de o seu parto acabar em cesariana (ou começar), e ser aconselhada com mais frequência a marcar a data do seu parto e parir com

o/a seu/sua médico/a. Afinal de contas, no sistema privado, os obstetras ganham “ao parto”. E agendar é conveniente e financeiramente mais vantajoso. “Vamos lá lembrar este bebé de nascer” – durante um “toque” vaginal que se transformou num descolamento de membranas para provocar o parto às 38 semanas e culminou numa bolsa rota sem contrações + indução e acabou numa cesariana de emergência. “O bebé já não está aí a fazer nada” – dito às 39 semanas, para assim se obter “consentimento” para uma indução naquele mesmo dia, e contra tudo o que a evidência recomenda. “Vou de férias, se for para estar comigo vamos ter de marcar” – dito às 37 semanas e nunca mencionado ao longo da gravidez. “Abra lá a boquinha, isto é só um comprimido para relaxar as paredes do útero” – durante um CTG de rotina. O misoprostol fez efeito pouco depois, com contrações súbitas e dolorosas. Estas são algumas das queixas que chegaram à APDMGP de mulheres / casais relativas ao seu acompanhamento no sistema de saúde privado. Este tipo de situações multiplicam-se. Não são casos isolados.

Ninguém lhe deve nada – O “nosso” SNS

Temos muito de que nos orgulhar do nosso Serviço Nacional de Saúde. O acompanhamento livre, gratuito e universal é um direito de todas as pessoas grávidas. No entanto, anos de desinvestimento e congelamento das carreiras dos profissionais criaram na prática, serviços sem meios logísticos e recursos humanos adequados e suficientes para fazer frente às necessidades das mulheres grávidas, em trabalho de parto ou no puerpério. E muito menos para acompanhar o avançar da evidência científica nesta área. Poucos meios e profissionais exaustos significam na prática mais pressa, menos diálogo e resistência à mudança. Quem está

a pagar esta fatura são as mães e bebés portugueses. A escolha pelo serviço público priva também a pessoa grávida da continuidade de cuidados que a evidência já tem vindo a demonstrar ser o mais seguro para mães e bebés. Ao longo da sua gravidez, a gestante verá inúmeros profissionais, conforme o turno, a consulta e o exame. No parto, estará “quem calhar” naquele turno e dirão que “depende das equipas” quando perguntar o quão humanizados são os cuidados naquele serviço. Se no privado temos uma pandemia de cesarianas desnecessárias, no público reinam as induções. Apresentadas na sua esmagadora maioria como o “óbvio próximo passo”. Sem diálogo sobre os seus riscos, tanto para a mãe, como para o bebé, num chorilho enviesado que menciona a morte fetal, falta de vagas se não vier antes (ou uma combinação de ambos), o nosso querido SNS não marca mais consultas de vigilância a partir das 40 semanas. A mensagem é clara: está por sua conta. As utentes mais informadas, que questionam protocolos que as desumanizam e não as atendem na sua individualidade, são frequentemente apelidadas e rotuladas de difíceis. Muitas referem não querer levar plano de parto para não causar anticorpos nas equipas. Algo de muito errado se passa, quando uma grávida se priva de exercer a manifestação da sua vontade expressa à partida, com medo de represálias, antes mesmo do parto ter começado. Outro fato alarmante que observámos no terreno foi o receio e reticências por parte das mulheres, atendidas no SNS, patentes em opiniões acesas nas redes sociais, e relatos chegados à APDMGP, que qualquer tentativa de se baixarem as taxas de cesariana as colocará em risco e se traduzirá em mais sofrimento, tanto para elas como para os seus bebés. Queixam-se de ficar “horas a sofrer”, antes de finalmente as levarem para cesariana. E relatam casos de bebés de

CTGs não tranquilizadores com tentativas violentas de expulsões instrumentadas. À partida pode parecer um paradoxo. Não querem afinal o parto “normal”? Estas mulheres têm razão. Não se baixam as taxas de cesariana simplesmente recusando a cirurgia no final de um parto demasiado medicalizado, com todos os riscos que isso acarreta. A história começa mais atrás: as recomendações da Organização Mundial de Saúde, atualizadas em março de 2018, e intituladas: “Intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and well-being” (Cuidados intraparto para uma experiência positiva de parto: transformando os cuidados às mães e bebés para mais saúde e bem-estar) vieram reafirmar e demonstrar como essa saúde se atinge com menos intervenção, desde o início de todo o processo. Não podemos sobrecarregar mães e bebés com intervenções desnecessárias e perigosas e depois negar, ou atrasar a cesariana que as salvará dos danos causados pela própria instituição. É perverso, dilacerante e ecoa uma falta de atualização e humanidade dos nossos serviços em geral.

P’la voz das mulheres

Esta é uma pequeníssima amostra de relatos que recolhemos nos questionários da APDMGP que me pareceram relevantes pela descrição coloquial dos acontecimentos. Demonstram bem o facto de que as mulheres sabem exatamente como se sentiram e que o que fizeram com elas não estava certo.

“Alguns dos obstetras de serviço foram insensíveis quando expressava as minhas dores e mandaram-me calar. A médica que me examinou depois do parto foi rude, magoou-me, meteram-me uma algália sem autorização. Não gostei.”

“Ainda na parte da obstetrícia, lá me deram um comprimido para pôr debaixo da língua... não queria muito, mas como só tinha um dedo de dilatação lá tomei e não mandei fora (foi o que me apeteceu, na altura que me

deram). Deram-me o papel para ler por causa da epidural, mas não assinei logo fiquei com ele e caso sentisse necessidade assinava... entretanto ia tento contrações e só me sentia bem de pé, mas a balançar-me... vira-se uma médica, não pode estar a fazer isso, estão aqui outros homens!”

“Para além de não ter sido informada ou questionada sobre o que me fizeram durante o parto, ainda fui ameaçada com cesariana e o meu marido não pôde estar presente durante a maioria do trabalho de parto. Vergonhoso!”

“Tratou-se de erro médico, que por teimosia da Sra. Dra. que não quis fazer cesariana, colocou a vida do meu filho em risco uma vez que estive mais de 10 min sem respirar. Felizmente está tudo bem, sem sequelas para a criança.”

“Quero que os profissionais tenham mais noção de que, apesar de eles fazerem aquilo todos os dias, nós não temos filhos todos os dias e, principalmente sendo o primeiro, não sabemos sempre o que fazer e se é ou não normal. Têm de ser mais atenciosos com as respostas que dão e cada mãe é uma mãe, cada parto é um parto, e cada um tem a sensibilidade à dor diferente. Não é tratar as pessoas como se elas já soubessem ao que vão.”

“Aplicaram-me o método de Kristeller e devia ser proibido pois dói bastante e pode afetar o bebé.”

“O meu parto foi traumatizante pela negligência médica sofrida.”

“Mas ou por falta de técnicos ou por falta de sensibilidade uma experiência que deveria ser boa acabou por ser terrível.”

“Tive a sensação de perder totalmente o controlo da situação”

A violência obstétrica, tal como outras violências de género tem também um traço prevalente que pode “ilibar” os perpetradores de qualquer culpa. Aos olhos da vítima. Muitas mulheres saem desta experiência acreditando que na verdade quem falhou foram elas. Para além das feridas físicas e emocionais carregam o fardo de acharem que, de alguma forma, fizeram com que isto acontecesse. Que de alguma forma o seu corpo não esteve à altura.

Ou elas é que não se informaram. Não viram os sinais de alarme e não mudaram de médico, local, não disseram “não” na altura certa, cederam e deixaram-se estar, aceitando o abuso, intervenções que não queriam. Não. Quem falhou não foram estas mulheres. Foi o Sistema que as deixou ficar mal. Um Sistema que deveria informá-las de forma amorosa e atualizada, trocando por miúdos o palavreado médico mais complicado, apresentando soluções, e garantindo de que tinham consentimento para agir. O mesmo acontece com muitos/as parceiros/as e acompanhantes que, durante o parto, se sentiram impotentes perante intervenções que não conseguiram travar, negociar, ou em casos extremos foram recrutados física ou verbalmente a atuar como co-adjuvantes. Em relação à episiotomia, tenho uma grande dúvida. Eu referi que não queria uma episiotomia. A enfermeira parteira respondeu que se em 10 minutos o bebé não nascesse que me fazia na mesma a episiotomia. E disse ao meu marido que se fizesse a episiotomia em uma contração o bebé nascia. O meu marido disse-me que já estava a sofrer há muito tempo, infelizmente esta era a perceção dele e eu considerei aceitar a episiotomia. Então eu disse que podiam fazer e aconteceu. Não sei em que ponto posso reclamar. Não a queria de todo. Este relato só me traz culpa e considero-me fraca por este desfecho.” Esta culpa por se ter aceitado intervenções sobre coerção, o trauma secundário dos/as parceiros/as e o seu recrutar na concordância ou mesmo participação em atos violentos é real, e não tem tido a atenção que merece na narrativa, literatura e nos media, quando se fala de violência obstétrica.

Quebrar o silêncio e *gaslighting* coletivo

É frequente o ativismo na área do parto encorajar as mulheres a “quebrar o silêncio”. E se isso pode ser exatamente o que algumas das sobreviventes necessitam, para outras, reviver a experiência pode ser re-traumatizante. É preciso lidar com as mulheres com o respeito de as acolher onde estão no seu processo de cura, dando-lhes o espaço de que necessitam para, a seu tempo, integrarem e reviverem a experiência. E visibilidade por si só não é justiça. Mesmo se a visibilidade possa ser a chave que dá azo a que a justiça aconteça. Quebrar o silêncio não chega. No percurso da integração das histórias violentas de parto, tem também de haver espaço para que quem praticou tais atos o reconheça. Tal como o próprio sistema, que pela forma como está organizado e formado, tem a sua quota-parte de responsabilidade. No entanto, em Portugal, a nível institucional, vemos apenas soluções auto congratulatórias para os problemas que os próprios criaram. Sem a inclusão das mulheres nestas mudanças. A História da obstetrícia está alicerçada na coação e desequilíbrios de poder. No verão de 2021, a Ordem dos Médicos afirmou que não existia violência obstétrica em Portugal. Isto constituiu uma forma bastante clara de se negarem as experiências de milhares de utentes e de as revitimizar. E se é preciso prevenir a Violência Obstétrica, torna-se também imperativo cuidar das vítimas e de como as suas queixas serão percecionadas, recebidas e tratadas. A atual prática defensiva e a centralização dos medos e preferências dos profissionais de saúde sobre a autonomia e o melhor interesse da mulher é uma expressão de cuidados desumanizados. Constatamos uma resignação internalizada, de que as coisas são assim e nada vai mudar. O desespero e a desesperança levam à crítica, e atualmente podemos afirmar que mais utentes têm consciência de que o que se

passou consigo foi violência. No entanto, poucas têm confiança de que fazer queixa produza resultados palpáveis, quer nas suas vidas, quer para contribuir para a mudança dos cuidados em si.

Afinal, o que querem as mulheres?

O parto não deve ser uma coisa que “acontece” às mulheres e ao qual esperam apenas sobreviver. É algo que estas fazem ativamente. Um processo que requer todo o seu esforço físico, mental e emocional. E uma experiência da qual se lembrarão para o resto das suas vidas. Não importa se vão ter uma cesariana programada ou um parto em casa no meio da floresta. Merecem ser tratadas com o respeito e autonomia que constituem um direito humano básico, que é seu. Nada sobre os seus cuidados deve ser uma ordem. É sempre uma escolha. E a legislação, tanto portuguesa como europeia, está no seu lado. Bem como a evidência. O que falta então, e para onde poderemos caminhar? Sigam as mulheres. Nos últimos anos temos assistido a inúmeras petições por parte de mulheres individuais: Petição pelo parto na água em Portugal; Petição pelo alargamento da licença de parentalidade a favor da amamentação exclusiva das trabalhadoras portuguesas; Petição por mais acompanhantes no parto; Petição pelas casas de parto, Petição pelo fim da violência obstétrica em Portugal. As mulheres sabem exatamente como querem ser tratadas, e a evidência e a legislação estão alinhadas com as suas reivindicações. Sigam a evidência, a legislação e as mulheres. Fenómenos como a extinta maternidade da Clínica de Santo António, na Reboleira, do grupo privado Lusíadas (CLISA), o atual Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim e Vila do Conde, e o extinto programa de partos na água do Hospital S. Bernardo em Setúbal, todos exemplos de maternidades cujas práticas atraíam mulheres de norte a sul do país, demonstram-nos que as mulheres

estão dispostas a fazer o que for preciso para serem acompanhadas com respeito e o mínimo de intervenção possível. Os profissionais conhecidos por serem mais “humanizados” têm também a agenda esgotada.

Uma palavra aos profissionais de saúde

Ao longo dos seus quase 9 anos de existência a APDMGP tem trabalhado, direta e indiretamente, com inúmeros profissionais de saúde que se esforçam por praticar a sua profissão de forma amorosa e atualizada, em condições muito complicadas e ambientes adversos, que provavelmente não se reveem em muitas das situações e relatos aqui descritos. A esses, um enorme agradecimento pela coragem de lutarem e colocarem as mulheres, bebês e as suas famílias em primeiro lugar. O “Sistema”, afinal de contas somos todos e todas nós. Não há lados. Apenas vidas. Apenas experiências individuais e mulheres a fazerem o melhor que podem. Estamos e estaremos aqui para garantir que não estão sozinhas nesta jornada.

Referências bibliográficas	
APDMGP - Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (2015). Experiências de Parto em Portugal. (2012-2015). https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%AAncias_Part_Portugal_2012-2015.pdf	Trauma no parto:
APDMGP - Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (2019).	Físico: Temporal trends in severe maternal and neonatal trauma during childbirth: a population-based observational study by Qi Wen; Giulia M Muraca; Joseph Ting; Sarah Coad; Kenneth I Lim; Sarka Lisonkova. https://bmjopen.bmj.com/content/8/3/e020578
Inquérito Experiências de Parto em Portugal. 2.ª edição: 2015-19. https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2020/12/Experi%C3%AAncias-de-Parto-em-Portugal_2edicao_2015-19-1.pdf	Emocional: National Library of Medicine, 2013 -Traumatic Childbirth and Its Aftermath: Is There Anything Positive? by Cheryl Tatano Beck, Sue Watson, and Robert K. Gable. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6193358/
Pordata INE/ aumento das taxas de cesariana em Portugal https://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/tabela	Importância da continuidade de cuidados:
Discrepâncias da mortalidade materna de minorias étnicas em particular mulheres negras.	Medicina geral: BMJ - Continuity of care, measurement and association with hospital admission and mortality: a registry-based longitudinal cohort study by Øystein Hetlevik, Tor Helge Holmås, Karin Monstad, 2018 : https://bmjopen.bmj.com/content/11/12/e051958
UK - MBRRACE-UK: Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across the UK - https://www.npeu.ox.ac.uk/mbrrace-uk	Obstetrícia: National Maternity Review. Better Births -Improving outcomes of maternity services in England, 2016 https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/national-maternity-review-report.pdf
EUA - Centers for Disease Control and Preventions - Maternal Mortality Rates in the United States, 2020. https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/maternal-mortality/2020/maternal-mortality-rates-2020.htm	Cuidados de saúde materna como um p+problema mundial:
Brasil - Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil by Alaerte Leandro Martins, 2006. https://www.scielo.br/j/csp/a/sW5LM59346pcKJ9XqZLL6R/?lang=pt	White Ribbon Alliance: www.whiteribbonalliance.org
Indução de trabalho de parto, seus riscos e vantagens:	Petições referentes à maternidade e obstetrícia:
Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation by Middleton P, Shepherd E, Morris J, Crowther CA, Gomersall JC (2020). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32666584/	Petição pela Manutenção dos Partos na Água no Hospital de São Bernardo e a extensão desta opção a outros hospitais públicos - https://peticaopublica.com/pview.aspx?pi=PartosAguaPortugal
https://www.cochrane.org/CD004945/PREG_induction-labour-women-normal-pregnancies-or-beyond-37-weeks	Petição pela presença de acompanhante nas cesarianas programadas e consideradas de baixo risco https://peticaopublica.com/pview.aspx?pi=PT77054
Inducing labour NICE guideline - National Institute for Care and Excellence, UK. November 2021. https://www.nice.org.uk/guidance/ng207/chapter/recommendations#:~:text=induction%20of%20labour%20could%20lead,%2C%20by%20using%20mechanical%20methods	Petição Pai é pai! Pai não é acompanhante: https://peticaopublica.com/?pi=PT83678
World Health Organization recommendations on induction of labour, at or beyond term, 2022.	Petição pela criação de casas de parto em Portugal - https://peticaopublica.com/?pi=PT93060
https://www.who.int/publications/i/item/9789240052796	Petição pela Licença de maternidade de 6 meses, pela saúde dos nossos bebês - https://peticaopublica.com/?pi=Licencaparaamamentar
	Petição pelo fim da Violência Obstétrica nos blocos de parto dos hospitais portugueses - https://peticaopublica.com/pview.aspx?pi=PT86154
	Petição pela criminalização da violência obstétrica em Portugal - https://peticaopublica.com/pview.aspx?pi=PT109414



03.

MICHEL ODENT

“ESQUECEMOS COMPLETAMENTE QUAIS SÃO AS NECESSIDADES BÁSICAS DA MULHER EM TRABALHO DO PARTO”

LAURA RAMOS*

Aos 93 anos, Michel Odent é considerado um pioneiro e um dos mais importantes obstetras e especialistas em partos do mundo. No seu mais recente livro, “Poderá a humanidade sobreviver ao nascimento socializado?”, lançado no final de Junho de 2023, Odent teoriza que a forma como os bebés nascem actualmente pode ser uma das causas do aumento do número de distúrbios de desenvolvimento, problemas psicológicos e comportamentos aditivos, além de estar a mudar a humanidade de forma irreversível.

Nascido em França em 1930, Odent estudou medicina em Paris e especializou-se em cirurgia na década de 1950, tendo sido referido pela Lancet como “um dos últimos verdadeiros cirurgiões gerais”. Foi responsável pelas unidades cirúrgicas e de maternidade do hospital Pithiviers, em França, de 1962 a 1985, onde desenvolveu um interesse especial nos factores ambientais que influenciam o processo de nascimento. Deslumbrado com o trabalho das parteiras de Pithiviers, Odent acabaria por se especializar em Obstetrícia e introduzir os conceitos de salas de parto, parto na água e sessões de canto para mulheres grávidas.

Odent foi ainda o autor dos primeiros artigos sobre o início da amamentação imediatamente após o parto, o uso de piscinas durante o trabalho de parto e a teoria do controle da dor na obstetrícia. Após a sua carreira hospitalar, acabou por se dedicar ao parto domiciliário e fundou, já em Londres, onde vive há 40 anos, o Primal Health Research Centre. Este centro *online* agrega uma base de dados de artigos científicos sobre gravidez, nascimento, microbiologia, genética e epidemiologia e explora as correlações entre o período perinatal e a subsequente saúde da criança e da mãe.

Com mais de 15 livros publicados em 22 idiomas, Odent, que se vê como “um estudante interdisciplinar da natureza humana” focou-se, nos últimos anos, na possível evolução do *Homo sapiens* em relação às formas modernas de nascer.

Em 2017, o The Guardian escreveu que “Michel Odent deixou de ser o pioneiro do nascimento natural para se tornar um ‘apocalíptico’, prevendo que as cesarianas e induções do parto aumentarão os distúrbios do espectro do autismo e mudarão a humanidade ao nível da evolução da espécie”. Michel Odent recebeu-nos na sua casa, em Londres, onde ficámos a perceber um pouco melhor a razão das suas afirmações.

As cesarianas aumentaram mundialmente em praticamente todos os países.

Na sua opinião, Michel, porque é que isto aconteceu?

Sim, podemos questionar-nos sobre o porquê de haver cada vez mais cesarianas em todo o mundo, apesar de haver diferenças. Ainda existem países onde a percentagem é de apenas 20% e países que têm mais de 50%, mas a tendência é a mesma em todo o lado. E não são apenas mais cesarianas, é também cada vez mais comum o uso de fármacos, o recurso à oxitocina sintética, ou seja, a substituição da hormona natural, a oxitocina. É também cada vez mais comum dar à luz com anestesia epidural. Portanto, em geral, este é um fenómeno novo em todo o mundo. Poderemos dizer que o número de mulheres que dá à luz graças à libertação das suas hormonas naturais é insignificante a nível planetário. E isto é grave, quando se sabe que o fluxo hormonal que uma mulher deve libertar ao dar à luz o bebé e a placenta é uma espécie de cocktail de hormonas do amor. O que observamos a nível planetário é que agora, para dar à luz, as mulheres não precisam de libertar esse cocktail das hormonas do amor. Devemos acrescentar também que, hoje em dia, a maioria dos bebés não nascem entre os micróbios que são

*Não adopta o Acordo Ortográfico

familiares à mãe. Nascem num ambiente sem grande variedade de micróbios e isso é uma questão muito importante, porque o sistema imunitário do recém-nascido, imediatamente após o nascimento, é suposto ser ‘educado’ e ‘programado’ graças aos primeiros micróbios que colonizam o corpo do bebé. Actualmente, as mulheres dão à luz num ambiente que não é bacteriologicamente familiar e que tem, podemos dizer, uma falta de diversidade de micróbios. Então, subitamente, a nível global, há algo de novo na forma como o sistema imunitário dos seres humanos se desenvolve, imediatamente após o nascimento. O sistema imunitário é essencial para o que será a nossa saúde, portanto estamos realmente numa situação absolutamente nova a nível global e a tendência é a mesma em todo o lado. Este é um ponto muito importante.

Porquê?

Porquê, porquê, porquê? (risos) Há várias razões. Devemos entender que isto é o resultado de uma longa história que começou nesta fase da história da humanidade, quando os nossos antepassados começaram a dominar a natureza. Isto é o que chamamos de revolução neolítica. Na revolução neolítica, os nossos antepassados introduziram a agricultura e o domínio da natureza. Mas o domínio da natureza incluía também o controlo dos processos fisiológicos humanos relacionados com a reprodução. Assim, por exemplo, antes dessa altura, as mulheres isolavam-se para dar à luz. A partir da época em que os nossos antepassados começaram a dominar a natureza de formas diferentes, o nascimento foi socializado e cada vez mais e mais socializado. Foi o aparecimento das parteiras para as mulheres que, supostamente, precisavam da ajuda de uma parteira para dar à luz. Antes, não precisavam, davam à luz sozinhas. E depois, a socialização

tornou-se cada vez mais e mais complexa, com práticas diversas e assim por diante, mas era uma tendência. Muitas instituições estavam envolvidas no nascimento, podiam ser instituições religiosas e mais recentemente instituições médicas. Assim, a actual prática farmacológica no nascimento é uma espécie de fase final na história da socialização do nascimento. Mas quanto mais o nascimento é socializado, mais difícil se torna, e chegámos a um ponto extremo, em que existem limites. É para o nascimento como é para muitos outros tópicos. Começámos a controlar, a dominar a natureza, tal como referido na nossa história, atingimos os limites. O mesmo acontece quando falamos de poluição dos oceanos, poluição da atmosfera, etc., atingimos os limites do controlo da natureza. O nascimento é um bom exemplo, mas a questão é que o nascimento significa também a evolução da nossa espécie.

Esse domínio da natureza justifica também por que é que há tanta intervenção nos hospitais, como a indução do parto?

Sim, sim. Porque depois de tantos anos, podemos dizer milénios, de nascimento socializado esquecemos completamente quais são as necessidades básicas da mulher em trabalho do parto. Seja pela existência de um tipo de paradigma dominante ou uma forma de pensar dominante, uma forma baseada no nosso condicionamento cultural, em que a mulher não tem poder para dar à luz sozinha. Ela precisa de ajuda, ela precisa de ser controlada por outra pessoa. Atingimos os limites. Devemos acrescentar que também houve avanços tecnológicos recentes que explicam, por exemplo, porque é que as taxas de cesariana são cada vez maiores. Uma das razões é que a cesariana se tornou mais fácil e mais rápida. Hoje,

podemos fazer uma cesariana em 20 minutos, com perda de sangue reduzida, o que é novidade. Assim, quando há avanços tecnológicos, quando a cesariana se torna tão fácil, não hesitamos em utilizá-la. Quando eu era estudante de medicina, no início dos anos 50, a cesariana era ainda uma cirurgia bastante arriscada, portanto, este é um factor a ter em conta. Há muitos outros factores relacionados com os avanços tecnológicos, por exemplo, no que diz respeito à utilização do plástico. Hoje em dia, é fácil fazer tubos para introduzir drogas porque temos plástico seguro, podemos ter cateteres, tubos para cateter ou para anestesia epidural. Portanto, há muitos avanços tecnológicos que também explicam porque é tão fácil, agora, substituir as hormonas que se libertam naturalmente durante o processo do parto. Há muitos factores, mas o factor básico, antes de tudo, é cultural, é a falta de compreensão da fisiologia do nascimento. Esse é o factor principal.

Acha que a mulher é vista como uma máquina que os médicos podem controlar ou que nos hospitais se esquecem os sentimentos e o papel das mulheres?

A falta de compreensão do processo de nascimento é cultural. Não se trata apenas do médico nem dos outros membros da equipa médica, é a nossa cultura em geral. A base do nosso condicionamento cultural é de que uma mulher não pode, não tem poder para dar à luz sozinha. E isto é claro quando analisamos o vocabulário que utilizamos. Vou dar alguns exemplos para explicar que é cultural. Em grupos que promovem o parto natural utilizam frequentemente o termo *coaching*. Eu utilizo este termo porque é internacional. Para dar à luz é preciso um *coach*, significa que não consegue dar à luz sozinha, significa que precisa de um especialista que a guie.

E esse é o termo que usamos em grupos que promovem aquilo a que chamamos parto natural. Nos círculos médicos falam de *management*, para dar à luz precisa de um *manager*. É a mesma forma de pensar entre os grupos que promovem o parto natural e os círculos médicos, é o mesmo condicionamento cultural e é por isso que este tema é tão difícil. A principal diferença é que quando se perde a linguagem científica torna-se mais fácil ajudar as pessoas a alcançarem uma nova consciência, para perceberem que com a ajuda de muitas disciplinas científicas emergentes, como a bacteriologia e a epigenética, é mais fácil explicar a situação em que nos encontramos. É por isso que, paradoxalmente, hoje em dia se torna mais fácil falar com médicos, com formação científica, do que com pessoas que promovem o parto natural. E estas são algumas das dificuldades para mudar a forma de pensar, é uma questão cultural.

Pegando nesse ponto sobre a mulher, em que ela já não acredita que pode dar à luz naturalmente, e que precisa de médicos ou de qualquer outra pessoa para ajudar... Muitas mulheres sentem medo e, talvez por isso, pedem uma cesariana. Isto também acontece porque há muitos mitos, que vai doer muito, que não consegue fazê-lo sozinha, que as ancas não são suficientemente largas ou que o bebé tem o cordão à volta do pescoço... Como vê a perpetuação destes mitos?

Isso mostra que muitas mulheres não se apercebem que têm poder para dar à luz sozinhas. Mas podemos explicar porque é que chegámos a tal situação, foi o efeito de milhares de anos de condicionamento cultural. Chegámos a um extremo e é por isso que é tão difícil inverter a situação. É por isso que, actualmente, não consigo

encontrar melhor razão para o optimismo e para o poder da fisiologia moderna. Segundo a tradição, a mulher já não pode dar à luz sozinha, ela precisa de outra pessoa. Não é fácil reverter milhares de anos de condicionamento cultural, mas não é completamente impossível. E muitas vezes, quando quero introduzir uma nota de optimismo, recordo, menciono uma descoberta científica importante, da segunda metade do século XX. Algo que eu consigo perceber, por causa da minha idade, mas posso explicar como, durante a segunda metade do século XX, graças aos métodos científicos sofisticados, aprendemos e compreendemos algo que ninguém sabia há 50 anos: que um recém-nascido precisa da sua mãe. Isto mudou milhares de anos de cultura. Durante milhares de anos — e os cientistas também sabem —, havia crenças e rituais, aparentemente uma grande diversidade

de crenças e rituais, mas o efeito foi sempre o mesmo, durante milhares de anos: separar a mãe e o recém-nascido, imediatamente após o nascimento, e atrasar o início da amamentação. Um exemplo do poderoso efeito de uma crença é a crença sobre o colostro e a forma como o bebé podia encontrar o peito, logo após o nascimento, serem maus para o bebé. Essa generalização foi amplamente difundida e tal crença queria dizer que, imediatamente após o nascimento, o bebé seria separado da mãe. A amamentação devia ser adiada, segundo esses rituais, cortar o cordão... Portanto, esta é a base do problema até aos recentes avanços científicos que nos ensinam, através de diversas perspectivas, que um recém-nascido precisa da sua mãe. Ensaio clínico de controlo randomizados consideram os benefícios do efeito do contacto pele-



Michel Odent

-a-pele, das hormonas, do contacto com o colostro, das vertentes bacteriológicas, neurológicas, etc. Aprendemos que o recém-nascido precisa da sua mãe. Ninguém sabia disso há 50 anos! Portanto, este é um efeito da fisiologia moderna e é uma razão para optimismo. Se durante o século XX foi possível redescobrir as necessidades básicas de um recém-nascido, então porque não descobrir, durante o século XXI, e mais uma vez graças aos métodos científicos sofisticados, as necessidades básicas do recém-nascido e da mãe? De facto, já é possível, se quisermos ter em conta alguns conceitos-chave importantes para compreender a natureza humana, particularmente o conceito da inibição do neocórtex.

Quão importante é para o bebé e para a mãe a ligação imediata e o contacto pele-a-pele?

Isto pode ser visto de muitas perspectivas. Actualmente, gosto de dar uma maior importância à perspectiva bacteriológica. Para explicar a importância desse curto espaço de tempo temos de explicar porque é que os seres humanos são especiais em comparação com a maioria dos outros mamíferos. É que a placenta humana tem a capacidade de transferir para o feto, para o bebé e para a mulher, os anticorpos chamados IgG. Isto significa que quando nasce, este recém-nascido, o bebé humano, tem os mesmos anticorpos que a mãe, o que não é o mesmo para a maioria dos outros mamíferos. A maioria dos mamíferos recorre, imediatamente após o nascimento, aos anticorpos fornecidos pelo colostro. Isto é vital para eles. Consideremos um bezerro, por exemplo, o bebé de uma vaca. Este bebé não consegue sobreviver se não tiver imediatamente acesso ao colostro que está cheio de anticorpos. Esta é, portanto, a prioridade para a maioria dos mamíferos. Com os humanos não se passa a mesma coisa, os bebés recebem a maioria dos anticorpos antes

de nascerem. Entre os seres humanos, as principais questões estão à volta do tipo de micróbios que irão ser os primeiros a colonizar o bebé. Idealmente, os corpos dos bebés deveriam ser primeiro colonizados por micróbios familiares à mãe, porque o bebé tem falta de anticorpos. Portanto, a questão é o quão familiares são os micróbios que colonizam o recém-nascido, e um ponto importante reside também na diversidade destes micróbios. Quando falamos sobre isto, numa perspectiva bacteriológica, damos-nos conta de que houve um ponto de viragem na história do nascimento. Isso começou, digamos, há um século. Antes disso as mulheres davam à luz num ambiente bacteriológico familiar, em casa, entre uma grande diversidade de micróbios. Hoje em dia é completamente diferente. A maioria das mulheres dá à luz num ambiente bacteriológico pouco familiar e pouco diversificado e isso é absolutamente novo. O sistema imunitário dos seres humanos, imediatamente após o nascimento, não é educado da mesma forma, e não é programado da mesma forma que antes deste ponto de viragem na história do nascimento. Do ponto de vista bacteriológico e imunológico somos obrigados a contrastar primeiro o nascimento em casa, numa prática bacteriológica, e o nascimento noutro lugar, num ambiente não familiar. Esta é uma forma de explicar as especificidades da nossa sociedade. Outra forma é explicar que as hormonas libertadas pela mãe e pelo bebé, durante o processo de nascimento, não são eliminadas de imediato, demora cerca de uma hora para a mãe e o bebé eliminarem as hormonas que libertaram durante o nascimento. E sem dar detalhes podemos dizer que cada uma destas hormonas tem um papel a desempenhar na interacção entre a mãe e o bebé. Este equilíbrio hormonal é um período crítico para a ligação entre a mãe e o bebé e é também, nesta perspectiva, um momento muito

importante do nascimento. Isto é algo que podemos explicar hoje numa linguagem científica, independentemente das perspectivas. Não podíamos dizer isto há 50 anos. É por isso que hoje podemos induzir uma nova consciência, com pessoas com formação científica, e usar uma linguagem científica.

E quanto à perspectiva do amor e do apego?

Hoje em dia podemos explicar cientificamente que a capacidade de amar começa a desenvolver-se à nascença. Não podemos estudar o amor de uma forma científica sem nos referirmos àquele curto espaço de tempo após o nascimento. As hormonas libertadas pela mãe no parto, oxitocina, endorfina, prolactina, vasopressina, etc., são hormonas do amor e o bebé também entra neste equilíbrio hormonal, por isso é um período especial para o apego. Por exemplo, a mãe, após o nascimento, está sob o efeito das chamadas endorfinas, um tipo de morfina, um opiáceo. O bebé também, uma espécie de morfina. Sabemos que uma das propriedades dos opiáceos é criar hábitos, criar apego entre as pessoas, por isso, tornam-se dependentes uns dos outros. Assim, hoje em dia, podemos explicar porque é que o período que se segue ao nascimento é crítico para a ligação entre o bebé e a mãe. Estas explicações eram impossíveis há 50 anos, mas actualmente são fáceis de entender. E nós precisamos disso. Precisamos da perspectiva científica para incutir as tão necessárias novas consciências. Chegámos ao fundo, nos comportamentos, atingimos os limites. Não é apenas no nascimento, mas também no controlo da natureza, sejam quais forem os tópicos, atingimos os limites. Então, o que fazer a seguir? Essa é sempre a mesma pergunta.

Na sua opinião, qual é

“Já não aguento mais os gritos e os insultos.”

#VAMOSMUDAR ACONVERSA

Os homens também são vítimas de violência doméstica. **Falar é sinal de força.**



a diferença entre um bebê que nasce de cesariana e é afastado da mãe durante uma hora, e um bebê que nasce naturalmente e fica imediatamente em contacto com a mãe?

Quando nos perguntamos quais as diferenças entre o bebê que nasce de uma certa forma, por exemplo, por cesariana, e o bebê que nasce de outra forma, por exemplo, uma mulher que dá à luz usando drogas... Temos de recordar que somos seres humanos e os seres humanos são especiais. Somos diferentes dos outros mamíferos. Eu explico as diferenças. Se considerarmos os mamíferos não humanos, ao interferirmos no processo de nascimento, seja de que forma for, o efeito pode ser imediatamente observado a nível individual. Por exemplo, se pusermos a ovelha a dar à luz com uma anestesia epidural, sem as suas hormonas do amor, é simples, é fácil de observar. A mãe não vai cuidar do seu bebê, não está interessada no bebê. Isto passa-se com os mamíferos em geral. Entre os seres humanos é diferente, porque os seres humanos têm formas sofisticadas de comunicar. Criam hábitos culturais, cujos efeitos estão menos directamente ligados à forma como os bebês nascem e ao efeito do equilíbrio hormonal e mais directamente ao efeito do meio cultural. O efeito é determinado pelo meio cultural. Por exemplo, quando uma mulher está grávida e, por ser humana, um ser humano que fala porque pertence a um determinado meio cultural, sabe que está grávida e pode antecipar um comportamento materno. Isto é algo que outros mamíferos não conseguem fazer. Os outros mamíferos têm de esperar até ao dia em que realmente libertam um cocktail de hormonas do amor, no momento de dar à luz, para se interessarem pelo bebê e essa é uma grande diferença. É por isso que, entre os humanos, quando queremos saber

quais os possíveis efeitos relacionados com o tipo de nascimento, precisamos de introduzir uma dimensão colectiva, precisamos de muitíssimos números de civilização cultural. Para ser mais concreto, a questão não é o que dizer deste bebê nascido por cesariana comparado com outro bebê nascido de outra forma. Essa não é a questão que se coloca entre os humanos. A questão que se coloca entre os humanos é: qual é o futuro da humanidade que nasce por cesariana? Essa é a questão entre os humanos; esquecer o indivíduo para pensar em termos de cultura civilizacional, o futuro da nossa espécie. É importante explicar isso às mulheres que, por vezes, sonham em dar à luz de uma certa forma, mas que não aconteceu exactamente assim; explicar que existem seres humanos e o objectivo, entre os humanos, é pensar em termos da evolução da cultura civilizacional, da humanidade, introduzindo uma dimensão colectiva. Actualmente, se uma mulher não pode ter um filho, pode ter uma concepção medicalizada. Portanto, neutralizámos as leis da selecção natural.

Qual é a sua opinião sobre os mitos que muitas vezes são perpetuados nas mulheres em trabalho de parto e que as levam a uma cesariana, como o cordão à volta do pescoço, o bebê pélvico, etc.?

O que as pessoas precisam de saber é que o cordão à volta do pescoço é incrivelmente comum. No nosso hospital, em França, quando o bebê nascia com o cordão à volta do pescoço, com duas ou três circulares, as parteiras nem sequer o mencionavam no relatório. Nos processos clínicos, do registo de nascimento, isso não era sequer mencionado por ser tão comum. No entanto, a parteira, para explicar, não podia acreditar nisso, no passado, antes da modernização da obstetria. Quando um bebê não nascia vivo, os médicos

tinham de dar uma explicação simples e aceitável, e como muitos bebês nasciam com cordão nual era fácil dizer "Oh, sim, talvez tenha morrido devido ao cordão no pescoço". Claro que pode acontecer, mas é muito raro o cordão à volta do pescoço ser perigoso para o bebê. Actualmente, isso pode detectar-se com bastante facilidade mas na realidade é excepcionalmente raro que, no caso de bebês mortos durante o nascimento, a razão principal seja o cordão. Em geral, há muitas outras razões mas essa é uma boa explicação facilmente aceite pelo público.

Em relação aos bebês em posição pélvica, o Michel disse que fez mais de 300 nascimentos deste género.

Oh, sim, quando o bebê está em apresentação pélvica, ou seja, a cabeça do bebê não sai primeiro, mas saem primeiro as nádegas ou os pés. Isso ocorria em cerca de 6% dos nascimentos. Hoje em dia, regra geral, a maioria dos médicos prefere programar uma cesariana. Mas, para ter outra atitude, teríamos de compreender melhor as necessidades básicas das mulheres em trabalho de parto. Portanto, actualmente, de uma maneira geral, temos de aceitar que no contexto convencional do departamento de obstetras é sensato dar à luz por cesariana no caso de uma apresentação pélvica.

Mas concorda que é necessária uma cesariana para estes casos?

Pessoalmente, tenho experiência com bebês em posição pélvica que nasceram vaginalmente, num determinado contexto. No entanto, actualmente, se tivermos em conta que a maioria das mães, parteiras e médicos não tem experiência com bebês pélvicos, e por isso têm medo da situação, e considerando os estudos publicados na literatura médica convencional, todos eles conduzidos pelo departamento

de obstetras, temos de aceitar que, na maioria dos casos de bebês pélvicos que não dão a volta, é mais seguro planejar uma cesariana.

Qual é o melhor meio-ambiente para a mulher dar à luz?

É difícil descrever um meio-ambiente ideal para o nascimento. Podemos dizer que o meio-ambiente para o nascimento deve satisfazer algumas necessidades. As mulheres precisam, idealmente, de estar num lugar onde não haja intelecto nem activação do neocórtex, pois ele não precisa de estímulo. Portanto, isso significa ter em conta o comportamento das pessoas à volta, o efeito da linguagem, a necessidade de silêncio, o efeito da luz e da temperatura, porque se estiver frio as hormonas libertam adrenalina, que é antagónica à oxitocina. A mulher precisa de se sentir segura e não de se sentir observada; há necessidades básicas. Não podemos dar uma receita, mas tendo falado nisso, sem pretender apresentar um modelo, posso descrever um meio-ambiente familiar que, em geral, é compatível com um nascimento o mais fácil e rápido quanto possível: uma mulher a dar à luz numa pequena sala escura, sem estar fria e sem ninguém à volta, com excepção de uma parteira experiente e silenciosa sentada a um canto e a tricotar. Um aspecto interessante é a possibilidade de podermos interpretar cada um dos componentes deste cenário numa linguagem científica. A propósito disto, publiquei o livro chamado "Do we need midwives?" e a capa do livro é uma típica parteira a tricotar (risos). Aparentemente é um pequeno detalhe. Digo isto porque, quando eu era estudante de medicina, as parteiras passavam muitas vezes a vida a tricotar. Hoje em dia, os fisiologistas dizem que as tarefas repetitivas, como tricotar, reduzem o nível de adrenalina, a hormona do stress. E também explicam que a libertação de adrenalina é

contagiosa e infecciosa. Se uma parteira estiver cheia de adrenalina, esta é transmitida à mulher que está em trabalho de parto e pode não conseguir libertar oxitocina. Então, isto é apenas um exemplo, para dizer que é fácil de explicar cientificamente. Uma parteira sentada a um canto não está como uma observadora, sabe? Todos os detalhes são importantes. A questão é que tal cenário não é culturalmente aceitável. Este é o ponto de viragem em que nos encontramos. Quando descrevemos tal situação e falamos sobre isso com um profissional de saúde é imediatamente uma utopia. Não é aceitável. E quanto ao pai do bebê? E se a parteira for um homem? E como ouve o bebê? Muitas coisas assim. Imediatamente, dão-se conta, sim, facilita o nascimento, mas não é aceite culturalmente. E é aqui que estamos actualmente, quando consideramos a ameaça que o Homem tem de enfrentar. Se partirmos de uma perspectiva científica, podemos oferecer soluções, mas estas soluções, em geral, não são culturalmente aceites. Isso obriga-nos a *flirtar* com a utopia. Não é só com o nascimento. Falo também do grande problema climático, do CO₂ na atmosfera. Os cientistas sabem o que devemos fazer mas é culturalmente inaceitável. Por isso é sempre a mesma história. Hoje temos de enfrentar a ameaça humana que a humanidade tem de considerar, temos de *flirtar* com a utopia. Mas o importante é que 'utópico' não quer dizer impossível.

Foi por isso que disse "Para mudar o mundo é preciso mudar primeiro a forma de nascer"?

Sim, essa é uma frase que escrevi há muito tempo, penso que em 1976. É aparentemente simples e serviu para lembrar que para mudar o mundo temos de mudar primeiro a forma como nascem os bebês. Hoje em dia é fácil de dizer esta frase numa linguagem científica, mas na década de 1970 era ainda, apenas, uma forma intuitiva.



04.

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A LEI UM CAMINHO FEITO DE MÃOS DADAS?

VÂNIA SIMÕES,
FRANCISCA SOROMENHO
E MARIA ALMEIDA

Introdução

Os direitos das mulheres são direitos humanos. O gênero é uma das categorizações sociais mais alterizantes e originadoras de desigualdade. Como já tivemos oportunidade de argumentar (nomeadamente em Barata, Simões e Soromenho, 2023), a violência de gênero (*gender-based violence*, GBV) é sistêmica e perversiva. No coração da violência de gênero residem as violações à autonomia sexual e reprodutiva das mulheres, codificadas em protocolos hospitalares intervencionistas, radicadas culturas institucionais machistas, e práticas médicas enraizadas na percepção do corpo feminino como desviante e necessitando de intervenção¹.

A violência obstétrica, é um tipo de violência que surge na intersecção da violência que se verifica nos cuidados

de saúde e da violência de gênero (Simões, 2023). Podemos defini-la como uma forma de violência institucional que afeta as mulheres, no âmbito da prestação de cuidados de saúde materna e obstétrica. Uma tipologia da violência obstétrica comumente aceite é a de Browser e Hill (2010), que categoriza a violência obstétrica em abusos físicos; cuidados não consentidos; cuidados não confidenciais; cuidados não dignificantes; discriminação baseada em atributos; abandono ou recusa de cuidados; e detenção da mulher na instituição contra vontade própria, entre outros. Esta classificação foi difundida e adotada pela *White Ribbon Alliance*, numa Carta sobre os Direitos Universais das Parturientes, elaborada em 2011, sobre as diferentes categorias de violência obstétrica e respetivos direitos (*White Ribbon Alliance*, 2011).

Acabaria por ser acolhida pelo legislador nacional, no artigo n.º 15-A, da Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro, sob a forma de princípios, prevendo ainda a sua aplicação a todos os momentos reprodutivos que a mesma lei tutela. A genealogia e biografia conceptual da violência obstétrica já foi explanada de forma cabal neste número da *Miscellanea* (vide, neste volume, Barata, 2023) e por nós (nomeadamente em Barata, Simões e Soromenho, 2023). Neste artigo, para além de ensaiar uma breve tipologia daqueles atos que constituam violência obstétrica, vimos também arguir que a sucessiva negação, por um lado, dos prestadores de cuidados de saúde que frequentemente a praticam, e por outro, do legislador em lhe reconhecer dignidade jurídica autónoma, é mais uma expressão sistêmica da violência de gênero em geral, e de violência obstétrica em particular. Esta agressão é exercida de forma reiterada pelo Estado, pelo legislador, e pelas ordens profissionais que silenciam e escolhem ignorar e minorizar um tipo de violência específico, próprio das mulheres e famílias em situação de preconceção, gravidez, parto e pós-parto, e também sofrida pelas crianças que nascem.

Enquadramento Internacional

A história da violência obstétrica enquanto conceito jurídico é indissociável do ativismo da América Latina, tendo sido estes dos primeiros países a adotarem legislação específica no tema, já no século XXI. Contudo, e contrariamente ao que é pensado, as proficuas investidas académicas para identificar e definir o conceito de violência obstétrica surgem nos anos 70, com críticas sobre a excessiva instrumentalização do parto. Segundo Dixon (2015), o debate académico precedeu a adoção de legislação concreta, com autores como Foucault, Arms, Rich, Martin, Katz Rothman, Mitford, Davis-Floyd e Dumit a serem os pioneiros neste campo, nas décadas de 70 e 80.

¹ Ao longo deste artigo iremos falar de violência obstétrica como uma forma de violência de gênero, utilizando o sujeito feminino e o termo mulher para identificar aquelas que são as mais frequentes vítimas deste tipo de violência. Contudo, reconhecemos que nem todas as pessoas que vivem a preconceção, a gravidez, o parto e o pós-parto se identificam como sendo mulheres, e que a literatura tradicionalmente exclui aquelas pessoas que não se inserem nas preconceções heteronormativas sobre o gênero, o que por si só é efetivador de mais uma camada de violência. Adicionalmente, também os acompanhantes podem ser vítimas de violência obstétrica, bem como os nascituros/neonatos, independentemente do sexo observado ou gênero atribuído à nascença. Somos, ainda assim, do entender que a violência obstétrica é um fenómeno de violência do gênero que historicamente afeta desproporcionadamente mulheres (cfr. Barata *et al.*, 2023).

A legislação específica quanto à violência obstétrica tem início com a Argentina (em 2004, com a *Lei Nacional do Parto Humanizado*, Lei n.º 25.929/2004, e a *Lei de proteção integral para prevenir, sancionar e erradicar a violência contra as mulheres nos âmbitos em que desenvolvem as suas relações interpessoais*, de 2009) e a Venezuela (em 2007, com a Lei n.º 38.668, de 28 de abril de 2007), seguindo-se outros países da América Latina. A legislação venezuelana é considerada pioneira pela sua completude e pela penalização da violência obstétrica, criando um tipo criminal próprio. A Bolívia aprovou também uma lei sobre violência nos serviços de saúde em 2013, com especial enfoque na proteção das pessoas grávidas. Mais, a lei utiliza especificamente o termo “*violência contra os direitos reprodutivos*”, que vai além dos conceitos de violência obstétrica anteriormente usados pela Argentina e Venezuela, onde aqui se incluem atos de violência praticados na situação de aborto espontâneo e na amamentação. Também na Colômbia foi apresentado um projeto de lei que visa prevenir e sancionar a violência obstétrica. No que toca aos países europeus, a violência obstétrica começa a afigurar-se relevante no campo do Direito, mais recentemente. Em 2016, na Itália, o deputado Adriano Zaccagnini apresentou o Projeto de lei n.º 3670/2016, que pretendia criminalizar a violência obstétrica no país, mas também destinado a “(...) promover o respeito dos direitos da parturiente e do neonato durante o parto (...)”. Espanha e França iniciaram o debate para incluir a violência obstétrica nas suas legislações nacionais, com recurso tanto a políticas públicas de intervenção, como alterações legislativas a normas já vigentes nos respetivos ordenamentos. Em 2021, a Secretária de Estado para a Igualdade de Género em Espanha, tencionava incorporar o termo “violência

ginecológica e obstétrica” no diploma nacional sobre direitos sexuais e reprodutivos, sem sucesso, devido à contestação da classe médica. Em França, no ano de 2020, foi aprovada a Proposta de Resolução n.º 3305/2020, que insta o Executivo francês a regulamentar o fenómeno no Código de Saúde Pública Francês, ainda sem resultados. Apenas em 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tomou uma posição na Declaração sobre a prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde (OMS, 2014), onde concretamente refere que podem estar em causa “(...) abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto. (...) Relatos (...) incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos, falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento (...) [informado] antes da realização de procedimentos, (...) recusa de (...) [internamento] nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto (...)”. Em julho de 2022, o Comité das Nações Unidas para a Eliminação da Discriminação contra Mulheres (CEDAW) defendeu que Espanha indemnizasse uma mulher por violência obstétrica intraparto, por ter sido sujeita a várias intervenções sem consentimento, culminando numa cesariana não-consentida, no País Basco, em 2013. A queixosa relata que, quando recorreu à justiça espanhola, foi vítima de “estereótipos de género e discriminação”. Para além da indemnização, a resolução da CEDAW incentiva o Estado Espanhol a “(...) formar profissionais de saúde e juízes para evitar [estas] situações e fazer estudos para dar visibilidade ao problema e orientar políticas públicas” (ONU, 2022).

No contexto europeu, e pese embora a decisão anterior tenha constituído um passo decisivo no reconhecimento jurídico da violência obstétrica, o termo não pode ser encontrado em nenhum Acórdão proferido pelos tribunais nacionais, nem do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos (TEDH, apesar de já ter proferido decisões condenatórias a Estados fundamentadas na violação de direitos fundamentais das mulheres enquanto utentes, nomeadamente, o caso Konovalova c. Rússia, Dubska e Krejova c. República Checa e Ternovszky c. Hungria (Almeida *et al.*, 2022). Em 2019, o Conselho da Europa reconheceu a violência obstétrica enquanto forma de violência de género perpetrada no âmbito da prestação de cuidados de saúde, através da Resolução 2306 (2019), de 3 de outubro (CE, 2019). No ano seguinte, a União Europeia (UE adotou a Estratégia para a Igualdade de Género 2020-2025 (COM, 2020). A violência ginecológica e obstétrica só vem mencionada na Resolução do Parlamento Europeu, 2019/2169, de 21 de janeiro de 2021, nomeadamente no seu Considerando G, que afirma: “Considerando que a violência contra as mulheres em todas as suas formas (violência física, sexual, psicológica, económica ou cibernética) constitui uma violação dos direitos humanos e um dos maiores obstáculos à consecução da igualdade de género; considerando que uma vida sem violência é uma condição para a igualdade; considerando que a violência baseada no género na saúde, designadamente, a violência obstétrica e ginecológica são formas de violência que apenas se tornaram conhecidas nos últimos anos (...)” (PE, 2021). A 8 de março de 2022, por iniciativa do Lobby Europeu das Mulheres (LEM), a Comissão Europeia adotou uma proposta de uma diretiva que combata a violência contra mulheres e a violência doméstica (COM, 2022), tornando a violência de género um crime comunitário ao abrigo

do n.º 1 do Artigo 83.º do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (TFUE, UE, 2007). Esta proposta de diretiva visa criminalizar a violação, a mutilação genital feminina, a partilha não-consensual de material íntimo ou manipulado, a perseguição cibernética, o ciber-assédio, e o incitamento digital à violência ou ódio, não havendo qualquer menção à violência obstétrica ou violência praticada no contexto dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva das mulheres. À data da redação deste artigo, não se conheciam mais iniciativas no Parlamento Europeu de adotar legislação específica quanto à violência obstétrica ou conexa. As eurodeputadas Evin Incir e Frances Fitzgerald, co-reladoras das sugestões às alterações da proposta de diretiva, a serem votadas no Parlamento Europeu neste dia 8 de março de 2023, têm focado os seus esforços no fortalecimento da condenação da violação, do abuso sexual e da violência de género no ciberespaço na Europa. Também, na 9.ª legislatura da FEMM – Comité nos Direitos das Mulheres e Igualdade de Género, do Parlamento Europeu, a violência obstétrica não é um assunto da ordem do dia.

Situação Nacional

Apesar de ainda obscurecido, o tema da violência obstétrica tem sido cada vez mais falado em Portugal, principalmente devido ao ativismo de várias instituições como aquelas reunidas neste número da *Miscellanea*. Nesta causa, destaca-se o trabalho da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP), que realizou já duas edições de Inquéritos de Experiências de Parto ocorridos em Portugal (APDMGP, 2015, 2019). Porém, o primeiro coletivo em Portugal dedicado a estas temáticas foi a Humpar — Associação Portuguesa pela Humanização do Parto, em 2006. Em junho de 2014, surgiu o Movimento

Cívico Mães d’Água, em resposta à suspensão dos partos na água no Hospital de São Bernardo, em Setúbal, o único hospital em que as mulheres poderiam recorrer à emersão da água durante o trabalho de parto e parto, integrado no SNS. Em virtude da pandemia SARS-COV-2, emergiram diversos movimentos locais de associativismo como o Nascer em Évora e o Nascer em Coimbra, no ano de 2020, na sequência de violações reiteradas de direitos das mulheres em contexto de gravidez, parto e puerpério. Em 2021, surgiu o Coletivo Saúde das Mães Negras (SaMaNe), também presentes neste número da *Miscellanea*, que se dedica ao estudo do racismo obstétrico em Portugal, tendo lançado, logo no início do ano, um inquérito direcionado a mulheres negras para sondar quais as suas experiências de parto em Portugal e qual a incidência da violência obstétrica junto das mulheres negras em Portugal. Ainda em 2021, na sequência do Parecer da Ordem dos Médicos apresentado no âmbito do Projeto-lei 912/XIV/2, foi constituído o Observatório da Violência Obstétrica (OVO) em Portugal, tendo sido iniciado como um movimento espontâneo de mulheres que organizou uma manifestação de repúdio do Parecer da Ordem dos Médicos, consolidando-se posteriormente numa associação. Na doutrina nacional, Diana Coutinho identifica a violência obstétrica como sendo uma violação dos direitos da mulher na qualidade de utente/paciente. Na academia jurídica, vêm sendo cada vez mais as investigações na área da violência obstétrica enquanto conceito jurídico, assinalando-se por exemplo teses de Mestrado (Claudino Duarte, 2022 e Oliveira de Almeida 2022) e de Doutoramento (Simões, 2023). Embora a violência obstétrica seja um problema de saúde pública, nem por isso o ordenamento jurídico português prevê sanções específicas para quem a pratica. Neste sentido, a aprovação da Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro,

com vista à outorga de direitos específicos às mulheres na qualidade de utentes de cuidados de saúde reprodutiva, fica-se por estabelecer a responsabilidade civil médica específica em matéria de violência obstétrica, em quaisquer sanções associadas. A Lei n.º 110/2019 procede à alteração da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que consolida legislação em matéria de direitos e deveres do utente de serviços de saúde. Até este diploma, as grávidas em Portugal tinham os mesmos direitos que qualquer outro utente, tendo anteriormente apenas os direitos consagrados na Lei n.º 14/85, de 6 de julho, relativamente ao acompanhante durante o trabalho de parto, direito esse integrado com a publicação da Lei n.º 15/2014 (tendo a lei anterior sido revogada, cfr. artigo 33.º, n.º 1, alínea a), do mesmo diploma). No seu artigo n.º 15.º-A, n.º 1, alínea d), a Lei n.º 110/2019 refere que as mulheres têm direito a estar livres de qualquer forma de violência no âmbito dos cuidados de saúde reprodutiva que lhe são prestados, sem nunca adotar especificamente o termo violência obstétrica. Esta lei estabelece ainda o direito à privacidade e confidencialidade (no 15.º-A, n.º 1, al. b)); direito à assistência contínua (15.º-G e 18.º, n.º 2); direito ao tratamento digno e respeitoso, livre de coação, violência e sem discriminação (no já referido artigo 15.º-A, n.º 1, alíneas c), d) e e)); direito a um intérprete se necessário (artigo 15.º-C, n.º 3); direito à informação, recusa e consentimento informado (14.º-A, n.º 1, al. a)); direito à liberdade e autonomia (15.º-A, n.º 1, al. g)); direito aos melhores cuidados de saúde, seguros e apropriados (15.º-A, n.º 1, al. f)), com recurso apenas às intervenções necessárias, de acordo com a melhor evidência científica (15.º-F, n.º 2) e as recomendações da OMS (15.º-F, n.º 6). Fora isso, fica também expressamente estabelecido o direito à amamentação (no número 15.º-H); o direito ao alívio



GRITOS

NA CASA AO LADO, PODE SER SINAL
DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.

TODOS OS DIAS CENTENAS DE MULHERES VIVEM UM
VERDADEIRO FILME DE TERROR. NÃO FIQUES EM SILÊNCIO.

da dor (15.º-F, n.º 4) e ao acompanhamento (12.º a 17.º). As alterações legislativas de 2019, ampliaram ainda a responsabilização dos profissionais de saúde na assistência ao parto e na prestação de cuidados obstétricos, na medida em que as grávidas, parturientes e puérperas são titulares de direitos específicos e expressamente consagrados que ainda que já fossem parte do catálogo dos direitos fundamentais e inerentes à sua dignidade, conferem melhor tutela e proteção para garantia e efetivação dos mesmos. A violação de qualquer um dos direitos da mulher, neste contexto, pode desencadear a responsabilidade civil médica, uma vez que os direitos das mulheres correspondem a deveres legais de atuação por parte dos profissionais de saúde. A responsabilidade médica é geralmente devida perante situações de erro ou negligência médica, ou a falta de prestação de consentimento informado para a prática de quaisquer intervenções. A equiparação da violência obstétrica à negligência médica, ao nível da prática clínica, pode inviabilizar a responsabilidade jurídica dos profissionais de saúde em certos casos. Com efeito, os processos judiciais que visam a responsabilização de profissionais de saúde por práticas obstétricas incorretas têm frequentemente tido um desadequado tratamento jurídico, o que conduz a situações de impunidade e de falta de eficiência dos tribunais. Isto ocorre por haver um desconhecimento dos atos que constituem violência obstétrica e devido à dificuldade em distinguir-se os atos que são praticados com dolo, daqueles que são praticados com negligência. A negligência médica reporta-se a condutas que violam as *leges artis*, como por exemplo, a violação dos deveres de cuidados de saúde, onde os resultados obtidos não eram os previstos e/ou os desejados. Por sua vez, a violência obstétrica reconduz-se a más práticas clínicas efetuadas com consciência

do ato e das suas consequências. Estamos perante práticas cujos “alegados benefícios” não foram comprovados cientificamente, mas foram assumidas como normais e necessárias, alimentadas pela praticidade, que só beneficiam a equipa médica. Várias dessas más práticas clínicas já foram desaconselhadas pela OMS, tais como a manobra de Kristeller e a episiotomia de rotina. O que distingue a negligência médica da violência obstétrica é o facto de nesta última o ato ser intencional, os resultados são desejados e obtidos conscientemente e frequentemente, independentemente da vontade da mulher, fazendo-se sobressair a autoridade médica sobre o corpo das mulheres que são subjugadas, oprimidas, respaldando dinâmicas de poder entre profissionais de saúde e mulheres. Ora, por se reportar a práticas “normais” e “necessárias”, a violência obstétrica acaba por ficar de fora do âmbito da responsabilidade penal – mais concretamente no âmbito do tipo legal previsto no artigo 150.º, n.º 2, do Código Penal, impossibilitando a responsabilização dos profissionais de saúde. Isto porque, desconsiderar a violência obstétrica como tipo autónomo e enquadrá-la na negligência médica implica a atipicidade de certos atos como o abuso verbal, preconceito e discriminação, por não se enquadrarem no conceito de negligência médica. A violência obstétrica extravasa assim o âmbito da negligência médica ou da ausência de consentimento informado para a prática de atos médicos, sendo uma forma de violência que ocorre num contexto específico da prestação de cuidados de saúde que lesa bens jurídicos fundamentais, dignos de proteção em todas as vertentes. Já no contexto da violência obstétrica, por força de responsabilidade médica, podemos ainda estar perante situações de responsabilidade deontológica, disciplinar (laboral), penal e contraordenacional, quando aplicada à instituição prestadora

de cuidados de saúde. A responsabilidade deontológica ocorre mediante participação da pessoa lesada do episódio de violência obstétrica junto da Ordem Profissional a que pertença(m) o(s) agente(s) que a praticaram e visa a aplicação de uma sanção disciplinar que pode ir desde a advertência, até à pena de expulsão. Para que haja responsabilidade deontológica, é necessário que se comprove a violação de deveres deontológicos do profissional de saúde junto da mulher. Por seu lado, a responsabilidade disciplinar ocorre quando a entidade empregadora instaura um processo disciplinar ao seu funcionário, para averiguar a violação de deveres a que estava adstrito a respeitar, no âmbito do seu contrato de trabalho. Caso o profissional de saúde seja um mero prestador de serviços, não haverá lugar a responsabilidade disciplinar por inexistir nos contratos de prestação de serviços, poder disciplinar exercido pelo empregador sobre o seu prestador de serviços. Por fim, em situações de responsabilidade penal pressupõem a prática de um crime previsto e punível pelo Código Penal Português (“CP”). Embora a violência obstétrica não configure para já um tipo legal de crime, nem por isso os agentes que a praticam estarão isentos de responsabilidade, ao abrigo dos outros tipos penais aplicáveis. Com efeito, poderão estar em causa os seguintes crimes: ofensas à integridade física – simples (artigo 143.º do Código Penal), graves (artigo 144.º), agravadas em função do resultado (artigo 147.º) ou negligente (artigo 148.º); intervenções médico-cirúrgicas com violação das *leges artis* (artigo 150.º, n.º 2); ameaça (artigo 153.º); coação (artigo 154.º); intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários (artigo 156.º); sequestro (artigo 158.º); injúria (artigo 181.º); devassa da vida privada (artigo 192.º); violação de segredo (artigo 195.º); recusa de médico (artigo 284.º), entre outros. A legislação nacional não ignora a especial vulnerabilidade das mulheres,

reconhecendo-a tanto na já aludida Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro, como no artigo n.º 152.º-A do CP, quanto aos deveres especiais de cuidado de pessoa particularmente indefesa, que poderia ser mais uma solução a considerar para o enquadramento penal destes casos. Contudo, sendo a violência obstétrica uma forma de violência de gênero que ocorre num contexto específico, é do nosso entender que a mesma tem dignidade jurídica própria, pelo que deve ser tipificada de forma autônoma, para melhor garantia de proteção dos direitos das mulheres.

O próprio termo violência obstétrica é controverso e encontra ainda resistência em Portugal, nomeadamente da parte dos profissionais de saúde. Em julho de 2021, a deputada não inscrita Cristina Rodrigues submeteu o Projeto de Lei 912/XIV/2 à apreciação da Assembleia da República, tendo o mesmo caducado em março de 2022, não tendo sequer chegado a plenário, devido à dissolução da Assembleia da República, em novembro de 2021. No âmbito deste procedimento legislativo, a Ordem dos Médicos pronunciou-se pela desadequação do termo à realidade portuguesa: “[o] termo não se adequa em países onde se prestam cuidados de saúde materno-infantil de excelência, como é o caso de Portugal (...), **lança alarme, medo e desconfiança sobre as grávidas e suas famílias e põe em causa os profissionais de saúde** (...)” (Ordem dos Médicos, 2021, destaque nosso²). O corporativismo da classe médica traduz-se numa união entre estes profissionais que primam pela

solidariedade entre colegas, estando mesmo a solidariedade entre colegas prevista no artigo 108º, do Código Deontológico dos Médicos. Ocorrerá de forma muito semelhante em Espanha, em 2018, na qual a Sociedade Espanhola de Ginecologia e Obstetrícia repudiou fortemente o termo (Sociedade Espanhola de Ginecologia e Obstetrícia, 2018), o que foi confirmado em julho de 2021, com o repúdio do termo pelo Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos espanhola. Também do outro lado do Atlântico, em maio de 2019, o Ministério da Saúde do Brasil emitiu um despacho em que refere não reconhecer o termo e que, para além de desadequado e impróprio, a sua utilização dificulta o combate à violência obstétrica. Dias depois deste despacho, a Ordem dos Advogados do Brasil emitiu uma nota de repúdio quanto ao mesmo, em que salienta que a violência obstétrica é uma forma de violência contra as mulheres, atentatória dos seus direitos fundamentais, consistindo o aludido despacho num retrocesso na tutela dos direitos das mulheres (Simões, 2023). De volta a Portugal, a 28 de junho de 2021, a Assembleia da República emite a Resolução n.º 181/2021, onde recomenda ao Governo que diligenciasse pela eliminação de práticas de violência obstétrica, como a manobra de Kristeller e a episiotomia de rotina, bem como que realizasse um estudo nacional, anónimo, sobre práticas de violência obstétrica, incluindo o infame “ponto do marido”. A Ordem dos Médicos emite novo parecer (2021), no qual utiliza vários argumentos com vista à descredibilização das mulheres,

nomeadamente ao dizer que o “ponto do marido” não corresponde a nenhum conceito obstétrico, e que a manobra de Kristeller já é uma má prática sancionada pela OMS e não deve ser confundida com outras práticas adequadas. A isto soma-se a Direção do Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, que veio afirmar desconhecer qualquer queixa em que se tenha sido dada como provada a prática da manobra de Kristeller, como é descrita, ou a realização de episiotomias de rotina, ou de qualquer outra intervenção desnecessária, por especialistas de Ginecologia e Obstetrícia. A 25 de novembro do mesmo ano, o Bloco de Esquerda apresentou um anteprojeto de Lei (Bloco de Esquerda, 2021) que visa a alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março, para introduzir o termo e a definição de violência obstétrica no ordenamento jurídico português. A noção de violência obstétrica prevista nos artigos 1.º e 2.º deste anteprojeto corresponde à definição de violência obstétrica venezuelana, que a define como a “*apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, que se expressa num tratamento desumanizado, abuso de medicalização quanto a processos naturais, levando à perda de autonomia e capacidade decisória das mulheres sobre os seus corpos e sexualidade, com impacto negativo na qualidade de vida das mulheres* (tradução nossa).” Neste, previa-se ainda a criação da Comissão Nacional dos Direitos na Gravidez e no Parto com incumbências meramente informativas, de sensibilização e realização de relatórios anuais de dados obstétricos (artigos 1.º e 9.º). Esta proposta peca pela falta de ambição, uma vez que a esta Comissão não estaria previsto que lhe fossem incumbidas funções sequer de fiscalização ou mesmo sancionatórias, em matéria de direitos das mulheres — o que seria fundamental, a nosso ver. O anteprojeto previa ainda a formação

de profissionais de saúde e estudantes universitários nesta matéria (artigo 4.º), bem como a obrigatoriedade de justificação do incumprimento do plano de parto e de registo de todos os atos praticados durante a assistência, importantes medidas, a nosso ver, para garantir o cumprimento do plano de parto, bem como auxiliar no cumprimento do dever de registo a que os profissionais de saúde estão obrigados (artigo 7.º). Relativamente às episiotomias, o projeto preconiza sanções para a prática de episiotomias injustificadas, determinando a abertura de processos disciplinares contra profissionais de saúde e penalização em financiamentos por parte dos hospitais em que se verifique a sua ocorrência (artigo 8.º). Cumpre salientar que o anteprojeto em causa não visa em qualquer momento a penalização da violência obstétrica.

Conclusão: para onde vamos agora?

A legislação é insuficiente, tanto a nível nacional como internacional. Também a já referida proposta Europeia de Diretiva para a Eliminação de Violência Contra as Mulheres parece ainda ter um catálogo reduzido de tipos de violência de gênero, com um enfoque na violência sexual e doméstica, também nas suas dimensões digitais, não se pronunciando quanto à violência de gênero exercida pelos prestadores de cuidados, no âmbito de instituições muitas vezes públicas, que diariamente atentam contra a saúde e liberdade sexual e reprodutiva das mulheres. Felizmente, tem havido uma sensibilização quanto aos direitos das grávidas, parturientes, bebés e famílias, empoderando-as a recusar intervenções não solicitadas e ser vocais na demanda pelos seus direitos. Contudo, pese embora a crescente literacia na área da saúde e sobre os próprios direitos enquanto utentes, com o correspondente acréscimo

de queixas resultantes de práticas de violência obstétrica, continua a ser difícil fazer prova de quaisquer intervenções ilegítimas que tenham ocorrido, seja por solidariedade de classe de outros profissionais de saúde eventualmente presentes (ou que pudessem mais tarde vir a atestar os danos físicos e mentais a longo prazo), seja pela imposição da autoridade científica e técnica dos profissionais de saúde aos quais, com o argumento de intervir em prol da proteção e saúde dos utentes, frequentemente se desculpa qualquer tipo de conduta (a este propósito, Barata *et al.*, 2023). Também a falta de recolha e divulgação sistemática de dados por parte das unidades de saúde, cumprindo apenas com os mínimos legais nacionais, em prejuízo da inclusão em meta-estudos europeus e internacionais, promove a ocultação da realidade da violência obstétrica, desconsiderando-se quaisquer auscultações informais (como as da APDMGP) como sendo irreais e não científicas (a este propósito, Ordem dos Médicos, 2021). A resistência generalizada das ordens profissionais na União Europeia parece corresponder a uma resistência corporativa de classe que também corresponde à posição internacional de outras organizações, não obstante a posição da OMS neste assunto. Recordamos a este respeito, ainda, o silêncio da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*) quanto a esta matéria. Ponto assente, é que a violência obstétrica é uma realidade em Portugal. Recentemente, por todo o país, surgiram movimentos cívicos de mulheres contra a violência obstétrica, partindo tanto do ativismo organizado, como dos protestos físicos e virtuais espontâneos, que reuniram centenas de pessoas nas várias delegações da Ordem dos Médicos existentes em Portugal, e encheram as redes com a partilha de histórias de partos com violência obstétrica, sob o *hashtag* #EuViVO.

Somos do entender claro que a violência obstétrica deveria estar enquadrada na secção dos crimes contra a liberdade sexual, por não existir uma secção própria referente aos crimes contra a autodeterminação reprodutiva, apesar de o nosso Código Penal prever a tutela da autodeterminação reprodutiva da mulher em diversos preceitos, nomeadamente nos seus artigos 140.º, 168.º e 144.º, alínea b), e também na Lei da Procriação Medicamente Assistida (Lei n. 32/2006, de 26 de julho). Uma vez que a violência obstétrica enquanto violência de gênero é estrutural e sistémica, deviam também, o Estado e as demais entidades públicas poder ser responsabilizados pela prática de atos de violência obstétrica, nomeadamente quando neles forem coniventes ou colaborarem com a sua ocultação. Este tipo de violência é estrutural e perversiva, lesando a dignidade da pessoa humana das vítimas não só no momento da agressão, como nas mazelas físicas e psicológicas consideráveis que frequentemente deixa a longo prazo, e volta também a ferir pelo não-reconhecimento institucional e jurídico. Por sua vez, a falta de reconhecimento, por um lado, convida vítimas e testemunhas a conformarem-se ao silêncio do seu trauma e à negação da validade das suas experiências. Por outro, a falta de legitimidade da violência obstétrica consente com a perpetuação de más-práticas não-baseadas em evidência científica, que promovem a objetificação e degradação do corpo feminino, violando os direitos humanos das mulheres, de forma sistémica.

¹ De resto, parece-nos curioso que a proposta de uma lei que formalize e reconheça a existência de violência obstétrica, que é uma realidade fática no nosso país, para a Ordem dos Médicos “lance o alarme, medo e desconfiança sobre as grávidas e suas famílias”. De destacar também, no seu ponto 6, se torna a Ordem dos Médicos portuguesa ao afirmar que a “ideia de que a gravidez, o parto e o puerpério são processos fisiológicos em que raramente se justificam intervenções médicas” é “perigosa” — uma ideia, de resto, que vai ao encontro com as recomendações da OMS (nomeadamente OMS, 2018) e a melhor evidência científica atualizada.

Referências bibliográficas

APDMGP — Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (2015). Experiências de Parto em Portugal. Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto (2012-2015). Lisboa: APDMGP. Disponível em https://associacaogravidezeparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%A2ncias_Partos_Portal_2012-2015.pdf, último acesso: 2023-03-07, 15:23 UTC.

APDMGP — Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (2019). Experiências de Parto em Portugal. 2.ª Edição: 2015-19. Lisboa: APDMGP. Disponível em https://associacaogravidezeparto.pt/wp-content/uploads/2020/12/Experi%C3%A2ncias-de-Parto-em-Portugal_2edicao_2015-19-1.pdf, último acesso: 2023-03-07, 15:24 UTC.

Almeida, M. (2022). Violência Obstétrica: nulla poena sine lege? Dissertação de Mestrado para obtenção de grau de Mestre em Ciências Jurídico Criminais. Lisboa: Universidade Lusíada, Faculdade de Direito.

Almeida, M., Simões, V., Soromenho, F. (2022). “Do Direito à Maternidade ao direito das crianças no caso Soares de Melo c. Portugal”, em Medina Martins, M., Mariana Cunha, M., e Pinto de Albuquerque, P. (orgs.), Direitos Humanos das Mulheres, Lisboa: Universidade Católica Editora, Capítulo 10, pp. 253-270.

Barata, C. (2023). “Violência obstétrica. Um termo recente para denominar um fenómeno antigo”. Miscellanea, n.º 18, Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), junho 2023, pp. XX-XX.

Barata, C., Simões, V. e Soromenho, F. (2023, no prelo). “Obstetric Violence as Gender-based Violence”. The Emerald International Handbook of Feminist Perspectives on Women’s Acts of Violence. Londres e Nova Iorque: Emerald Publishing.

Bloco de Esquerda (2021). Grupo Parlamentar. Anteprojeto de Lei Promove a erradicação da violência obstétrica. Disponível em https://www.esquerda.net/sites/default/files/imagens/11-2021/anteprojeto_de_lei_-_violencia_obstetrica.pdf, último acesso: 2023-03-07, 16:42 UTC.

Brower e Hill (2010). Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth — Report of a Landscape Analysis, Harvard School of Public Health e University Research Co., LLC, Estados Unidos da América, disponível em https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf, último acesso em 2023/03/09, 17h56 UTC.

Coutinho, D. (2020). Igualdade de género, direitos reprodutivos e direitos da parturiente: breves notas, in Estudos em homenagem ao Professor Doutor Wladimir Brito, p. 331-348, Coimbra: Almedina.

Dixon, L. (2015). Obstetric in a time of violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices. Medical Anthropology Quarterly, Dec;29(4):437-54. doi: 10.1111/maq.12174. Epub 2015 Sep 14, disponível em <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/journal/15481387>, último acesso em 2023/03/09, 17h49 UTC.

Duarte, S. (2022), “O direito ao consentimento informado e a luta contra a violência obstétrica”,

Dissertação de Mestrado em Ciências Jurídico Forenses. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Direito, disponível em <https://estudogeral.ucp.pt/retrieve/227461/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Sara%20Claudino%20Duarte%20PDF.pdf>, último acesso 2023/03/09, 18h20 UTC.

Rodrigues, C. (2021). Projecto de Lei n.º 912/XIV/2.ª, Reforça a protecção das mulheres na gravidez e parto através da criminalização da violência obstétrica. Lisboa: Assembleia da República Portuguesa. Disponível em <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c6379395953565a4d5a5763765247396a6457316c626e527663306c7561574e7059585270646d45764e4459334d545978596a45744e5467334d7930304d5451334c546b304e6a49745954526a595745784d7459784e5467314c6d527659773d3d&fich=467161b1-5873-4147-9462-a4caa1361585.doc&Inline=true>, último acesso: 2023/03/17, 15:39 UTC.

Ordem dos Advogados do Brasil (2019). Nota de repúdio – violência obstétrica, disponível em <http://www.oabsp.org.br/noticias/2019/05/nota-de-repudio-2013-violencia-obstetrica.12972> último acesso 2023/03/09, 18h12 UTC.

Ordem dos Médicos portuguesa (2021). Parecer sobre o Projeto Lei 912/XIV/2ª (NIsC CR) “Reforço da protecção das mulheres na gravidez e parto através da criminalização da violência obstétrica. NU: 681879, Ref.: 1519/1.ª CACDLG, 20 de outubro de 2021. Lisboa: Assembleia da República. Disponível em <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c6379395953565a4d5a5763765130394e4c7a464451554e45544563765247396a6457316c626e527663306c7561574e7059585270646d46446232317063334e686279396a595459314d6a686b4e693035595755794c54526c4f575174596a646c5953316d4e32517a4e6a67304d5441305a474d756347526d&fich=ca6528d6-9ae2-4e9d-b7ea-f7d3684104dc.pdf&Inline=true>, último acesso: 2022/03/07 15:58

Ordem dos Médicos portuguesa (2021). Parecer sobre o “Ponto do Marido” Disponível em <https://ordemdosmedicos.pt/parceir-sobre-o-ponto-do-marido/>, último acesso em 2023/03/09, 18h12 UTC.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14_23_por.pdf, último acesso: 2023/03/07, 13:15 UTC.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: Organização Mundial da Saúde. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>, último acesso: 2023/03/07, 16:07 UTC.

Simões, V. (2016). A Violência Obstétrica: a violência institucionalizada contra o género. Vencedor do Prémio Teresa Rosmaninho – Direitos Humanos, Direitos das Mulheres, atribuído pela Associação Portuguesa de Mulheres Juristas (“APMJ”). Lisboa: APMJ. Disponível em <https://apmj.pt/premio-teresa-rosmaninho>,

último acesso: 2023/03/07, 15:56 UTC.

Simões, V. (2023, aguarda agendamento de provas). Violência obstétrica, Direitos das Mulheres e Tutela jurídica. Tese para obtenção do grau de Doutora na Universidade Nova de Lisboa. Lisboa: Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa.

Sociedade Espanhola de Ginecologia e Obstetrícia (2018). Violência obstétrica: un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable, Espanha, disponível em <https://us18.campaign-archive.com/?e=52bac293&u=fb1db3cf76a76d43c634a0e7&id=5a73a608b8>, último acesso em 9/03/2022, 17h30 UTC.

White Ribbon Alliance (2011). Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women, Washington D.C.: White Ribbon Alliance, Outubro 2011, disponível em: https://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2022/05/WRA_RMC_Charter_FINAL.pdf, último acesso: 2023/03/7, 13:01 UTC.

Zaccagnini, A. (2016). Projeto-Lei n.º 3.670/2016, de 11 de março. Roma: Camera dei Deputati, disponível em https://documenti.camera.it/_dati/leg17/lavori/stampati/pdf/17PDL0039650.pdf, último acesso: 2023/03/09, 17h24 UTC.

Legislação e Outros

Assembleia da República Francesa (2020), Proposition de résolution n° 3305 invitant le Gouvernement à faire de la lutte contre les violences obstétricales et gynécologiques une priorité et à mettre en œuvre les recommandations du Haut Conseil à l’Egalité en la matière (assemblée-nationale.fr). Paris: Assemblée Nationale. Disponível em: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3305_proposition-resolution, último acesso em 2023/03/09, 17h42 UTC.

Assembleia da República Portuguesa (1985). Lei n.º 32/2006, de 26 de julho. Diário da República n.º 143/2006, Série I de 2006-07-26, pp. 5245-5250. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda. Versão atualizada e consolidada. Disponível em https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=903&tabela=leis, último acesso: 2023/03/07, 16:21 UTC.

Assembleia da República Portuguesa (2006). Lei n.º 14/85, de 6 de julho. Diário da República n.º 153/1985, Série I de 1985-07-06, pp. 1874. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/1985/07/15300/18741874.pdf>, último acesso: 2023/03/07, 14:56 UTC.

Assembleia da República Portuguesa (2019). Lei n.º 14/2014, de 21 de março. Diário da República n.º 57/2014, Série I de 2014-03-21, pp. 2127-2131. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/15-2014-571943>, último acesso: 2023/03/07, 14:40 UTC.

Assembleia da República Portuguesa (2019). Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro. Diário da República n.º 172/2019, Série I de 2019-09-09, pp. 94-101. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/110-2019-124539905>, último acesso: 2023/03/07, 14:33 UTC.

Assembleia da República Portuguesa (2021). Resolução da Assembleia da República n.º 181/2021, de 28 de junho. Diário da República n.º 123/2021,

Série I de 2021-06-68, pp. 6-6. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-assembleia-republica/181-2021-165865615>, último acesso: 2023/03/07, 16:53 UTC

Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (“ONU”) (1979). CEDAW – Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulheres. Disponível em <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>, último acesso: 2023/03/20, 22:22 UTC.

Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (“ONU”) (2022). Resolução do Comité para a Eliminação de Discriminação contra Mulheres n.º CEDAW/C/82/D/149/2019. Disponível em <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=60kG1d%2fPPPRiCAqhKb7yhsgekS3XMuMTiW18D8vtwB38fNp1j3DckgmP1uEoafJUB4nZLNnPYqgEjogm9K1Cgn3YbcRFqR5qxa8Z3HM9wCnl%2f2rMtQb8EbYobEUoTXLaOqRTEh6pYx15p9MiiA%3D%3D>, último acesso: 2023/03/20, 22:23 UTC.

Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa (“CE”) (2019). Obstetrical and gynecological violence. Resolução n.º 2306, Debate da Assembleia de 3 de outubro de 2019 (34.ª sessão). Disponível em https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236&lang=en&fbclid=IwAR1F3_3dBoi-tKCM7djPEstGik2ZWjLbuBM4yDJFDv02FvX5imvAE6xSow, último acesso: 2023/03/07, 13:23 UTC.

Comissão Europeia (COM) (2020). Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões, Uma União de Igualdade: Estratégia de Igualdade de Género 2020-2025, COM(2020) 152. Bruxelas, 5 de março de 2020. Disponível em <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0152&from=EN>, último acesso: 2023/03/07, 13:31 UTC.

Comissão Europeia (COM) (2022). Proposta para um Diretiva do Parlamento Europeu e do Conselho para combater a violência contra mulheres e a violência doméstica, COM (2022) 105, n.º 2922/0066 (COD). Estrasburgo, 8 de março de 2022. Disponível em <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022PC0105&from=EN>, último acesso: 2023/03/07, 13:34 UTC

Comité para a Eliminação de Discriminação contra Mulheres (CEDAW) (2018). S.F.M. v. Espanha, Comunicação n.º 138/2019, 28 de fevereiro de 2020, Documento da Organização das Nações Unidas n.º CEDAW/C/75/D/138/2018, disponível em https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/75/D/138/2018&Lang=en, último acesso: 2023/03/07, 15:33 UTC.

Constituição Política do Estado (CPE) (2009). Constituição Política do Estado de La Paz. Bolívia. Disponível em https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_bolivia.pdf, último acesso: 2023/03/09, 10:38 UTC.

O Parlamento da Colômbia (2008). Lei N° 1257/2008. Pela qual se ditam as normas de sensibilização, prevenção e sanção de formas de violência e discriminação contra as mulheres. Bogotá: El Congreso de Colombia, Colômbia. Disponível em <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1676263>,

último acesso: 2023/03/09, 11:12 UTC.

O Senado e a Câmara de deputados da Nação Argentina (2019). Lei de proteção integral para prevenir, sancionar e erradicar a violência contra as mulheres nos âmbitos em que desenvolvem as suas relações interpessoais, N°26.485. Argentina. Disponível em <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2698517>, último acesso: 2023/03/09, 10:21 UTC.

Governo da Bolívia (2013). Lei Integral para garantir às Mulheres uma vida livre de violência. Ministério da Justiça e Transparência Institucional N.º 348/2013. Bolívia. Disponível em <https://evaw-global-database.unwomen.org/en/countries/america/bolivia-plurinational-state-of/2013/ley-n-348-de-2013-para-garantizar-a-las-mujeres-una-vida-libre-de-violencia>, último acesso: 2023/03/09, 10:37 UTC.

A Assembleia Nacional da República Bolivariana da Venezuela (2007). Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência. Assembleia Nacional da República Bolivariana da Venezuela. Venezuela. Disponível em <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf> ultimo acesso 2023/03/09, 10:25 UTC.

Ministério da Justiça e Direitos Humanos da Nação. Secretaria de Direitos Humanos e Pluralismo Cultural Argentina (2004). Lei Nacional do Parto Humanizado N° 25.959. Secretaria de Direitos Humanos e Pluralismo Cultural, Argentina. Argentina (2004) Disponível em https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf, último acesso: 2023/03/09, 10:16 UTC.

Ministério da Justiça português (1963). Código Penal, Decreto-Lei n.º 48/85. Diário da República n.º 63/1995. Série I-A de 1995-03-15. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda. Versão atualizada e consolidada. Disponível em <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>, último acesso: 2023/03/07, 15:16 UTC

Ordem dos Médicos portuguesa (2016). Regulamento n.º 707/2016 - Regulamento de Deontologia Médica, Diário da República, 2.ª série — N.º 139 - de 21 de junho de 2016, disponível em https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/08/Regulamento_707_2016_Regulamento_Deontolo%C3%B3gico.pdf, último acesso em 2023/03/09, 18h08 UTC.

Parlamento Europeu (PE) (2021). Estratégia da UE para a Igualdade de Género — Resolução do Parlamento Europeu, de 21 de janeiro de 2021, 2019/2169, disponível em https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0025_PT.pdf, último acesso em 2023/03/09, 17h44 UTC.

União Europeia (UE) (2007). Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia, versão consolidada. Jornal Oficial da União Europeia, n.º C 202/47-199, 6 de junho de 2016. Disponível em https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:9e8d52e1-2c70-11e6-b497-01aa75ed71a1.0019.01/DOC_3&format=PDF, último acesso: 2023/03/07, 13:48 UTC

Jurisprudência

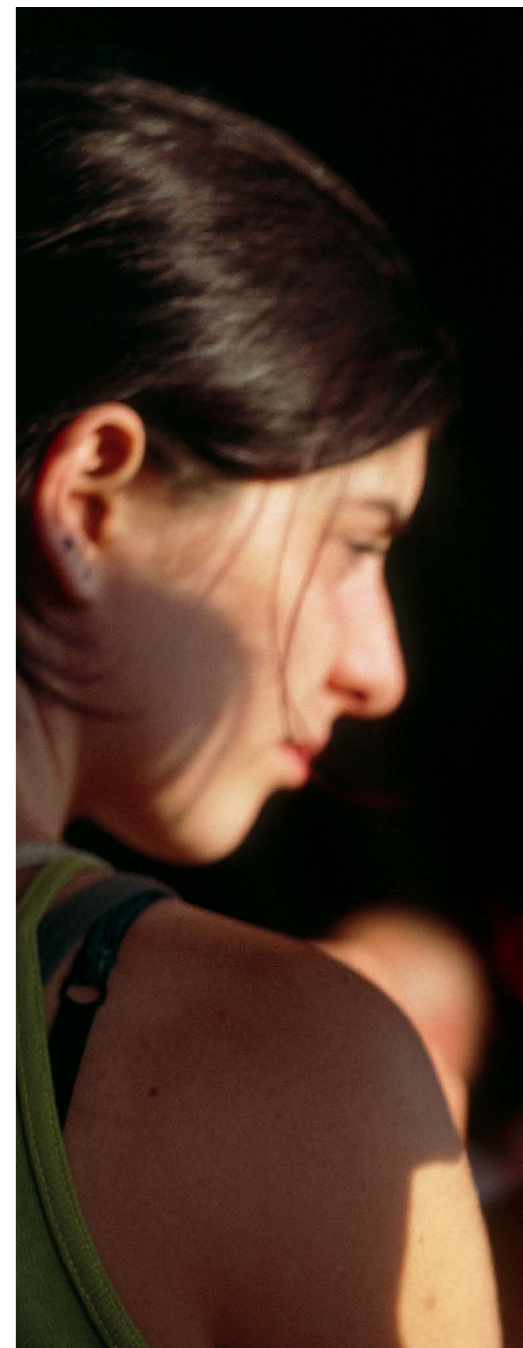
Tribunal Europeu dos Direitos Humanos:

VC c. Eslováquia, disponível em <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22%3A%202001-107364%22%7D>

Ternovszky c. Hungria, disponível em <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22%3A%202001-102254%22%7D>

Konovalova c. Rússia, disponível em <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22%3A%202001-146773%22%7D>

Dubská c. República Checa, disponível em <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22%3A%202001-148632%22%7D>



05.

RACISMO OBSTÉTRICO EM PORTUGAL: UMA VERDADE ESCONDIDA

CAROLINA COIMBRA (SAMANE),
KARLA COSTA (SAMANE),
PATRICIA GRAÇA (SAMANE E AFROPSIS),
EUNICE BALDÉ (SAMANE)
E LAURA BRITO (SAMANE E CES-UC)¹

Resumo

A violência obstétrica, enquanto forma de violência de género, é uma temática que tem ocupado bastante espaço mediático, social e político nas últimas duas décadas. Porém, a violência obstétrica sofrida por mulheres racializadas não tem ocupado o mesmo espaço. Portugal, à semelhança de outros países europeus, tem demorado muito a debater e considerar a violência obstétrica como um problema de saúde pública e tem demorado ainda mais a reconhecer como o seu passado colonial tem influência nas formas como as pessoas racializadas têm sido recebidas nos serviços de cuidados de saúde. A Associação SaMaNe Portugal é uma entidade sem fins lucrativos que surge com o intuito de trazer para a frente do debate político, social e académico as violências múltiplas sofridas pelas mulheres racializadas em Portugal, contadas a partir da sua própria experiência e com soluções baseadas no terreno, numa abordagem de baixo para cima. Este texto tem como objetivo demonstrar de que forma as dinâmicas do racismo e do patriarcado afetam de formas diferenciadas as mulheres racializadas em Portugal.

Introdução

Quanto maior a vulnerabilidade da mulher, mais rude e humilhante tende a ser o tratamento [médico] oferecido a ela (Diniz et al., 2015, p.4).

O racismo obstétrico define-se como a conjugação da violência obstétrica com a violência racista e xenófoba (Davis, 2019; Tempesta e Einele, 2021). Muito embora seja um conceito relativamente recente, as suas raízes sobrepõem-se com o passado do racismo científico, desde o século XVIII, estendendo-se até à atualidade, expressando-se de diversas formas. É considerada pela sociologia como uma ramificação da violência obstétrica, uma representação concreta da forma como as violências se interseccionam e se sobrepõem conforme a identidade da pessoa. O racismo obstétrico é, também, uma expressão do racismo sistémico e institucional que permeia o tecido social das sociedades contemporâneas (Davis, 2019; Tempesta e Einele, 2021; Scott e Davis, 2021) e não está diretamente relacionado com comportamentos individuais de agressão contra pessoas racializadas. Estudos epidemiológicos realizados em diversos países, comprovam que as mulheres negras e racializadas apresentam taxas de mortalidade mais elevadas, assim como têm piores resultados em diversos

indicadores de saúde sexual e reprodutiva (Wynn, 2019; Anewke, 2020; Assis, 2018; Oliveira, 2018; Leal et al., 2017; Wells, 2020). Mesmo aquelas que não falecem durante o parto ou de complicações associadas, desenvolvem comorbidades diversas, o que demonstra que, não morrer não é suficiente quando falamos de saúde sexual e reprodutiva. Pelo seu carácter sistémico e institucionalizado, a violência racial impacta de forma concreta a vida e os corpos das pessoas que sofrem desses ataques. Arline Geronimus (1992) defende que as mulheres negras e racializadas sofrem um ‘desgaste biológico’, isto é, uma deterioração generalizada da sua saúde com consequência na gravidez e na saúde do recém-nascido, o que contribui para a prematuridade e baixo peso do bebé ao nascer. Estes dois fatores têm sido registados em alguns estudos portugueses sobre o estado de saúde dos recém-nascidos em comunidades afrodescendentes (Dias e Rocha, 2009; Machado, Santana e Carreiro, 2007; Santos, 2009; Macedo, 2021). O racismo nos cuidados de saúde não se baseia somente em atitudes individuais, é composto por crenças e práticas que são transmitidas pelo contexto social, mas também entre pares, a partir de estereótipos sobre determinados grupos sociais (Scott e Davis, 2021). O fim da colonização portuguesa é marcado por uma negação ativa, não só desse mesmo passado colonial, como da continuidade

¹ Laura Elisabete Figueiredo Brito é financiada pela FCT-MCTES através da Bolsa de Doutoramento (SFRH/BD/144322/2019)

do racismo na sociedade portuguesa. Vivemos num discurso marcado pela ideia do luso tropicalismo, do colonialismo ‘brando’ e da mistura de culturas. A voz ativa das pessoas racializadas, apoiadas pelos movimentos sociais antirracistas e pelas investigações que se têm realizado sobre o tema em Portugal, demonstram que existem traços bastante concretos do racismo no nosso país (Maeso & Araújo, 2013; Cardina, 2016; Henriques, 2018; Raposo *et al.*, 2019; Roldão, 2015). A ausência de dados recolhidos a nível nacional e de forma transversal, impedem a construção de um retrato fiel da situação, em várias áreas, como é o caso da educação, justiça, habitação, emprego e, também, saúde. Pequenos e pontuais estudos apontam que as mulheres racializadas enfrentam várias barreiras, muitas vezes burocráticas, no acesso aos cuidados de saúde e quando conseguem chegar ao consultório, relatam ausência de empatia, utilização de linguagem discriminatória e atitudes hostis (Dias & Rocha, 2009). Os dados mais recentes sobre mortalidade materna em Portugal, no período de 2017-2018, demonstram que, apesar das taxas se manterem relativamente baixas, as mortes maternas têm vindo a aumentar (DGS, 2022). Dentro do número reduzido de perdas, as mulheres oriundas dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) representam 23% das mortes ocorridas em Portugal (DGS, 2022). Uma vez que não existe diferenciação de identidade étnica e racial entre as mães de nacionalidade portuguesa, não é possível saber quantas das restantes seriam, ou não, mulheres racializadas. A SaMaNe Portugal (SaMaNe) constituiu-se, em 2022, como Associação, com o objetivo de procurar dar resposta a diversas inquietações, dentre as quais: Como é o acesso das mulheres racializadas aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva? Qual o seu estado de saúde? Como é vivida a sua experiência? Que melhorias podem ser apresentadas para que os cuidados de saúde sejam

justos, acessíveis e humanizados a todas as pessoas independentemente da sua origem e raça-etnia? Diante do cenário, o presente artigo tem como objetivo demonstrar de que forma as dinâmicas do racismo e do patriarcado afetam de formas diferenciadas as mulheres racializadas em Portugal.

Metodologia

Este artigo apresenta resultados preliminares da investigação que tem sido realizada no terreno pela SaMaNe e baseia-se na análise dos dados qualitativos, recolhidos através de um questionário aplicado *online* e que foi submetido e aprovado pelo Comité de Ética do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, cumprindo com as obrigações éticas e deontológicas. O questionário foi desenhado de forma colaborativa, entre as associadas, e é constituído por quatro partes. A primeira relativa ao retrato socioeconómico e informações sobre eventuais gravidezes prévias, a segunda sobre a experiência de gravidez, a terceira sobre o parto e finalmente, a quarta sobre pós-parto. Em cada secção, a mulher é convidada a relatar como foi a sua experiência. A partir da análise dos dados, é possível identificar as principais barreiras e violências de que são vítimas as mulheres racializadas em Portugal. A partir dessa informação, fazemos o movimento de propor soluções estruturais, políticas, a partir de uma visão interseccional do acesso à justiça reprodutiva.

Resultados/ discussões

Caracterização socioeconómica

De uma amostra de n=154, a média de idades das respondentes é de 33,59 anos. A maioria é de nacionalidade portuguesa (n=111) e naturalidade portuguesa (n=80). Em relação à sua identidade étnico-racial, de preenchimento livre e com utilização do vocabulário que a mulher preferir,

a maioria das mulheres identifica-se como negra (n=65). Importa referir que apresentaram um vasto vocabulário, como se pode constatar pela tabela 3, inclusive a utilização do país de origem e/ou nacionalidade para se identificar em termos étnicos. Os restantes dados encontram-se expressos nas tabelas 1 a 6.

Tabela 1 – Nacionalidades

Portuguesa	111
Brasileira	9
Angolana	7
Cabo-Verdiana	7
Luso-Angolana	6
Santomense	4
Guineense	3
Luso-cabo-verdiana	3
Moçambicana	1
Luso-brasileira	1
Luso-guineense	1
Luso-santomense	1

Tabela 2 – Naturalidade

Portugal	80
Angola	26
Cabo-Verde	16
Brasil	11
Guiné-Bissau	10
Moçambique	4
São Tomé e Príncipe	4
Outros países europeus	3

Tabela 3 – Identificação étnico-racial

Negra	65
Africana	17
Mestiça	7
Cabo-Preta	8
Nacionalidade	7
Mulata	6
Caucasiana/Branca	6
Afrodescendente	4
Cabrita	2
Mixed	1
Outra	17
Não respondeu	15

A maioria das respondentes habita no distrito de Lisboa (n=84), seguida do distrito de Setúbal (n=33). Os restantes distritos são minoritários, conforme explícito na Tabela 4.

Tabela 4 – Distrito de residência

Açores	1
Aveiro	1
Beja	2
Braga	1
Bragança	3
Coimbra	2
Évora	1
Faro	3
Leiria	3
Lisboa	84
Porto	9
Santarém	4
Setúbal	33
Viana do Castelo	1
Vila Real	2
Viseu	1
Não responde	1

Finalmente, a maioria das respondentes possui um curso do ensino superior (licenciatura, mestrado e/ou doutoramento) (n=95) e a maioria indica que o rendimento médio auferido pelo agregado familiar é entre 1000€ a 3000€ (n=76), o que indica uma amostra que pertencerá a uma classe média (Tabela 5 e 6).

Tabela 5 – Rendimento médio do agregado

>600€	7
600€ a 1000€	41
1000€ a 3000€	76
>3000€	16
Não sei/Não quero responder	14

Tabela 6 – Nível de ensino

Ensino Básico	4
Ensino Secundário	52
Ensino Superior	95
Não sei/Não quero responder	3

Experiência de gravidez e parto

O acompanhamento da gravidez pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), de forma gratuita e independentemente do estatuto legal no caso de não nacionais, é um direito garantido pela Lei de Bases da Saúde (Lei nº95/2019, de 4 de setembro). Contudo, a garantia de assistência não é a certeza de que o processo decorra de forma positiva e livre de violência. Recorremos a duas experiências relatadas pelas participantes do nosso estudo para representar situações em que o racismo obstétrico surge durante a gravidez:

[...] Sem médica de família, às 24 semanas só tinha tido 3 consultas médicas [...]. Passei uma gravidez com sangramento em que as médicas, inclusive dos hospitais (urgências), diziam ser normal. Sempre tive contrações e só fui para casa, por baixa de risco, aquando do meu primeiro CTG. [...]. (30 anos, santomense, Lisboa)

No geral tive uma boa experiência, dentro do possível tendo em conta o panorama covid, [...]. Em dois momentos senti que por ser negra, fizeram suposições a meu respeito; acharam que não teria o cartão cidadão e que já tinha mais filhos. Neste segundo momento, a médica sugeriu até que fizesse uma histerectomia sem ver o meu caso. Assustou-me imenso. (29 anos, portuguesa, Lisboa)

No primeiro caso parece estar presente uma negligência do serviço de saúde quanto à queixa da mulher, o que nos leva a refletir sobre o autoritarismo e paternalismo médico frente às utentes. Sobre a questão, enfatiza-se que o controle médico sobre os corpos femininos não opera da mesma forma para mulheres negras, sendo maior do que sobre as mulheres brancas (Tempesta & França, 2021). Além do mais, este relato remete para as conclusões dos estudos epidemiológicos realizados nos EUA e no Brasil, sobre a negligência face às queixas das mulheres racializadas durante a gestação (Wynn, 2019; Anewke, 2020; Assis, 2018; Oliveira, 2018; Leal *et al.*, 2017; Wells, 2020). No segundo relato, o racismo

obstétrico surge através da exposição a estereótipos. O primeiro estereótipo, em relação à nacionalidade da mulher, pois consideram que sendo negra não poderia ter nacionalidade portuguesa, o que vai de encontro ao imaginário coletivo de que Portugal tinha, até recentemente, uma identidade cultural e fenotípica homogénea que se alterou por vagas recentes de migração vindas dos PALOP. O segundo preconceito está relacionado com a hiperfertilidade das mulheres afrodescendentes e que, neste caso, se apresenta na forma de uma proposta de esterilização. Histerectomias, a utilização forçada de contraceção hormonal e outros métodos, foram amplamente utilizados nas antigas colónias europeias como forma de controlo da natalidade (Vergès, 2017). No caso português, não existem dados que possam comprovar se esta foi uma prática comum, mas as experiências indicam que existe um forte discurso de controlo demográfico desta população, nos serviços de saúde. Em relação especificamente ao trabalho de parto, dois relatos demonstram variações do que é conceptualizado como racismo obstétrico. No primeiro caso, a mãe relata que:

Quando injetaram algo no meu soro e as dores começaram, chamei a enfermeira e disse que já não estava a aguentar mais as dores, ela me disse que nós pretas somos boas “parideiras” e que ia aguentar. (47 anos, portuguesa, Lisboa)

O seu testemunho mostra que, não só não lhe foi explicado o que estaria a ser administrado e as consequências – o que é uma violação do direito da paciente ao consentimento informado –, assim como depois de expressar o seu sofrimento, viu o seu pedido de ajuda negado com base nos estereótipos de hiperfertilidade acrescido da suposta resistência à dor das mulheres negras, ressaltada também no seguinte relato sobre o que terá escutado por parte da equipa que assistia o parto:

“Vocês [africanas] fazem muitos filhos, já devias estar habituada às dores...” (43 anos, portuguesa, Lisboa). Note-se que esta última mulher é portuguesa e foi por suposição dada como africana apenas pela sua cor. Desde o final do século XX, as questões reprodutivas estão na agenda das feministas negras, a pauta tem como principais pontos o combate a esterilização compulsória, a criminalização do aborto e a violência obstétrica. A história mostra que para as mulheres brancas e financeiramente privilegiadas as tecnologias de controle de fecundidade proporcionam liberdade e autonomia, já para as mulheres racializadas e pobres, atende a propósitos racistas e eugenistas, fortalecendo as “hierarquias reprodutivas” ainda vigentes (Tempesta & França, 2021).

Considerações finais

O presente texto procura demonstrar que o racismo obstétrico, enquanto ramificação do racismo institucional, faz-se presente em alguns serviços de saúde português/portugueses, apesar desta realidade ainda ser pouco conhecida e afetar de forma diferenciada as mulheres racializadas em Portugal. Tendo em consideração os dados previamente demonstrados no texto e as características históricas, políticas e sociais de Portugal, parece urgente pensarmos coletivamente em possibilidades para enfrentar essa agravante realidade, mas que ainda se encontra escondida. Assim, pensamos que formas de iniciar a ação são: em primeiro lugar, a recolha de dados estatísticos referentes a população negra em Portugal e, por conseguinte às experiências com os cuidados de saúde sexual e reprodutiva de caráter nacional e com um recorte étnico-racial que permita identificar as necessidades específicas; em segundo, incluir como conteúdo obrigatório nos programas curriculares dos cursos em saúde uma unidade letiva sobre a história da medicina, do racismo científico

e médico e as suas consequências na atualidade; em terceiro lugar, promoção de ações de formação para profissionais de saúde em exercício para promover uma prática terapêutica antirracista; e ainda, promoção de ações de formação e sensibilização junto das comunidades de pessoas racializadas para a literacia em saúde, incluindo quais os seus direitos.

Referências bibliográficas

APDMGP — Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher Anewke, L. (2020). Ethnic disparities in maternal care. *BMJ*, 368.

Assis, J.F.D. (2018). Interseccionalidade, racismo, institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. *Serviço Social & Sociedade*, 547-565.

Cardina, M. (2016). Memórias Amnésicas? Nação, discurso político e representações do passado colonial? *Configurações. Revista Ciências Sociais* (17), 31-42.

Davis, D.A. (2019). Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical anthropology*, 38(7), 560-573.

Dias, S.F.; & Rocha, C.F. (2009). Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras (Vol. 32). Observatório da Imigração, ACIDI, I.P.

Dimiz, C. S. G. et al. (2015). Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), p. 377- 386.

Geronimus, A. T. (1992). The weathering hypothesis and the health of African-American women and infants: evidence and speculations. *Ethnicity & disease*, 207-221.

Henriques, J. (2018). Racismo no País dos Brancos Costumes. Tinta da China, Lisboa

Leal, M.C.; Gama, S.G.N.D.; Pereira, A.P.E.; Pacheco, V.E.; Carmo, C.N.D. & Santos, R.V. (2017). A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33.

Lei nº95/2019, de 4 de setembro. Diário da República nº169/2019, Série I de 2019-09-04, pp.55-66. Assembleia da República, Lisboa.

Macedo, M.A. (2021). Caracterização do perfil de saúde de uma população pediátrica de origem africana na região de Lisboa. *Revista Migrações, Observatório das Migrações*, 17.

Machado, M.D.C.; Santana, P.; Carreiro, H.; Nogueira, H.; Barroso, R.; & Dias, A. (2007). Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes. *Migrações: Revista do Observatório de Imigração*.

Maeso, S. & Araújo, M. (2013). A quadratura do círculo (anti) racismo, imigração e a(s) política(s) da integração em Portugal nos anos 2000. *Oficina CES* 407, 1-37.

Oliveira, E.H.S.A. (2018). Mulheres Negras Vítimas de Violência Obstétrica. Estudo em um Hospital Público de Feira de Santana - Bahia. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira.

Raposo, O.; Alves, A.; Varela, P.; Roldão, C. (2019). Negro drama. Racismo, segregação e violência policial nas periferias de Lisboa. *Revista Crítica de Ciências Sociais* (119), 5-28.

Roldão, C. (2015). Fatores e perfis de sucesso escolar “inesperado”: trajectos de contratendência de jovens das classes populares e de origem africana. Tese de doutoramento em Sociologia. ISCTE-IUL, Lisboa.

Santos, G.C. (2009). Recém-nascidos de muito baixo peso e famílias migrantes: maternidade Dr. Alfredo da Costa: uma janela sobre a sociedade contemporânea portuguesa. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Scott, K.A.; & Davis, D.A. (2021). Obstetric racism: Naming and identifying a way out of Black women’s adverse medical experiences. *American Anthropologist*, 123(3), 681-684.

Tempesta, G.A.; & Eneila, M. (2021). Racismo obstétrico: a política racial da gravidez, do parto e do nascimento. *Amazônica-Revista de Antropologia*, 12(2), 751-778.

Tempesta, G.A.; & França, R.L. (2021). Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. *Horiz. antropol.*, 27(61), p. 257-290.

Vergès, F. (2017). Le ventre des femmes: capitalisme, racialisation, féminisme. *Albin Michel*.

Wells, T.O. (2019). Black women’s experiences of stereotype-related gendered racism in health care delivery during pregnancy, birth and postpartum. Tese de Mestrado. University of California, San Francisco, Estados Unidos da América.

Wynn, G.T. (2019). The Impact of Racism on Maternal Health Outcomes for Black Women. *University of Miami Race & Social Justice Law Review*, 10(1), 85-108.

Não imaginava que me ia apaixonar, muito menos na internet e menos ainda por um ladrão!

Tiraste-me tudo e tentaste humilhar-me.

Ainda és o homem dos meus sonhos. Agora... em pesadelos.

Arrependo-me todos os dias de ter aceitado o teu pedido de amizade.

! Não entregue

Esta mensagem não chegou ao perfil falso que roubou o dinheiro e amor da Joana.

Mas ela ainda pode ter a última palavra.

Se conhece alguém que pode estar a ser vítima de uma burla romântica, vá ultimapalavra.pt

Linha Internet Segura 800 219 090

APAV[®] associação portuguesa de Apoio à Vítima



Centro Internet Segura

Co-financiado pela União Europeia



06.

DIREITOS, RESISTÊNCIAS E MUDANÇAS NOS CUIDADOS PERINATAIS DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19 EM PORTUGAL: O PAPEL E A AÇÃO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELOS DIREITOS DA MULHER NA GRAVIDEZ E PARTO

DULCE MORGADO NEVES
E CATARINA BARATA

Introdução

Em Portugal, tal como noutros países, a pandemia por COVID-19 trouxe desafios importantes à organização dos serviços de saúde, tendo provocado mudanças muito significativas na assistência aos cuidados em saúde materna e obstétrica. As medidas para prevenir contágios da doença levaram à adoção de normas e procedimentos por parte das unidades de saúde, públicas e privadas, impondo restrições no acesso aos cuidados e comprometendo a qualidade da assistência prestada às mulheres e famílias. Desde o início da pandemia, as organizações da sociedade civil manifestaram preocupação acerca de violações de direitos nos serviços de saúde materno-infantil (Barata, Neves e Santos, 2020; Drandić, Hartmann, Barata e Torquet, 2022). Neste artigo, procuramos sumarizar as recomendações que foram divulgadas pelas autoridades de saúde, nacionais e internacionais, na gestão da pandemia por COVID-19; dar a conhecer as medidas e procedimentos que foram sendo,

realmente, adotados pelos serviços de saúde materna e infantil, públicos e privados, em Portugal; analisar os impactos diretos dessas medidas sobre as experiências perinatais das mulheres e perceber o papel dos movimentos da sociedade civil e, em particular, o caso da APDMGP, que, durante a pandemia, foi dando eco às reivindicações das mulheres, alertando para a desadequação de algumas medidas de contenção da pandemia e para os efeitos indesejáveis sobre as experiências das mulheres e famílias em Portugal.

Para o efeito, a nossa breve análise vai incidir sobre diferentes tipos e fontes de informação, contemplando a consulta das orientações emitidas pelas autoridades internacionais e nacionais (OMS e DGS), a análise de denúncias e pedidos de apoio recolhidos pela APDMGP e, ainda, o levantamento de ações e campanhas desenvolvidas pela APDMGP, incluindo a campanha *#parirsozinhanao* e a participação na rede de investigação IMAGiNE EURO.

COVID-19 e os impactos nos cuidados de saúde materna e obstétrica em Portugal

Em março de 2020, numa primeira orientação sobre gravidez, parto e COVID-19, a Direção-Geral da Saúde (2020a) recomendou contra o contacto mãe-bebé após o nascimento, a amamentação ou a presença de acompanhantes no parto às mulheres com suspeita de COVID-19 ou teste positivo à doença. Em maio de 2020, uma nova orientação da DGS (2020b) veio recomendar a promoção da amamentação e a decisão caso a caso relativamente ao contacto pele a pele da mãe com o recém-nascido. Em maio de 2020, por seu lado, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) divulgou uma orientação recomendando que as mulheres com suspeita ou confirmação de COVID-19 tivessem direito a acompanhante durante o trabalho de parto e parto e não fossem separadas dos seus bebês sem razão clínica, devendo ainda ser incentivadas a iniciar e/ou continuar a amamentação.

No seguimento das recomendações das autoridades de saúde para a contenção da pandemia no país, vários procedimentos e protocolos foram prontamente implementados nos cuidados de saúde materna e neonatal, de forma ainda mais restritiva do que a prevista pelas orientações oficiais nacionais e internacionais. Tais medidas de mitigação do risco de contágio comprometeram a prática de uma assistência obstétrica de qualidade e baseada em evidência, resultando na violação de direitos consagrados e num claro retrocesso em matéria de direitos reprodutivos (Barata, Neves e Santos, 2020). Foram reportadas atitudes discriminatórias e lesivas praticadas pelas instituições e profissionais de saúde ante a suspeita de casos positivos de COVID-19 e, em reação a tais constrangimentos, várias ações de mobilização cidadã emergiram um pouco por todo o país.

Com efeito, foram muitos os impactos da pandemia nos cuidados de saúde materna e obstétrica em Portugal. Desde logo, com a direção de recursos de saúde para a resposta à pandemia, vários serviços, dos setores público e privado, foram reorganizados em unidades COVID-19, implicando a realocação dos serviços e o cancelamento de consultas, exames e procedimentos de diagnóstico e tratamento considerados não urgentes, em todas as especialidades médicas. No acompanhamento da gravidez, em particular, e na tentativa de reduzir as idas das mulheres às unidades de saúde, a DGS aconselhou o recurso a teleconsultas sempre que possível, tendo-se também verificado, de forma sistemática, o cancelamento de consultas pré-natais, exames de rotina e ecografias. Outras mudanças de grande impacto – algumas delas com efeitos que perduram até aos dias de hoje – prenderam-se com a suspensão geral do direito das mulheres a acompanhante no parto e nas consultas e exames de vigilância da gravidez e pós-parto; a indicação, em dado momento e em algumas instituições de saúde,

para a indução do trabalho de parto sem motivos clínicos em grávidas testadas à COVID-19 às 39 semanas; a indicação de cesariana para mulheres com teste positivo à COVID-19 em alguns hospitais; a separação de mães e recém-nascidos no caso de mulheres que, tendo sido testadas à COVID-19 na admissão para trabalho de parto, mas cujos bebês nasceram antes de que o resultado fosse conhecido, foram privadas do contacto direto com os seus bebês.

Investigação, reação e denúncia: o papel da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto

Os constrangimentos colocados ao acesso a cuidados de saúde materna foram amplamente noticiados nos media portugueses, fazendo eco da insatisfação provocada por esta situação nas grávidas em Portugal. Paralelamente, e até ao dia de hoje, vários movimentos sociais e organizações da sociedade civil têm vindo a desempenhar um papel importante em diversas frentes, nomeadamente, na denúncia de situações irregulares e de constrangimentos no acesso a direitos e a cuidados de saúde materna e obstétrica, na divulgação de recomendações (baseadas em evidência) para a qualidade dos serviços, o bem-estar e o respeito dos direitos das mulheres grávidas, parturientes e seus filhos, e, ainda, no apoio direto às mulheres e famílias.

Queixas e denúncias

Entre o início da pandemia e junho de 2022, a APDMGP recebeu cerca de 820 e-mails com pedidos de apoio relacionados com a COVID-19, tendo sido os pedidos de recomendações, a denúncia de situações de violência obstétrica e os constrangimentos relacionados com o direito ao acompanhante no parto, as razões mais frequentes para o contacto das mulheres e famílias com a Associação. Com efeito, durante a pandemia,

a APDMGP desenvolveu um conjunto importante de ações, desempenhando um papel de mediação entre as mulheres grávidas, parturientes e puérperas e as instituições de saúde e órgãos governamentais:

- A 31 de março de 2020, a APDMGP publica uma Tomada de Posição sobre as limitações aos direitos da mulher no parto e no puerpério em unidades de saúde em tempo de pandemia por COVID-19, abrindo a outras entidades e pessoas individuais a possibilidade de subscrição;
- A 23 de abril de 2020, é dirigida à Direção-Geral da Saúde uma carta, alertando para “a pandemia de partos agendados em Portugal”, no decorrer da denúncia de induções sistemáticas do trabalho de parto em várias instituições de saúde no país;
- A 22 de maio de 2020, uma nova carta de denúncia é endereçada à DGS com um pedido de tomada de posição, pela entidade, relativamente a algumas situações que vinham a acontecer reiteradamente nos serviços de saúde: situações de separação mãe-bebé nas unidades de saúde; desmarcação de consultas e exames; constrangimentos à amamentação dos bebês; etc.;
- Entre maio de 2020 e julho de 2022, é enviado, a todos os serviços de obstetria dos hospitais portugueses, um pedido de clarificação relativamente a: direito da parturiente a acompanhante durante o trabalho de parto e parto; procedimentos para a testagem de COVID-19; realização de induções do trabalho de parto e cesarianas; separação de mães e bebé e amamentação. Não obstante a taxa de resposta a este inquérito ter sido pequena, os dados recolhidos foram reveladores de uma certa arbitrariedade que caracterizou a aplicação de medidas por parte das instituições de saúde, nomeadamente no que toca a protocolos de testagem, ao direito ao acompanhante e à separação de mães e bebês em caso de teste positivo à COVID-19.

- A 25 de maio de 2020, a APDMGP faz a primeira denúncia à Entidade Reguladora da Saúde sobre as violações do direito a acompanhante durante o parto nas unidades de saúde;
- A 21 de agosto de 2020 é emitido um Comunicado, no qual a Associação manifesta a sua preocupação face à degradação do estado de saúde emocional de grávidas e parturientes;
- A 4 de fevereiro de 2021, a APDMGP é chamada a participar na Comissão eventual para o acompanhamento da aplicação das medidas de resposta à pandemia da doença COVID-19 e do processo de recuperação económica e social, tendo, nessa ocasião, expressado na Assembleia da República a sua preocupação com as queixas recebidas desde o início da pandemia;
- Em junho de 2021, é enviada uma carta, desta vez ao Ministério da Justiça e ao Instituto dos Registos e Notariado, apelando ao retorno do balcão Nascido Cidadão nas maternidades portuguesas, para assim reverter a obrigatoriedade do registo presencial na Conservatória do Registo Civil (até 20 dias depois do nascimento e mediante agendamento);
- A 18 de março de 2022, é feita uma segunda denúncia à Entidade Reguladora da Saúde, por violações do Direito ao Acompanhante no trabalho de parto e parto, bem como em consultas, exames, ecografias e salas de espera. Nessa ocasião, a APDMGP apela ao levantamento de todas as restrições ao acompanhamento de grávidas, parturientes e puérperas.

Divulgação de informação

Paralelamente, com o objetivo de dar uma resposta mais completa às dúvidas continuamente partilhadas pelas mulheres grávidas e famílias num contexto de sucessivas alterações das medidas de contenção da pandemia, a APDMGP desenvolveu e divulgou um conjunto de instrumentos de monitorização dos procedimentos aplicados nas instituições

de saúde e de recursos informativos sobre os direitos das mulheres e as orientações baseadas em evidência relativas à gestão da pandemia nos cuidados perinatais. Concretamente, foram criados e divulgados no site e redes sociais da APDMGP: a Caixa de Ferramentas – Gravidez, parto e covid-19; um guia de Perguntas e Respostas sobre Covid-19, gravidez, parto e aleitamento, baseado nas orientações da Organização Mundial de Saúde e um Formulário para reporte de situações anómalas - Covid-19.



Figura 1 – Imagens da campanha #parirsozinhanao (APDMGP, 2020)

Campanha #parirsozinhanao

Em setembro de 2020 foi ainda lançada uma campanha com significativo alcance mediático, que pretendeu chamar a atenção para a inadequação das medidas restritivas impostas às mulheres no acesso aos cuidados de saúde materna, numa altura em que, noutras esferas da vida social, já se observava um aligeiramento das restrições (figura 1). Em particular,

com a campanha #parisozinhanao, a APDMGP apelava ao levantamento da proibição de acompanhante das mulheres durante o parto, considerando esta medida “lesiva e desproporcionada”.

Inquérito IMAGiNE EURO

Merecedor de destaque é também o contributo da APDMGP para a produção de conhecimento, numa base comparada, sobre os cuidados de saúde materna e infantil durante a pandemia. No caso, destaca-se a integração da Associação na equipa portuguesa (em parceria com o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto - coordenador, a ARS Algarve e a Universidade Europeia), do projeto IMAGiNE EURO: *Maternal perspectives on the quality of maternal and newborn facility-based health care around the time of childbirth in the WHO European Region*, coordenado pelo Centro Colaborador da OMS do IRCCS Burlo Garofolo em Trieste, Itália. IMAGiNE EURO é um projeto pioneiro a envolver vários países da Europa, na medição da qualidade dos cuidados materno-infantis durante a pandemia. Utiliza um questionário uniformizado baseado nos padrões de saúde materno-infantis da OMS, desenvolvido especificamente para responder a questões acerca do cumprimento de padrões preconizados pela OMS, assim como perceber de que modo as práticas de cuidados materno-infantis em instituições de saúde foram afetadas durante a pandemia de COVID-19 na Europa.

O projeto desenvolveu, testou e aplicou dois questionários *online*: um destinado a mulheres que deram à luz durante a pandemia por COVID-19 (desde 1 de março de 2020) e outro destinado a profissionais de saúde a prestar cuidados de saúde materno-infantis em instituições de saúde. Em agosto de 2022, a rede IMAGiNE EURO tinha recolhido mais de 60000 respostas de mulheres e mais de 4000 de profissionais de saúde.

Um primeiro grupo de resultados,

relativos ao primeiro ano da pandemia em 12 países, foi publicado na The Lancet Regional Health (Lazzerini *et al.*, 2022). Posteriormente, foi publicado um Suplemento no International Journal of Gynecology and Obstetrics com um conjunto de artigos, focando-se em diferentes regiões geográficas ou aspetos específicos dos cuidados (Beňová *et al.*, 2022). Em Portugal, as 1845 respostas registadas entre 1 de março de 2020 e 28 de outubro de 2021, validadas e analisadas, foram reveladoras de altas taxas de intervenção, assim como de grandes diferenças regionais a nível de prestação de cuidados durante aquele período (Costa *et al.*, 2022).

Considerações Finais: mudanças e constrangimentos hoje

Quando se completam três anos desde os primeiros casos de COVID-19 confirmados em território português, é importante não só perceber o caminho percorrido em termos das medidas de controle sanitário que foram sendo implementadas no país, como pensar os impactos que perduram no tempo e continuam a deixar marca na sociedade pós-pandemia.

No que diz respeito aos cuidados de saúde materna e obstétrica, verificamos que se algumas medidas de contenção ficaram circunscritas aos momentos mais críticos da pandemia, outras restrições permanecem até aos dias de hoje, ainda que com variações em função das instituições e dos territórios. Desde logo, a obrigatoriedade do uso de máscara pelas parturientes é uma medida que permanece em alguns serviços de obstetrícia, assim como os constrangimentos à presença de acompanhantes durante o trabalho de parto e parto.

De forma mais estrutural, a gestão da pandemia parece ter contribuído para outras tendências que merecem a nossa preocupação. Com o aumento da proporção de nascimentos em hospitais privados e de partos em casa (note-se que,

em 2020, a proporção de nascimentos no domicílio aumentou relativamente aos anos anteriores, representando 1,3% do total de nados-vivos em Portugal), torna-se crucial refletir sobre o agravamento das desigualdades sociais no acesso aos cuidados de saúde perinatais (Trindade, Neves, Santos e Pintassilgo, 2022). De igual forma, face às constantes ameaças de fecho de urgências de obstetrícia no país e à evolução desfavorável de indicadores como a Taxa de Mortalidade Materna (Pintassilgo, Neves e Santos, 2022), são vários os sinais de degradação geral da qualidade dos cuidados de saúde materna em Portugal, que, tendo conhecido um agravamento durante o período de pandemia, estão ainda longe do seu restabelecimento. Neste sentido, é imperativo que a melhoria das condições de saúde e a restituição do direito das mulheres a experiências positivas de gravidez e parto continuem a merecer a atenção e a ativa intervenção por parte dos vários setores da sociedade Portuguesa, nomeadamente grupos ativistas e representantes da sociedade civil, academia, organizações de profissionais de saúde e, claro, órgãos políticos e governativos.



Referências bibliográficas

- Barata, C., Neves, D. M., e Santos, M. (2020). COVID-19 Containment Measures, Perinatal Experiences, and the Fight for Childbirth Rights in Portugal. *Medical Anthropology Quarterly* | COVID-19 and SRH/MNH: a Curated *Online* Collection. <https://medanthroquarterly.org/rapid-response/2020/08/covid-19-containment-measures-perinatal-experiences-and-the-fight-for/>
- Beňová, L., Lawn, J.E., Graham, W., Chapin, E.M., Afulani, P.A., Downe, S., Hailegebriel, T.D., Lincetto, O. e Sacks, E. (2022). IMAGiNE EURO: Data for action on quality of maternal and newborn care in 20 European countries during the COVID-19 pandemic. *Int J Gynecol Obstet*, 159: 5-8. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14500>
- Costa, R., Barata, C., Dias, H., *et al.* (2022). Regional differences in the quality of maternal and neonatal care during the COVID-19 pandemic in Portugal: Results from the IMAGiNE EURO study. *Int J Gynecol Obstet*. 159 (Suppl. 1): 137- 153. doi: 10.1002/ijgo.14507
- Drandić, D., Hartmann, K., Barata, C., e Torguet, R. (2022). Parent organizations' experiences of the pandemic response in maternity care in thirteen European countries. *European Journal of Midwifery*, 6 (December), pp.1-10. <https://doi.org/10.18332/ejm/156902>
- Direção-Geral de Saúde (2020a). COVID-19: Gravidez e Parto. Orientação n.º 018/2020 de 30/03/2020 atualizada a 27/10/2021. https://www.sjp-spp.pt/media/x4sjjcia/gravidez_parto_dgs_10_2021.pdf
- Direção-Geral de Saúde (2020b). COVID-19: Cuidados ao Recém-nascido na Maternidade. Orientação n.º 026/2020 de 19/05/2020 atualizada a 27/10/2021. https://www.sjp-spp.pt/media/0u3oaizl/cuidados_rn_maternidade_10_2021.pdf
- Lazzerini, M., Covi, B., Mariani, I., ... Barata, C, *et al.* (2022). Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: *online* survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European region. *Lancet Reg Health Eur*. 13:100268.
- Neves, D. M. e Barata, C. (2022). Cuidados de saúde, direitos e experiências perinatais durante a pandemia por Covid-19: restrições, resistências e mudanças em Portugal. 1ª Conferência de Saúde Societal - “Saúde societal no futuro Pós-COVID-19”.
- Organização Mundial de Saúde (2020). Coronavirus disease (COVID-19): Pregnancy, childbirth and the postnatal period. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth>
- Pintassilgo, S., Neves, D. M. e Santos, M. (2022). A MORTALIDADE MATERNA EM PORTUGAL: O QUE DIZER DA SUA EVOLUÇÃO? Blogue do nascer. pt - Laboratório de estudos sociais sobre nascimento.
- Trindade, I., Neves, D. M., Santos, M. e Pintassilgo, S. (2022). O parto em casa em Portugal: o que mudou com a pandemia por COVID-19? 1ª Conferência de Saúde Societal - “Saúde societal no futuro Pós-covid -19”.

07.

BARBARA HARPER

“O PARTO NA ÁGUA É CONTROVERSO PORQUE É MAL COMPREENDIDO. PERMITE QUE A MULHER RECUPERE O CONTROLO DO SEU PROCESSO DE PARTO E ISSO É ASSUSTADOR PARA AS PESSOAS QUE O QUEREM CONTROLAR”

LAURA RAMOS*

Depois de se ter formado em Enfermagem, nos Estados Unidos da América, Barbara Harper dedicou a sua vida ao parto natural na água e tem revolucionado hospitais e centros de parto em todo o mundo. Fundadora do Gentle Birth Consultants, em 1984, e da Waterbirth International, em 1988, Barbara é uma lenda viva, que continua a inspirar médicos e parteiras em dezenas de países a compreender o nascimento na água.

Aos 73 anos, Barbara viaja constantemente para ajudar milhares de pessoas a criar experiências de parto mais prazerosas e saudáveis para mulheres e bebés. Com um estilo inconfundível e uma capacidade única para transmitir informação científica ao mesmo tempo que mantém um coração gentil e atencioso, Barbara já deu formação também em vários hospitais portugueses, a convite da APDMGP. No entanto, nenhum deles conseguiu, ainda, implementar o parto na água. Falámos com Barbara Harper para conhecer melhor as suas motivações

e perceber a importância de nascer em ambientes aquáticos e não só.

Barbara, porquê o parto na água? Como aconteceu? Teve alguma experiência no passado?

A minha introdução ao parto na água foi com uma paciente. Era enfermeira e trabalhava com um médico em práticas de medicina holística. Uma paciente que estava grávida entrou e disse que queria um parto na água. E eu apenas lhe perguntei: como se faz isso? (risos) Nunca tinha ouvido falar, não tinha noção nem qualquer experiência. Então, mostrou-me um artigo. Era uma espécie de jornal, daqueles em que não se confia, mas tinha uma fotografia de uma mulher, na Rússia, numa banheira de vidro, com um bebé entre as pernas. E o cordão umbilical estava lá. Olhei e pensei: ‘ok, o feto cresce em líquido, sai com líquido, o que poderá isto ter de mal?’ Mas tive de pesquisar e ela foi a minha primeira experiência. Liguei de volta e disse-lhe: ‘se quiser,

eu ajudo-a’. E então comprei uma banheira, que foi usada para o seu parto, e projectei tudo para que ela pudesse ter um parto na água. Pessoalmente, gastei algum dinheiro e ao mesmo tempo também pesquisava. Ia a livrarias de medicina e fui à UCLA (Universidade da Califórnia, em Los Angeles) e comecei a telefonar às pessoas: ‘já ouviram falar disto?’ Encontrei três pessoas (risos) que de facto já tinham ouvido falar. E a partir daí, dei-lhe assistência. Não no parto propriamente dito, mas preparei tudo. O parto dela foi bem sucedido e nove meses mais tarde eu dava à luz do meu segundo filho, na água, usando o que aprendi com ela. Mas durante a minha gravidez também fui a França. Fui a uma clínica, em Pithiviers, nos arredores de Paris, porque tinha ouvido dizer que lá faziam partos na água. Encontrei-me com o Michel Odent e com o Frédérick Leboyer, faziam partos na água e passei 3 semanas perto de Paris a estudar e a aprender com eles. Fui a aulas de preparação para o parto, no Hospital Des Lilas, e regressiei aos

Estados Unidos completamente convicta de que isto era normal, natural, fácil e totalmente seguro. Falei com uma mulher que fez um parto na água, já tinha um exemplo na minha cidade natal, em Santa Bárbara, por isso estava preparada para criar essa experiência, mas não para mim! Estava a criar essa experiência para o meu bebé.

**Mas estava grávida nessa altura?
Em que ano foi?**

Estava grávida, sim, do meu segundo filho. Foi em 1984.

**E o parto do seu primeiro filho,
foi fácil ou não?**

Teria sido fácil se tivesse ficado em casa. (risos) Mas fui para um hospital demasiado cedo e chamo-lhe ‘o meu parto traumatizante’. Era o que toda a gente sabia, em 1978. Trabalhei no mesmo hospital onde dei à luz, era enfermeira, com um alto cargo de chefia, mas quando cheguei em trabalho de parto, eles pensaram que eu não sabia nada. Deitaram-me imediatamente numa marquesa durante todo o trabalho de parto e não me deixaram mexer, sair para apanhar ar, nem sequer ir à casa de banho. Trataram-me como a qualquer outra paciente e eu só dizia: ‘deixem-me sair, deixem-me levantar!’ E foi por causa desse parto que hoje faço o que faço.

**E isso também fez mudar a sua visão
sobre o nascimento. A sua avó também
era parteira...**

A minha avó era parteira e eu sabia como os bebés entravam e saíam. (risos) Era senso comum e toda a gente sabia que era assim que as mulheres faziam. Mas também tive uma experiência com um nascimento, quando tinha quase 14 anos, que foi difícil para mim. A minha mãe estava grávida e prestes a ter o quinto filho, eu fui a quarta, por isso havia um intervalo de 14 anos. A minha avó ainda estava viva, mas doente, tinha cancro,

e a minha mãe foi para o hospital sozinha. O meu pai estava a trabalhar noutra cidade, por isso não podia estar lá, e a minha mãe ficou sozinha. Não me deixaram ir com ela, por ter menos de 16 anos, e fui impedida de entrar, até mesmo na porta principal do hospital. Isso foi muito difícil, porque eu e a minha mãe éramos muito próximas. Quando o meu irmão nasceu, foi um parto natural normal, não foi cesariana. Subi para uma caixa, fora da sala de partos, ao ar livre, e olhei pela janela. As enfermeiras levantaram o meu irmão para eu o poder ver, mas foi a única maneira de o ver e não pude ver a minha mãe. Por isso, foi pura tortura e eu sabia a 100% que isso estava errado. Então, quando entrei para o curso de Enfermagem como área de estudo, na saúde materno-infantil e puericultura, tudo surgiu com naturalidade. Mas quando comecei a exercer e a trabalhar no hospital, mais uma vez foi uma tortura. Sabia que o que fazíamos era errado, mas não era fácil dizer ‘o que vocês fazem aqui prejudica as mães, as famílias, a sociedade, e especialmente o recém-nascido, o bebé’. Por isso, fui expulsa muito rapidamente da enfermagem obstétrica (risos), porque estava sempre a questionar e a dizer: ‘porque o fazem desta forma? Porque têm de levar o bebé para o berçário? Porque é que a mãe não pode ficar com o bebé?’ Nessa altura, segundo as regras, devíamos cortar imediatamente o cordão, levar o bebé como se fosse um produto e a mãe não tinha nenhum direito a ele. O hospital tinha de o guardar, de o manter e de tomar conta dele. Tudo isto por boas razões, nas suas mentes, mas, para mim, era uma aberração da natureza. Cresci numa quinta e não só vi a minha avó que fazia todos os partos em casa (só mais tarde, nos anos 60 e 70 é que já era no hospital), mas vi também o nascimento de gatos, cães, vacas, ovelhas e cavalos e só pensava que estávamos, de facto, a fazer uma coisa que interrompia o processo natural e que tínhamos de perceber como podíamos fazê-lo melhor.

**Porque é que o parto na água
ainda é tão controverso?**

Em primeiro lugar, o parto na água é controverso porque é mal compreendido. Permite que a mulher recupere o controlo do seu processo de parto e isso é assustador para as pessoas que o querem controlar. Quando vemos uma mulher completamente relaxada, que adormece entre as contrações, que se movimenta da forma que o seu corpo precisa, quando não estamos habituados a isso, é como uma ameaça. Implementámos protocolos de gestão de risco hospitalar nos cuidados maternos com medidas muito restritivas, fizeram-se regras, regulamentos, calendários, e o parto na água de repente diz-nos: ‘esqueçam isso, deixem a natureza desempenhar o seu papel e deixem os bebés sair de forma adequada’. Isto assusta as enfermeiras! Quando dou cursos e elas vêem realmente o aspecto do bebé, que não se afogou, e como a mãe se sente e expressa os seus comportamentos primários através dos seus instintos, isso estimula-as a pensar: ‘ah, se ela pode fazer isto, o que temos nós andado a fazer?’ E na verdade penso que o parto na água ameaça a norma, mas também observo e constato que quando se introduz a água, as outras práticas começam a mudar. As parteiras que fazem os meus cursos aprendem a ser pacientes, a deixar o bebé emergir, sem a ajuda das mãos a manipular a cabeça do bebé ou a tocar no períneo, e quando vêem isso na água, ficam capazes de transferir esse conhecimento para a cama. E então recebo cartas e *e-mails* de parteiras a dizer: ‘Oh meu Deus, Barbara, eu consegui manter as mãos afastadas do bebé e nem sequer foi um parto na água!’ E isso liberta os protocolos, portanto é mal compreendido. O parto na água é mal compreendido porque se pensa que vai ameaçar o bem-estar e a vida do bebé.

**Portanto, se a natureza já faz
isto há milénios, no século XXI,
principalmente graças à ciência,
porque é que há tanta intervenção
nos Hospitais?**

(risos) Um médico em Chicago, que assistiu a um dos meus seminários, disse o seguinte: ‘Portanto, Sra. Harper, o que acabei de aprender consigo é que eu não preciso de controlar nada; não tenho de fazer um exame vaginal; o bebé vai sair quando chegar a hora dele; não tenho que fazer o parto; será que entendi bem?’ Sim!, respondi. ‘E não tenho que cortar o cordão; ele vai pulsar, a placenta descola-se sozinha, o bebé vai ficar bem desde que esteja no peito da mãe e por isso não tenho que fazer nada ao bebé; não tenho que o secar, não tenho que o aspirar, não tenho que cortar o cordão, não tenho que tirar o bebé, e a mãe e o bebé podem até ir para casa com a placenta ainda presa ao bebé; será que ouvi correctamente?’ Sim!, respondi novamente. ‘Então, Sra. Harper, se tudo isso for verdade, como vou justificar os meus honorários se não faço nada?’, perguntou. Olhei para o céu e pedi a Deus: ‘por favor, dá-me uma boa resposta.’ (risos) E então, disse: ‘O nadador-salvador que vigia a praia, só vai ser pago se salvar alguém?’ E todos na sala começaram a aplaudir! Então, foi assim que consegui transmitir a esse médico: ‘O senhor foi para a faculdade de medicina para conseguir saber quando deve intervir se houver algum problema. Você é um salva-vidas, está lá para garantir segurança, para ouvir o ritmo cardíaco do bebé durante o trabalho de parto e assegurar que o feto está saudável. Se algo acontecer que não garanta ao bebé um bom trabalho de parto, então poderá mudar a situação ou fazer uma intervenção, administrar uma medicação, fazer algo para mudar essa situação. Mas primeiro, tem de saber as características do que é o normal e a água cria essa normalidade.’ Quando o Royal College of Midwives (Real Colégio



Barbara Harper

de Parteiras) se reuniu com o Royal College of Obstetricians (Real Colégio de Obstetras), no Reino Unido, em 2007, debateram-se uma série de questões que contribuíram para a expansão da normalidade do parto, e a primeira coisa em que ambos concordaram e que escreveram num *position paper* (ensaio), foi que o uso de água para imersão terapêutica durante o trabalho de parto e o parto normal, aumenta os benefícios do parto, além-fronteiras, sem qualquer tipo de risco evidente.

**Então, por que razão continuam
a propagar coisas negativas sobre
o parto na água? Estão desinformados?**

O conhecimento do parto natural normal não é ensinado. Formei-me na escola de enfermagem, há décadas, há mais de 40 anos. Quando estudei o parto normal

ainda não havia epidural, nem monitores fetais e a taxa de cesarianas era de 5%. Portanto, sim, ainda se fazia parto natural normal, mas não tínhamos as peças reunidas para perceber o impacto disto na espécie humana. A intervenção e a interrupção vieram causar a este novo ser humano ou o bem-estar ou possíveis danos à sua saúde para toda a vida, a vitalidade e o bem-estar emocional, físico, imunológico, neurológico. O parto tem um enorme impacto sobre isso e nós víamos essa ligação. E agora temos a oportunidade de a ver através da investigação científica, da neurologia pediátrica, da microbiologia, de tudo o que se tem estudado actualmente. Mas os nossos livros de medicina estão 25 anos atrás. Lembro-me de estar frente a uma audiência numa escola de medicina no México, a disciplina era obrigatória,

e todos os residentes de todas as escolas de medicina tinham que assistir ao meu seminário. Durou três dias e foram acreditados por isso. As mãos levantavam-se e os alunos diziam: ‘mas não foi isso que nos ensinaram! Ensinaram-nos que temos de clampear e cortar o cordão de imediato, senão o bebé terá demasiado sangue’. Então, eu disse-lhes: ‘eu compreendo que vocês não queiram ofender os vossos professores, estariam a desconsiderá-los. É uma situação difícil. Passa-se o mesmo na China, na Venezuela ou no Brasil. Vocês vão para uma escola de medicina e quando saem vão professar o que vos foi ensinado. E estão tão ocupadas a cuidar das mulheres que não se sentam à noite a ler artigos de investigação recentes, e nem sequer têm tempo para a vossa vida privada quando são obstetras ou parteiras com muito trabalho. Não se vão sentar a ler 25 revistas sobre fisiologia neonatal, microbiologia, obstetrícia, parteiras, enfermagem, psicologia, todas as coisas relacionadas com este processo do nascimento. Portanto, vocês farão o que a vossa experiência vos tem ensinado. E as experiências que se ensinam nas escolas de medicina em todo o mundo são uma aberração à normalidade. Não são partos normais, são: ‘é assim que se tira um bebé; há 63 passos de A a Z e de AA a ZZ; têm de seguir este protocolo’. E se não seguirem este protocolo e cometerem um erro, vai pesar-vos na consciência. E há tanto medo à volta do nascimento, porque cada um de nós, em todo o planeta, passou por essa experiência em que fomos cortados e separados das nossas mães; e temos este conhecimento profundo da dor e do pesar de termos sido afastados’. Sei que é outra questão que precisa de ser abordada, mas como seres humanos, fomos separados, separados e separados durante tanto tempo que o consideramos normal! Vivemos com hipertensão e doenças cardiovasculares e a diabetes e todas essas coisas que semeiam os seus grãos, doenças mentais e adicções, e estas sementes germinam durante o processo do nascimento e da separação.

Quero voltar mais tarde ao processo de nascimento, mas para começar, porque é que tantas mulheres têm medo do parto? Porque é que isto acontece?

As mulheres têm medo do parto porque nasceram no medo. A mãe era forçada a dar à luz e depois eram separados. E essa angústia de ter nascido num clima de medo extremo, ansiedade, terror, e as coisas que fizemos aos bebés que nós, quero dizer, mulheres da sua idade, mulheres entre os 25 e os 30 anos que estão agora a ter bebés... pegámos nesses bebés e pusemo-los em “caixas” de plástico e demos-lhes biberões e tudo mais. Mesmo quando uma mulher tinha um parto normal e natural, mesmo um parto vaginal normal, não era total e completamente natural. Às vezes ouço mulheres que não têm medo de parir porque viram a mãe a ter um parto normal e natural em casa, ou sabem que nasceram de uma forma fácil. E digo-lhes com frequência: ‘antes de irem às aulas de preparação para o parto, tentem saber o que a vossa mãe sentia, pensava, e quais eram as emoções dela quando estava grávida de vocês, porque se aquela mãe estava com medo e receosa de dar à luz, isso instala-se no cérebro desse ser humano e repercute-se numa situação idêntica. Chama-se a isso mapeamento genético. É a transmissão da angústia e da ansiedade que se instala no cérebro durante a gravidez. A partir das 20 semanas de gestação, o nosso sistema neurológico está conectado às emoções da mãe, aos seus sentimentos, aos seus comportamentos.

Também disse que nós temos um tipo de memória nas células no momento em que nascemos.

O nosso corpo, a nossa fásia, a nossa consciência, a nossa neurologia, tudo isso memoriza o nosso nascimento. Não é preciso muito para pôr uma mulher em hipnose através da respiração, para se

lembrar, para o marido se lembrar, para qualquer um de nós, como seres humanos, nos lembrarmos do momento do nosso nascimento. E se alguém gritar connosco, se alguém gritar com a mãe: ‘vá, vá, não é assim, força, força, faça força, agora, agora, puxe, puxe’... Isso stressa a mãe! O bebé vai sair de uma maneira ou de outra, mas, do nada, stressamos a mãe, o seu corpo fica cheio de cortisol e, obviamente, de hormonas que interrompem o processo natural e, assim, o bebé nasce num estado de grande ansiedade. Esta é a teoria do mapeamento genético que está comprovada em muitos estudos.

As mulheres estão a perder autoconfiança? Hoje em dia há mulheres que pedem para marcar uma cesariana.

Em outubro de 2015, estive em Alexandria, no Egipto, onde fiz uma apresentação e alguns workshops, numa conferência PAN-Africana, e todas as pessoas do Egipto e do Norte de África falaram sobre as elevadas taxas de cesariana, especialmente no Egipto. Eu estava em estado de choque – e já não me podem chocar mais quando as taxas de cesariana são acima dos 70% ou dos 80% – mas é isso que está a acontecer em todo o mundo. Na Índia, nos hospitais privados, as taxas de cesariana rondam os 85%; Brasil, Argentina, China, 70%. Por isso, quando soube que no Cairo era de 79%, não fiquei surpreendida. Mas os médicos, na conferência, perguntaram: ‘Porquê, porquê, porquê?’ Em vez de: ‘Como resolver isto? E porque é que as mulheres pedem para fazer cesarianas?’ Então, tive a atenção de alguns médicos e disse-lhes: ‘Vou dizer-vos exactamente porquê. Por favor, ouçam isto. Por trás da porta A, há uma mulher que tem uma experiência de abuso mental, físico e emocional, vocês são impositivos, não a deixam confiar no seu corpo, não a deixam confiar no seu bebé; dizem-lhe quando ela deve dar à luz, como deve

dar à luz, tratam-na como se fosse uma criança despojada de todos os seus direitos humanos de auto-determinação, ignoram completamente que o bebé é um participante consciente e que tem uma motivação neurológica, emocional e espiritual para nascer, tiram a dignidade a esta mulher e tratam-na como se fosse, não só uma criança, mas também como se tivesse uma patologia médica. E se ela não o estiver a fazer bem, então, dão-lhe drogas para acelerar; se estiver a ir demasiado depressa dão-lhe drogas para abrandar; e ela ouve isto da mãe, da irmã, das amigas, das tias, na imprensa e nas publicações, na televisão e no cinema, é isso que as mulheres vêem. E elas não querem isso! E por trás da porta B, oferecem-lhe uma cirurgia de 20 minutos. E isso é doloroso e permanece durante 2 meses, 3 meses, 6 meses ou um ano, e aumenta o risco de mortalidade materna a cada gestação, mas são apenas 20 minutos! E então ela vai aceitar o menor de dois males. Até reconhecerem a primazia do nascimento e darem apoio a este processo inato de dar à luz, que tanto a mãe como o bebé têm, as mulheres continuarão a escolher o parto por cesariana.’

Com que frequência é que as mulheres que tiveram uma má experiência de parto no hospital optam depois por um parto na água?

A maioria das mulheres acorda depois do primeiro parto. E mesmo que tivessem uma experiência de alguma forma decente, não muito longa, podem ter amamentado durante 2 ou 3 meses, há algo nelas que diz: ‘hum, eu poderia ter feito melhor, talvez seja melhor ler algumas coisas, não li nada porque o meu obstetra disse que não precisava de ler nada, que apenas confiasse nele’. E os obstetras não são más pessoas. Não conheço uma única enfermeira, uma única parteira ou um único obstetra que se tenha levantado esta manhã e dissesse: ‘oh, hoje vou ao hospital e vou torturar

mulheres e bebés’. Eles não fazem isso, há um altruísmo em ser obstetra ou ser parteira. ‘Estou a fazer um trabalho muito importante, mas esta é a forma como me ensinaram e não conheço outra. Não sinto segurança a fazê-lo de outra forma e é preciso tê-la, é preciso ver para acreditar’. Ainda hoje, quando mostro os meus filmes e dou um workshop onde se vê a cabeça do bebé no períneo, a virar automaticamente após cinco minutos de espera, os médicos, as parteiras e o público fazem: ‘Ah, oh meu Deus, nunca tinha visto isto!’ Porque nunca ninguém tem paciência para esperar que o bebé faça o que está neurologicamente programado para fazer. E estas são boas parteiras, são as que passaram nos exames, são licenciadas e têm prática hospitalar.

Mas, ao mesmo tempo, têm todo este peso do sistema e é difícil lutar contra ele. Conhece o caso de Setúbal? Havia um hospital em Portugal onde se faziam partos na água e agora isso já não é possível.

Visitei o Hospital de Setúbal em 2014, fiz lá uma pequena apresentação, pendurei um çaça-sonhos por cima da banheira e disse: ‘isto é o meu sonho, é a minha paixão, fazer do parto na água uma opção para todas as mulheres em todos os hospitais de Portugal, para que todas as mulheres que queiram dar à luz se sintam seguras e bem-vindas’. Há tanto que se pode fazer para mudar o contexto, os resultados, podemos melhorar a saúde e a vitalidade de todos os cidadãos de Portugal, ter menos violência, podemos ter menos constipações e gripes, menos diabetes, menos doenças cardiovasculares, menos hipertensão... basta apenas compreender a importância dos bons cuidados pré-natais e da educação na assistência ao parto, encorajando e apoiando estas mulheres a parir. Sim, existem normas governamentais que precisam de ser alteradas. Sim, a educação pública precisa de ser melhorada. E sim,

haverá alguns médicos que se deveriam reformar e não continuarem a praticar, porque não querem mudar. Mas já vi mudanças em alguns sítios e já vi melhorias a acontecer. A China é um dos países que está a mudar rapidamente. É inacreditável, estão a fazer enormes progressos, estão a compreender e a conseguir.

Mas não foi esse o caso aqui em Portugal.

Penso que o ambiente nos hospitais de Portugal está a mudar favoravelmente para o parto na água. O incidente no Hospital de Setúbal é que estavam a fazer o parto na água e depois foi interrompido. Porém, eles disseram que se podia fazer o trabalho de parto na água, podia haver imersão na água, mas não se podia dar à luz na água. E isso aconteceu na mesma altura em que o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) divulgou um artigo de opinião sobre os potenciais perigos do nascimento na água. O ACOG contratou uma empresa de comunicação social para divulgar essa mensagem. Embora não fosse no Hospital de Setúbal, alguns obstetras em Portugal leram o artigo de opinião e sugeriram ao departamento de saúde que qualquer prática de parto na água deveria ser suspensa até nova ordem. Uma parte do problema foi a reacção a um parecer que os obstetras nos EUA tinham publicado. Não foi um parecer científico, foi um artigo de opinião! E esses mesmos médicos, dos EUA, sempre mantiveram essa opinião, desde que o parto na água começou.

E baseiam-se em quê?

Em nada! Na opinião deles. (risos) Fizeram-no para uma revista literária, era um comité sobre o feto e o recém-nascido, para a Academia Americana de Pediatria e para o Colégio Americano de Obstetras. Em 1995, escrevi ao Colégio de Obstetras e enviei-lhes um *paperwork* onde dizia: ‘Estes são os estudos científicos, predominantemente da Europa, porque



o Reino Unido reconhece que o parto na água deverá ser uma opção disponível para todas as mulheres, do sistema de saúde do Reino Unido, e mantém um registo dos seus dados, publicam regularmente, foram analisados 8.915 partos na água, ao longo de cinco anos, pelo que têm lá muitos investigadores'. Então, enviei um pacote com artigos para o comité de prática pediátrica, com uma carta solicitando um parecer. Eles responderam, ainda tenho essa carta, e disseram que, até essa altura, quando há grandes estudos populacionais (10.000 mulheres ou mais) publicados em *peer-reviewed journals* nos EUA, esses estudos são feitos em ensaios de controlo randomizados. Por outras palavras, 10.000 mulheres que dão à luz na água e 10.000 mulheres que não dão à luz na água. Portanto, são necessárias 20.000 mulheres

para satisfazer a curiosidade deles, e é preciso distribuir aleatoriamente essas mulheres. Você tem um parto na água, você não tem, você tem um parto na água, você não tem. Isto, é um ensaio clínico randomizado, controlado por um grupo de controlo, e depois distribui aleatoriamente as mulheres, ou para o grupo de controlo, ou para o grupo experimental. Eles disseram que o parto na água apenas seria possível, em práticas experimentais, no âmbito dessas experiências de controlo aleatório. Esta era a opinião deles em 1995 e essa era a mesma opinião em 2005, quando escreveram um artigo sobre o assunto e o publicaram. Essa era a mesma opinião em 2012 e essa era a mesma opinião em 2014. Mas em 2014, tinham uma agência de comunicação e publicaram esse parecer na Internet, no Today Show, no New York Times, e foi

uma reacção directa ao facto de, nos EUA, os nascimentos em casa terem aumentado cerca de 400%. E os obstetras disseram: 'Bem, vamos lutar contra esta coisa dos nascimentos em casa, porque todas fazem partos em casa para ter partos na água, portanto, vamos falar mal disto'. Eles não disseram isto abertamente, mas houve uma espécie de contra-corrente de 'Vamos fazer com que as parteiras fiquem mal vistas e atacar a principal ferramenta delas, a imersão na água e o parto na água, a única ferramenta para a gestão não medicamentosa da dor e do conforto, vamos falar mal disso'.

Sim, a mesma coisa está a acontecer aqui em Portugal. Não há muito tempo, passou uma notícia que mostrava o quão mau pode ser um nascimento em casa. Mas realmente é triste que uma mulher que queira ter um parto natural não o possa fazer no hospital.

No hospital, não. E uma parte do meu trabalho, nos hospitais dos EUA, é dar orientações sobre como iniciar centros de parto natural em ambiente hospitalar. Pegamos em cinco salas de parto, por exemplo. Numa delas, tiramos o monitor, mudamos a decoração e rastreamos pacientes, para que a mulher com uma gravidez fisiologicamente normal, que queira ter um parto fisiológico natural, seja autorizada a entrar naquela sala. E, nessa altura, ela é apoiada com todos os cuidados personalizados, é apoiada com uma doula, com uma bola de parto, um banco de parto, uma banheira, e nada mais é usado para a gestão da dor ou gestão do conforto. Pode andar livremente, pode comer, pode beber, pode parir em qualquer posição que queira. E quando as enfermeiras estão preparadas e se começa a fazer isso, naquele ambiente hospitalar, se alguma coisa correr mal durante o parto, a parturiente é simplesmente transportada desta sala para a seguinte, que tem o monitor, o suporte intravenoso, os procedimentos

médicos, a epidural. Assim, é possível, em qualquer hospital e em qualquer parte do mundo, treinar parteiras e obstetras para darem apoio durante o parto natural vaginal, o parto sem perturbações, e verão os resultados a mudar. Deste modo, qualquer hospital pode fazer isso. Eu visitei um hospital no norte de Portugal [Póvoa de Varzim], onde fiz uma pequena apresentação, e eles já estão a fazer isso. Já permitem que as mulheres dêem à luz em qualquer posição, nos bancos de parto, na bola de parto, de cócoras, com aulas de parto vibrantes e maravilhosas e também dão aulas de natação pré-natal. Eu fiquei tão entusiasmada ao falar com elas que disse: 'Oh, o próximo passo é o parto na água!' E elas exclamaram: 'Sim, sim, sim! Mas não temos piscina. E eu disse: 'Eu mando-vos uma!' (risos) E a Waterbirth International vai doar uma piscina para aquele hospital.

Como é que os hospitais lutam contra o governo e todos os protocolos que têm de seguir?

Podemos usar as directrizes do sistema de saúde pública do Royal College of Obstetricians e do Royal College of Midwives do Reino Unido, que diz que toda a mulher merece ter uma gestão não farmacológica da dor. A melhor forma de gestão não farmacológica da dor é a imersão na água e, de facto, o governo britânico apoia a educação e a formação dos médicos, parteiras e enfermeiras, nesse sistema. Podemos usar isso, podemos usar as recomendações gerais da Organização Mundial para o Parto Natural, podemos recorrer às directrizes dos Direitos Humanos para o Nascimento e para a Liberdade das Mulheres; podemos usar as organizações Childbirth Connection e Childbirth International Education Association. Temos tantos dados publicados que basta procurar e fazer uma breve apresentação à legislação, aqui em Portugal, e dizer: 'Aqui estão os dados. Vejam-nos. Não estamos a fazer

nada que seja contra a segurança e o conhecimento do parto natural'.

Substituiria todas as camas de parto por banheiras?

Ainda precisa de uma cama! (risos) Se possível, colocaria banheiras em todos os quartos, mas podemos começar com uma e ver qual é a utilização. É o que eu sempre digo ao hospital. Comece com uma piscina e veja com que frequência a utiliza. Porque as mulheres vão continuar a pedi-la, vão entrar e dizer que viram na internet ou na televisão. Nos EUA há uma novela mexicana e a meio há um parto na água. (risos) Por isso, está em todo o mundo. As mulheres vêem isso e até eu fico surpreendida. Na verdade, até não, porque foi sempre a minha visão. Há mais de 40 anos foi sempre a minha visão de que floresceria e aconteceria. Uma vez, tive um sonho. Estava num parque, com os meus filhos, o meu filho mais novo ainda era um bebé. Deitámo-nos para o amamentar e adormeci. Enquanto dormia tive este sonho de que o parto na água se tornaria a norma e que aconteceria num curto período de 50 anos (risos) e em todo o lado, em todos os cantos do planeta... E isso é provavelmente a duração da minha vida, porque tenho 73 e gostaria de ver este sonho a acontecer. E está a acontecer, em todo o lado. Já dei aulas em 60 países e vejo mudanças em todos os lugares onde estive.

Qual é a parte mais difícil do seu trabalho?

Não olho para as coisas negativas, mas a parte mais difícil do meu trabalho é a preparação necessária à sua realização, as longas horas de recolha e actualização de dados científicos para garantir que tudo o que digo está correcto, que é viável e que posso 'pregar'. (risos) Posso falar em frente de qualquer audiência, em qualquer lugar, e ter um intérprete em qualquer língua, estou bem com isso, mas quero

ter a certeza de que tudo o que digo é autêntico. Continuo a dar assistência a partos só para manter as minhas mãos ocupadas. As mulheres perguntam-me: 'Pode vir ao meu parto? Pode estar lá?' E se eu puder encaixá-lo na agenda, sim, vou. Penso que a outra parte mais difícil é saber que ainda não atingimos o marco dos 50 anos, que ainda temos mais 13 pela frente. E a parte ainda mais difícil, para mim, é pedir às pessoas que me ajudem.

E mudar mentalidades...

Está a acontecer. Primeiro, tem de mudar o coração e depois a mente. Não quero ser lembrada por introduzir o parto na água nos Estados Unidos. Houve centenas de pessoas que o fizeram antes de mim. Em 1902, num livro de medicina, está escrito: 'Se não tiver um banho quente no trabalho de parto, considere o parto anómalo'. Num livro de medicina de 1902! O primeiro artigo escrito sobre o parto na água foi em 1803! Já existe há séculos. Encontrei uma tribo na selva do Panamá, na fronteira da Costa-Rica, e elas dão à luz no rio, há milénios, mas ninguém ouviu falar disso porque não saem de lá. Na África Ocidental, no Gana, nasciam no oceano; o povo de Ohio nascia nas bacias e piscinas aquecidas por geotermia. Portanto, já existe há muito tempo.

Portanto, nós apenas...

Temos que respeitar a natureza. Não há como retroceder. Estamos em evolução, o tempo não se esgota, evolui. Entramos nesta espiral e o que aqui acontece, quando nos aproximamos da próxima espiral, somos uma pessoa diferente porque ouvimos uma vibração, uma energia superior. Basta um determinado número de pessoas para alcançar uma determinada vibração e antes que tudo possa mudar, PUM (faz um som forte batendo as mãos), é como um cataclismo que vai libertar tudo e sair destes modelos patriarcais para dizer: 'Vamos lá pessoal, vamos

cooperar, vamos respeitar a natureza, vamos respeitar o solo, vamos respeitar o ambiente’. E isso vai acabar por acontecer.

No que diz respeito ao processo de nascimento, quando os médicos dizem às mulheres grávidas que devem fazer uma cesariana, fundamentada em mitos...

Tenho um capítulo inteiro no meu livro, de 2005, sobre isso, chamado “Dispelling the medical myths”. As mulheres ouvem esses mitos e às vezes choro à noite por causa disso. Choro mesmo! Nas minhas orações peço a Deus que perdoe esses médicos por inventarem estas coisas. Estive na Índia, e uma mulher fez uma cesariana porque o cordão estava à volta da mão do bebé! E o médico disse à mãe, ao pai, aos avós: ‘Vou salvar o bebé, o cordão está à volta da mão, felizmente podemos fazer uma cesariana’. E ela só esteve duas horas em trabalho de parto! Conheci um médico na Turquia, e um médico na China, e um médico no México, e um médico na Venezuela, e um médico no Brasil, e todos eles me disseram as mesmas coisas: ‘Não tenho tempo para esperar por um parto vaginal, tenho um quarto cheio de utentes, neste momento tenho 200 mulheres na clínica, e se esperasse por cada uma delas para ter o bebé não poderia fazer nenhum exame pré-natal. Portanto, posso fazer seis cesarianas de manhã, ver todas as minhas utentes, fazer seis ou sete à noite, ir para casa, dormir, e voltar e fazer tudo de novo no dia seguinte’. Qual era a taxa das cesarianas? Ok, a taxa de cesarianas do médico da Turquia era de 95%; do médico do México era de 95%; do médico do Brasil a taxa era de 89%. Temos de viver com a realidade de que eles vão encontrar sempre uma desculpa. Na China, se tiver menos de 16 anos, fazem automaticamente cesariana, se tiver mais de 35 anos, automaticamente cesariana, se o cordão estiver à volta do pescoço, automaticamente cesariana, se o nível de líquido amniótico for inferior a 10,

automaticamente cesariana. Estas coisas são inventadas. Não há absolutamente nenhuma ameaça contra a vida dos bebés por terem o cordão à volta do pescoço. Uma mulher com 35 anos ou mais pode parir sem qualquer problema, a sua vagina sofrer danos se tiver um parto vaginal. Na verdade, a cesariana prejudica, tanto ou mais, o pavimento pélvico. Portanto, há muitos equívocos que se provam estar errados quando se olha para a investigação. É preciso olhar para a investigação. Então, quais são os outros mitos que temos?

Não é um mito, mas um facto, que quando um bebé nasce, especialmente por cesariana, eles não o entregam logo à mãe.

Não.

Têm que lhe fazer testes de rastreio, têm que o pesar, medir, limpar, vestir... porque é que isso ainda acontece?

Porque não consideraram a investigação. Nas cesarianas é ainda mais importante para o bebé atrasar o clampeamento do cordão e ir para o “santuário” [encosta as mãos no peito], o lugar sagrado onde o bebé está neurologicamente programado para se adaptar.

Porque é tão importante para o bebé estar com a mãe assim que nasce?

A forma como o cérebro humano evolui. Nascemos imaturos, todo o ser humano nasce antes de o seu cérebro estar completamente desenvolvido. Tem que ser assim, devido ao tamanho da nossa pélvis, temos de nascer imaturos. E o útero, o ventre materno, é o lugar que fornece a este novo ser humano oxigénio, nutrição, calor e protecção. O nascimento permite ao bebé sair do ambiente intra-uterino directamente para cima do peito da mãe, onde recebe calor e protecção, nutrição e oxigénio, tal como tinha no ventre materno. O bebé precisa de um útero

externo, de um ‘ventre materno com vista’ para que o seu cérebro possa crescer e fazer as ligações necessárias logo desde o início, porque, se houver separação o cérebro não está programado para o desenvolvimento neurológico desse novo ser humano.

Que efeitos podem ter estes momentos de separação na personalidade da pessoa, no futuro?

Todo o ser humano é programado com duas funções biológicas principais. O primeiro imperativo é nascer. Sabemos como nascer, sabemos como podemos estimular o nosso sistema neurológico, o sistema cardiovascular e passar de feto a recém-nascido. Sabemos como fazer isso. Também sabemos como subir para encontrar alimento, conseguimos gatinhar até ao mamilo, procurá-lo e agarrá-lo. E esse é o segundo imperativo biológico. Se afastarmos o bebé da mãe e não permitirmos que este segundo imperativo biológico aconteça, lavamos o bebé, vestimos o bebé, injectamos o bebé, aspiramos o bebé, fazemos todas essas coisas, antes de ele ter oportunidade de encontrar o seu lugar seguro, a que chamo o santuário, então o seu cérebro fica marcado pela separação. Se ele for a esses lugares, então o cérebro fica conectado para a ligação e ela diz: ‘a minha amígdala vai funcionar’; o meu nervo vago diz: ‘estou no lugar certo!’ Os meus sentidos dizem: ‘estou a fazer o que é certo!’ O meu sistema endócrino diz: ‘tudo está no tempo certo e na ordem certa! Agora, estou aqui e sou um ser humano total, pleno e completo!’ Se pusermos o bebé no berçário e lhe dermos o biberão, ele sobreviverá, mas será um ser humano neurologicamente muito diferente. Será susceptível a incertezas, pressões externas, vai prosperar com medos. Terá as sementes, não de insatisfação, mas mais: ‘devo ter feito algo de errado, ninguém me ouviu, ninguém me respeita’. E quando temos essa programação neurológica, a nossa vida não será vivida em pleno. A criança que vai para o santuário e é abraçada,

honrada, acarinhada e nutrida nesse lugar, tem total confiança, tem o entendimento e o conhecimento. Cada célula do seu corpo está no ritmo do som do Universo. Nada está errado, porque o cérebro está unicamente programado para este lugar. É como tirar um bebé do útero antes de poder sobreviver e pô-lo no chão e dizer: ‘Ok, agora já estás bem’. Não, não está bem! Temos de manter o bebé num ambiente onde ele possa prosperar, não apenas sobreviver mas prosperar. Pensei ter inventado a palavra prosperidade (risos) em vez de sobrevivência, mas depois vi-a impressa num livro de Bruce Lipton e penso que muitos de nós chegámos a essa mesma conclusão ao mesmo tempo, de que há dois estados da mente e do corpo: uma quebra ou uma evolução. Se não estiver num estado de amor e apego, então fico num estado de medo e desapego, dissociação. Vou levar isto ao extremo: há muitas pessoas neste planeta que andam semi-vivas. São viciadas em drogas, álcool, tabaco, todo o tipo de coisas que têm impacto nos sistemas de saúde de todos os países. Têm doenças mentais, têm problemas emocionais, e podemos melhorar tudo isso pondo os bebés no santuário, independentemente da forma como nascem, vaginal ou cesariana, é a forma mais simples, mais fácil e sem custos envolvidos. Estou mais empenhada em pôr os bebés no santuário do que com o parto na água. Porque é uma resposta enormíssima! A presença do bebé neste lugar também estimula o cérebro da mãe, a sua glândula pituitária, ajuda-a mesmo na recuperação do parto mais difícil, permite a produção do seu leite materno, as suas hormonas voltam ao normal através do bebé, terá menos depressão pós-parto. Só há coisas boas a dizer sobre isto. Quando ensino isto na China e na Índia, nas minhas avaliações, pergunto: ‘Qual foi a coisa mais surpreendente que aprendeu neste curso?’ E poderei estar a treiná-los para ensinar o parto na água e para aprenderem como fazer partos na água, mas sempre, não importa onde, no Médio

Oriente, na Ásia, todas as pessoas dizem: ‘Não sabia que o contacto pele-a-pele pudesse ter tanto impacto’. Pele-a-pele. Quer dizer, estar aqui e ficar aqui. Podemos mesmo pegar no bebé mais pequeno, prematuro, e aumentar a taxa de sobrevivência em 90% por ter este bebé no lugar certo. Podemos regular o seu ritmo cardíaco, a respiração, os níveis de glicose, a temperatura da pele, esta é a incubadora original. Portanto, se há uma coisa que pode mudar os cuidados de saúde em todos os países do mundo é pôr o bebé no ‘santuário’ [pele-a-pele].

Então, porque não o fazem?

Não conhecem a informação! E podiam, a informação sobre o contacto pele-a-pele está disponível, mas é preciso saber procurá-la e isso significa manter o cordão preso. Traz benefícios para o bebé e para todos os sistemas do bebé. Mas não é o que se ensina nas escolas de medicina, por isso... (risos).

Bárbara, para terminar, o que diria a uma mulher que está grávida e prestes a ser mãe?

Conheça as suas opções, leia o mais que puder, saiba como nasceu, saiba que foi escolhida. O seu filho tem consciência e escolheu-a como mãe. Essa é uma grande responsabilidade, mas também é a experiência espiritual mais transformadora que alguma vez encontrará. Por isso, saiba o que quer, peça-o, exija-o, e leve alguém consigo para lhe dar apoio a cada passo do caminho.

08.

A PERSPECTIVA DE UMA EESMO – A DISSONÂNCIA NA REDE DE CUIDADOS OBSTÉTRICOS

SUSANA CORREIA*

Num mundo em constante devir, o papel fortemente ativo da mulher na sociedade e o processo de construção do seu papel maternal, envolvem dinâmicas sociais, relacionais e laborais cada vez mais complexas; por outro lado, as recentes alterações sócio-económicas e a necessidade de validação social do papel da mulher competente e segura, desde o aspecto do planeamento familiar até à construção do seu estilo de maternar, implicam sobrecarga mental e sentimentos de culpabilização da mulher, quando as expectativas não estão em alinhamento com a realidade experienciada da gravidez, parto, e maternidade. Todo este contexto social implica outras exigências para a prestação de cuidados de saúde obstétricos, justificando um investimento diferente nos profissionais de saúde por parte das mulheres, na utilização dos serviços de saúde. Subentende-se assim que os profissionais de saúde, assim como os EESMO, devem transparecer na sua prática, desde o pré-concepcional até ao pós-parto, disponibilidade para compreender a mulher no seu sistema familiar e comunidade, assim como capacidade de adequar a sua prestação de cuidados aos desafios desta construção individual e única, que é o processo de transição para a parentalidade.

O EESMO, como é enunciado no RCCEE (OE, 2011), na competência D2, baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sócio-político), e na unidade de competência D 2.2.1, atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde na população. Depreende-se assim, a necessidade do EESMO reflectir continuamente acerca dos cuidados prestados, procurando renovar o seu corpo de conhecimentos, devendo agir como formador e instigador de práticas melhoradas no seio da sua equipa de trabalho e pressupõe uma concretização mais alargada e holística nos *outcomes* da sua actuação, para além dos habituais indicadores biométricos.

LEE *et al.* (2007), estudaram as expectativas face ao nascimento, em casais, tendo identificado cinco factores relativos às expectativas do parto nos futuros pais: cuidados ambientais, dor no trabalho de parto (TP), apoio conjugal, controlo e participação e, finalmente, apoio médico e de enfermagem. Daqui se perspectiva que o papel dos profissionais de saúde não só se reveste de toda a importância para a mulher/casal, mas também que a pessoa do profissional de saúde irá ser objecto de forte investimento por parte da mulher/casal ao longo

da gestação, parto e pós-parto. Por outro lado, os resultados deste estudo levam-nos a concluir que o parto em si é uma experiência durante a qual os casais ambicionam ter mecanismos de apoio para lidar com o desconforto e ambiente, para poderem tomar parte nele, reconhecendo a equipa de saúde como suporte.

O EESMO, em particular, não só acompanha a mulher/casal durante toda a sua gravidez na vigilância de saúde nos cuidados de saúde primários como na sala de partos, desde a admissão até à sua transferência para o serviço de puerpério é elemento central na prestação de cuidados obstétricos. Daí que o suporte emocional da parturiente/casal ao longo do TP seja uma intervenção da responsabilidade dos EESMO, como é enunciado no RCEESMOG (OE, 2011), no critério de avaliação H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.

A gravidez, o trabalho de parto e parto são momentos fulcrais para a saúde mental da mulher/família, para um início saudável e sereno da relação de vinculação com o recém-nascido, e a significação positiva e serena de toda esta experiência tem um impacto determinante na saúde física e no bem estar psicoemocional da mulher/casal, na transição e construção do exigente modelo parental.

*Não adopta o Acordo Ortográfico



“Se a gravidez é um estágio de desenvolvimento relativamente curto, o parto inaugura um estágio muito mais longo e difícil – a condição de ser mãe ou pai. (...)” (FIGUEIREDO, 1997).

A exigência particular de intervenção do EESMO numa Sala de Partos vai muito para além da dimensão física, exigindo uma abordagem integrativa da realidade particular de cada casal/família, bem como uma visão holística e científica. No parto assiste-se ao nascimento de uma nova vida, mas também nasce ou cresce uma família, no desenvolvimento dos papéis parentais da mãe e pai e vivência concomitante das mudanças internas individuais e relacionais que a parentalidade acarreta.

Toda esta reflexão tem vindo a ser produzida ao longo das últimas décadas, também em Portugal, traduzindo-se na incorporação de programas de saúde mais abrangentes como os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade, Visitação Domiciliária a Puérperas, criação dos Cantinhos de Amamentação nos serviços de cuidados de saúde primários e hospitalares, protocolos de referência para intervenção psicológica na grávida e puérpera.

Apesar de toda a evidência científica e tentativa de abrangência de outros aspectos psicoemocionais na atuação dos profissionais de saúde envolvidos na vigilância da gravidez e parto, os relatos de violência obstétrica e de experiências traumáticas vividas pela mulher/casal durante a gravidez e parto têm crescido.

A própria OMS tem emanado directrizes mais consistentes no que define como experiência pós natal positiva: aquela em que mulheres, recém-nascidos, pais, cuidadores e famílias recebem informações, garantias e apoio de uma forma consistente de profissionais de saúde motivados; em que um sistema

de saúde flexível e com recursos reconheça as necessidades de mulheres e bebés e respeite o seu contexto cultural. (Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva: sumário executivo 2022).

Haverá assim uma dissonância cognitiva por parte dos profissionais de saúde na implementação destas directrizes, uma vez que alguns protocolos e programas de saúde, há décadas em funcionamento, não estão a ser eficazmente implementados e com resultados satisfatórios no que diz respeito a uma vivência segura e positiva do nascimento e pós parto?

Um estudo europeu, realizado no âmbito do projeto IMAGINE EURO (*Improving Maternal Newborn Care*), publicado na revista “The Lancet Regional Health – Europe”, teve por base um inquérito *online* (que abrangeu quatro áreas: prestação de cuidados, experiência dos cuidados, recursos humanos e estruturas, e mudanças organizacionais relacionadas com a pandemia da Covid-19), concluiu que a prevalência de parto instrumentado em Portugal é três vezes superior à média de outros 11 países europeus em procedimentos considerados como violência obstétrica, como a manobra de Kristeller ou as episiotomias de rotina. No estudo, 31% das participantes portuguesas admitiram ter tido um parto vaginal instrumentado, com utilização de fórceps ou ventosas para auxiliar a expulsão do feto, em oposição a 10,7% dos partos vaginais nos restantes países europeus. A investigação concluiu que a 63% das mulheres portuguesas não foi pedido “qualquer consentimento” para a realização do parto instrumentado. Na média europeia, 20,1% das mulheres afirmaram ter sido sujeitas a episiotomia durante o parto vaginal espontâneo; já em Portugal esse valor chega aos 40,7%. Em Portugal, 28% das mulheres portuguesas referiram ainda não existir

uma comunicação eficaz por parte dos profissionais de saúde. Em Portugal, 41,6% das mulheres disseram não terem tido envolvimento nas escolhas durante o parto (a média europeia foi de 34,7%) e 22,7% disseram terem sentido algum tipo de abuso verbal, físico ou emocional durante o parto (a média europeia foi de 12,5%).

No modelo de funcionamento e implementação dos protocolos de vigilância de saúde obstétrica os indicadores físicos continuam a merecer o principal destaque, mesmo numa gravidez fisiológica e de baixo risco. Na actualidade, conhecendo todos os benefícios para a saúde física e mental das mulheres e famílias de um modelo de assistência mais respeitadora das escolhas e necessidades das grávidas e parturientes, o enfoque da prestação de cuidados de saúde nas instituições continua a ser centrado nas necessidades do funcionamento dos serviços, tendo em conta a escassez de recursos humanos especializados e nos protocolos clínicos, e não nas necessidades das mulheres, determinando a sua efectiva exclusão nas decisões que as envolvem durante a gravidez, parto e trabalho parto (Ferrão *et al.* 2022).

Na sociedade portuguesa existe também um aceso debate sobre estas práticas de violência obstétrica, cujo conceito não é assumido na lei portuguesa nem pela generalidade dos profissionais de saúde envolvidos.

O enquadramento legal existente em Portugal não regulamenta os limites e a penalização da violência obstétrica, não existindo, de acordo com Simões (2022), reconhecimento jurídico deste fenómeno, não se conhecendo jurisprudência nesta matéria.

No entanto, com a publicação do decreto-lei 110/2019, de 9 de Setembro,

é estabelecida, pela primeira vez em Portugal, a definição dos direitos e deveres na assistência de saúde prestada às mulheres, desde o pré-concepcional, reprodução medicamente assistida, gravidez, parto e puerpério, sendo aplicável aos serviços de saúde públicos, do sector privado e social. Apesar desta lei não contribuir para a conceptualização jurídica da violência obstétrica, vem reforçar muitos dos direitos já preexistentes das mulheres, frequentemente esquecidos, como no caso de o direito da grávida ter 3 acompanhantes (desde que em alternância) no SNS durante gravidez e parto. Esta lei reafirma também o direito de a parturiente estar acompanhada durante um parto distócico ou cesariana, descrevendo as condições de acolhimento do acompanhante que os serviços devem criar.

Outro aspecto importante deste decreto-lei relaciona-se com os princípios definidos no artigo 15-A, nomeadamente o respeito pelas escolhas e preferências das mulheres, e o reafirmar o direito de as mulheres serem bem tratadas, não coagidas, o legislador determina que as mulheres têm direito de serem cuidadas, livres de qualquer forma de discriminação e violência, estando portando a temática da violência nos cuidados de saúde em obstetrícia subentendida. No mesmo artigo, na reafirmação do direito das mulheres à informação, surge na formulação do decreto-lei o consentimento informado ou a possibilidade da recusa informada; sendo que a realidade em muitos serviços de obstetrícia, no que diz respeito ao consentimento informado, concentra-se na prática de fornecer um formulário em que os protocolos dos serviços devem ser alvo de concordância por parte das mulheres, sob pena dos profissionais envolvidos serem escusados de qualquer responsabilidade, caso a mulher pretenda analisar outra hipótese.

Este modelo de intervenção em obstetrícia é muitas vezes considerado exageradamente

defensivo, e é o fundamento de muitas intervenções precoces que despoletam posteriormente outras intervenções desnecessárias e por vezes sem validação científica. Continua a ser relatado por grávidas, que por diversas razões antes do termo da gestação recorrem aos serviços de urgência obstétrica, é-lhe proposta a avaliação através do toque vaginal quando essa prática não é necessária, e muitas vezes não contribui para o estabelecimento de diagnóstico algum, na ausência de contractibilidade registada ou alteração do bem-estar fetal documentada através de monitorização cardiotocográfica.

Assim, como durante a assistência à parturiente, a presença de inúmeros profissionais de saúde, em formação, durante a avaliação, através do toque vaginal não lhe é questionada, ou então a avaliação através do mesmo toque vaginal, a título de prática formativa ou reavaliação por múltiplos profissionais, num espaço de tempo curto, não são consideradas práticas agressivas, mas tornam-se uma lembrança frequentemente relatada pelas mulheres em consulta pós-parto a quem não foi valorizada a opção de recusa, pois frequentemente, na sua vulnerabilidade, foram ameaçadas de querer provocar algum dano ao seu próprio bebé.

Continua a ser prática recorrente manter as parturientes em decúbito dorsal para manter monitorização fetal contínua após analgesia epidural ou durante o segundo estágio do trabalho de parto, na óptica de “facilitar” a assistência do profissional de saúde e manter a segurança da parturiente e feto. No entanto, na posição de decúbito dorsal ou semi-deitada, a mulher é menos capaz de realizar esforços expulsivos, está menos confortável pela compressão aórtica e da veia cava, e está diminuída a perfusão uteroplacentária; de acordo com Torres *et al.* (2018), estas posições de deitada das parturientes, estão associadas ao aumento de necessidade

de instrumentação e episiotomia; de acordo com os mesmos autores que efectuaram uma revisão sistemática da literatura, as posições verticalizadas ainda pouco comuns nos relatos do nascer, estão associadas a menos dor e fadiga após o parto, menor duração do segundo estágio do trabalho de parto e experiências de parto mais positivas, sem diferenças significativas nos desfechos perinatais.

O argumento dos desfechos perinatais e baixas taxas de mortalidade materna e infantil em Portugal são a fundamentação por detrás destas práticas mais defensivas em obstetrícia, consentidas pela generalidade dos profissionais de saúde, ausentes na legislação existente, e que na perspectiva da experiência das mulheres são relatadas muitas vezes como não consentidas, abusivas e violentas, deixando uma marca na sua história de vida.

- Barata (2022) explica que este tipo de argumentação acerca dos indicadores de baixa mortalidade materna e infantil em Portugal tem 3 tipos de problemas: não é rigoroso, pois a taxa de mortalidade materna tem vindo a subir em Portugal, ignora também o investimento global no SNS realizado após o 25 de abril (como a assistência obstétrica gratuita e universal, a criação dos cuidados de saúde primários com enfoque na prevenção), o aumento de literacia em saúde e condições de vida melhoradas da população, e por fim desvaloriza completamente o valor da vivência da mulher durante a gravidez e parto.

- Na óptica das mulheres a sua satisfação com a sua experiência de gravidez e parto não se pode resumir apenas a escapar com vida e com um nado-vivo nos braços, como aparentemente é sustentada neste tipo de retórica e que não contribui para um modelo de excelência que o SNS pretende alcançar, que deverá ir muito além de contabilizações de sobrevivência

e mortes, mas também com quantificações de satisfação na utilização dos serviços e interações com os profissionais de saúde que os asseguram.

A própria falta de definição do termo de violência obstétrica na lei e nos serviços de saúde, poderá estar relacionada com um modelo biomédico muito presente na conduta dos profissionais de saúde portugueses, uma vez que obstetras, enfermeiros especialistas em saúde materna, médicos e enfermeiros em geral não percebem estas práticas como agressivas, mas como necessárias e naturais no seu papel de evicção de alguma complicação de saúde ou risco para a mulher/bebé. Por outro lado, a representação social dos profissionais de saúde condiciona as grávidas e parturientes, que se sentem vulneráveis perante a perícia dos profissionais de saúde e dispõem de pouca informação sobre os seus direitos.

Se por um lado os profissionais justificam a sua prática com base no exercício das suas responsabilidades profissionais, ignoram o facto de que as consequências desse exercício deixem marcas no corpo da mulher e na vivência emocional do pós-parto, afectando a vivência do puerpério, a auto-imagem e autoconceito da mulher, a exigente transição para a parentalidade, o processo de vinculação com o recém-nascido e a relação conjugal com o/a parceiro/a.

O debate acerca da violência obstétrica tem sido polarizado e mediatizado recentemente em Portugal, devido à reorganização dos cuidados obstétricos no SNS, decorrente também de eventos negativos como mortes neonatais e de parturientes, erros graves na triagem e encaminhamento de grávidas e parturientes, e tem também contribuído para alargar o fosso entre profissionais de saúde e as mulheres. Este afastamento tem dificultado a circulação e transmissão

de informação relevante às grávidas e parturientes, nomeadamente acerca dos seus direitos legais e da informação cientificamente relevante para fundamentar as suas escolhas na assistência durante a gravidez e trabalho de parto.

Actualmente, verifica-se que por forte dificuldade de acesso à vigilância de saúde durante a gravidez nos cuidados de saúde primários e devido à proliferação de seguros e planos de saúde, uma elevada percentagem das mulheres frequenta prestadores privados durante a gravidez.

Um estudo recente de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Assistência na Gravidez em Contexto de Pandemia COVID-19, realizado por Gens (2022), aplicou a 244 grávidas a escala *Quality of Prenatal Care Questionnaire* e concluiu que no que se refere à “acessibilidade”, a dificuldade em realizar exames e/ou consultas de vigilância da gravidez e a existência de barreiras que dificultavam o acesso aos serviços públicos de saúde (ausência de vagas, profissionais e meios) estavam associadas a níveis inferiores de qualidade, percebida nos cuidados pré-natais em todas as dimensões da escala QPCQ. Neste contexto, importa realçar que 45,9% das grávidas teve, em algum momento, dificuldade em realizar exames e agendar consultas e 32,4% enfrentou algum tipo de barreira de acesso.

Neste mesmo estudo, relativamente à “educação pré-natal”, verificou-se um efeito estatisticamente significativo entre a frequência de sessões de preparação para o parto e parentalidade, com maiores níveis de qualidade percebida nas dimensões “partilha de informação”, “orientação futura” e “disponibilidade de tempo”. Importa destacar que apenas 38,1% referiu ter frequentado essas sessões. Estes dados podem ser reflexo da suspensão da actividade programada

“ Não corro o risco de ser agredido. Eu não existo.”

TI.A.GO - GERADO POR INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

No mundo real, todas as crianças podem tornar-se vítimas. Tenha atenção aos sinais.

CHAMADA GRATUITA

116 006

LINHA DE APOIO À VÍTIMA DIAS ÚTEIS DAS 08H-22H



não urgente do SNS em contexto de pandemia COVID-19, da escassez de recursos humanos e da retoma parcial ou inexistente deste tipo de cursos de preparação para o parto e parentalidade, na globalidade dos cuidados de saúde primários. A lei 110/2019, de 9 de Setembro, determina que os cursos de preparação para o parto e parentalidade envolvam uma equipa multidisciplinar, decorram em horário preferencialmente pós-laboral, garantindo visita à maternidade da área de influência geográfica, e permitindo estabelecer com a mulher o seu plano de parto/nascimento, idealmente até às 32 semanas, para que possibilite a sua discussão com a equipa de profissionais de saúde da unidade onde se prevê que o parto aconteça. Na actual conjectura dos cuidados de saúde primários, nomeadamente na região de Lisboa e Vale do Tejo, alguns dos aspectos que a lei determina parecem ficção difícil de concretizar, face à escassez de recursos humanos e constrangimentos diversos na gestão das unidades de saúde. No concelho onde actualmente exerço funções como EESMO, e no concelho geograficamente mais próximo, sendo ambos concelhos onde se verifica das maiores taxas de natalidade no nosso país, não existe nenhum curso de preparação para o parto e parentalidade em funcionamento nos cuidados de saúde primários.

A reestruturação dos serviços no SNS, acentuada pela reorganização da resposta à pandemia tem levado à insatisfação dos profissionais de saúde e gerado um enorme descontentamento na população de grávidas e parturientes, que se sente muitas vezes empurrada para o sector privado ou excluída de uma vigilância de saúde obstétrica segura e de proximidade. Por outro lado, no sector privado, de acordo com a monitorização da ERS em 2022, 65,9% dos partos realizados foram cesarianas, enquanto no SNS foi de 30,7% (frequentemente um indicador

utilizado na monitorização da qualidade dos cuidados prestados). No sector privado a cesariana electiva afigura-se como a principal forma de nascer, acrescentando riscos aumentados de mortalidade e morbidade materna e neonatais, taxa de infecção e complicações pós-operatórias.

Se existe um nível de insatisfação crescente nas mulheres pela sua experiência de gravidez e parto, existe actualmente uma maior fragilidade na resposta que os serviços públicos de saúde conseguem proporcionar às grávidas e parturientes, afastando a realidade portuguesa da prática clínica em obstetria que as recomendações da OMS para uma vivência segura e positiva da gravidez e parto preconizam. Esta situação promove também um desgaste e uma insatisfação generalizada nos profissionais de saúde especializados que atuam no SNS, tendo-se observado uma “fuga” de profissionais para o sector privado, e por outro lado a escassez de recursos humanos dificulta a acessibilidade das mulheres e ambiente seguro, assim como motiva conflitos inerentes à gestão das unidades e organização do trabalho.

A fragilidade de resposta dos serviços acentua-se no período pós-parto, deixando as mulheres desamparadas em questões complexas e únicas na sua dinâmica familiar e cultural como é caso do apoio à amamentação, num país onde o sucesso da amamentação cai drasticamente após os 2 meses, acentuando-se a quebra no aleitamento materno após os 6 meses de vida, relacionando-se com o regresso da mulher ao trabalho e falta de suporte na manutenção do aleitamento materno que deveria ser maioritariamente assegurado nos cuidados de saúde primários. A contracepção no puerpério sendo um tema abordado na alta da maternidade, é frequentemente

um aspecto que falha e muitas situações de gravidez não planeada surgem, assim como o suporte à mulher/casal no âmbito da sua saúde sexual por vezes afectada e relacionada com relatos de partos traumáticos, não é prioridade no atendimento em cuidados de saúde primários.

Torna-se assim necessário um debate participado pelos diversos profissionais de saúde que actuam no contexto dos serviços de saúde comunitários e hospitalares, públicos e privados, para que emerja uma prática respeitadora da dignidade, respeito pelas escolhas e direitos das mulheres. Neste debate é necessário reflectir não somente sobre a articulação de cuidados, mas também sobre a existência e reactivação de programas (como a Preparação para o Parto e Parentalidade) e protocolos clínicos que transmitam informação de forma assertiva e esclarecida à mulher sobre os seus direitos e opções, combatendo a patologização da gravidez, numa óptica de assistência obstétrica defensiva, e estabelecendo um modelo de cuidados de saúde em obstetria centrado nas necessidades individuais da mulher e não nas necessidades dos serviços.

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica emitidos pela Ordem dos Enfermeiros, está consagrado que os EESMO podem assumir “no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que contemplam processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher, assim como as intervenções autónomas e interdependentes, relativas às necessidades do recém-nascido saudável”. Assim,

neste novo modelo de cuidados, o EESMO deverá cumprir exponencialmente as competências que lhe são atribuídas, assumindo um papel fulcral na equipa, advogando as escolhas da mulher, promovendo um ambiente seguro, evitando intervenções desnecessárias e terá um impacto muito significativo na redução dos relatos de partos traumáticos, não somente através da sua actuação nas salas de parto mas a jusante, nos cuidados de saúde primários quer através da realização de consultas autónomas de enfermagem de saúde materna durante a gravidez, quer na implementação dos cursos de preparação para o parto e parentalidade.

Em muitos serviços do SNS têm emergido, por iniciativa de profissionais de saúde, programas e consultas gratuitas e acessíveis à população, com a preocupação em centrar a sua actuação nas escolhas informadas das mulheres. São respostas ainda pouco conhecidas e frágeis no sector público da saúde, mas que são necessárias dar a conhecer através da realização de convénios ou encontros de profissionais de diferentes unidades de saúde, criando parcerias e pontos de diálogo entre pares na rede prestadora de cuidados obstétricos em Portugal.

Nas Unidades de Cuidados na Comunidade e Unidades de Saúde Familiar, têm surgido actividades de enfermagem de visita domiciliária para apoio no estabelecimento da amamentação e despiste de complicações de saúde mental no puerpério, que são actividades contratualizadas, mas continuamos a observar uma oferta insuficiente de programas de preparação para o Parto e Parentalidade.

No contexto hospitalar existem consultas de acesso facilitado por via electrónica para estabelecimento do plano de parto, documento que espelha as escolhas individuais das mulheres, e também

programas de preparação para o parto fisiológico dinamizados pelas equipas de enfermeiros especialistas em saúde materna do serviço de sala de partos, informando as mulheres sobre a importância do seu papel activo durante o trabalho de parto.

Em serviços hospitalares, reconhecendo o papel determinante que o ambiente físico tem no estado emocional da parturiente, tem-se realizado diversas adaptações no contexto físico das salas de parto, favorecendo a deambulação livre da parturiente, a utilização de água como método de relaxamento e no alívio da dor durante o trabalho de parto, a utilização de outros métodos não farmacológicos como a aromaterapia e a cromoterapia.

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros vem suportar, no seu parecer 22/2022, a criação destes ambientes facilitadores do trabalho de parto, reconhecendo que as instituições hospitalares têm demonstrado cada vez maior interesse em criar condições para promover a fisiologia do trabalho de parto normal, e centrado nas necessidades da sua protagonista – a mulher. Por outro lado, está largamente comprovada a associação entre os níveis de segurança e serenidade percebidos pelas parturientes, e o processo neuroendócrino que suporta libertação natural de hormonas e endorfinas, que favorecem o processo fisiológico do trabalho de parto; as intervenções no ambiente físico poderão assim ser um bom ponto de partida para motivar e centrar as equipas de profissionais das salas de parto na satisfação das necessidades psicoemocionais das parturientes, e promover um maior envolvimento dos profissionais no acolhimento à mulher/casal num ambiente menos agressivo.

O desconhecimento destas iniciativas que sustentam um modelo de cuidados mais respeitador e centrado nas escolhas da mulher, verifica-se quer na população de grávidas e parturientes, quer entre colegas profissionais de saúde, pelo que a análise e eliminação das barreiras de comunicação, quer entre instituições de saúde, como para a população é fundamental. Este trabalho de construir sinergias numa rede de cuidados de saúde obstétrica onde a escassez de recursos especializados nalgumas zonas do país impera é crucial, assim como a maximização e operacionalização das competências especializadas dos enfermeiros especialistas em saúde materna na promoção da vigilância de saúde e bem-estar na gravidez, no âmbito dos cuidados de saúde primários e na vigilância do trabalho de parto nos serviços hospitalares, garantem um modelo de actuação mais próximo da mulher e das suas necessidades individuais, minimizando o nível de intervenções desnecessárias.

Suportando-se numa recomendação da OMS, na sua tomada de posição 01/2022, o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica vem suportar, numa óptica de gestão de recursos humanos especializados, escassos no SNS, e redução de custos, a criação de centros de parto normal geridos por EESMOS e inseridos em contextos hospitalares onde já existem salas de parto. De acordo com este documento, “Os centros de parto normal surgiram com o objetivo de resgatar o direito à privacidade e à dignidade da mulher durante o trabalho de parto e pós-parto, num local semelhante ao seu ambiente familiar e, ao mesmo tempo, garantir cuidados seguros, oferecendo-lhes recursos tecnológicos apropriados em casos de eventual necessidade. É esperado que disponham de um conjunto de elementos destinados a receber a parturiente e seus acompanhantes, permitindo um trabalho de parto activo e participativo, recorrendo a práticas baseadas em evidências recomendadas.”

Torna-se também evidente que é necessário que os profissionais de saúde criem encontros frequentes de reflexão e partilha, identificando as suas dificuldades e lacunas de formação pessoal e profissional que dificultam a implementação de uma prática clínica centrada nas escolhas da mulher, definindo protocolos de actuação em consonância com a evidência científica e directrizes da OMS, provendo o diálogo com as mulheres e avaliando indicadores mais abrangentes que os biofísicos no que diz respeito aos resultados decorrentes da sua actuação.

A existência de questionários de satisfação distribuídos às grávidas no final da sua vigilância de saúde nos cuidados de saúde primários e puérperas após o parto, disponibilizados pelos profissionais ou através de meios electrónicos como a aplicação SNS24, poderia ser uma prática que sensibilizasse os profissionais de saúde para conhecer o nível de satisfação das mulheres com as suas experiências durante a gravidez, parto e pós-parto e os motivasse a adequar a sua prática nesse sentido.

Por fim, gostaria de realçar que o pós-parto é um período importantíssimo, e onde a actuação dos profissionais de saúde continua a ser muito discreta, pois tratando-se de uma fase posterior à vivência de uma experiência tão impactante como o parto, que para grande número de mulheres continua a ser um evento traumático, é uma fase onde se concretiza a grande transição e inúmeras mudanças na vida da mulher que podem influenciar não só a sua saúde física, mas sobretudo o seu bem-estar emocional e mental. A disponibilização de uma rede multidisciplinar de profissionais de saúde faria uma determinante diferença na recuperação física, na manutenção de saúde ginecológica, na saúde mental das mulheres e família.

Referências bibliográficas

World Health Organization. Care in Normal Birth: A Practical Guide. World Health Organization; 1996.

WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience.

Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica n.º 391/2019 – Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03.

Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Ordem dos Enfermeiros, 2021 - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica.

Ambientes Facilitadores do Trabalho de Parto - Pronúncia 22/2022, da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros.

Centros de Parto Normal - Tomada de Posição 01/2022 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros.

Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Assistência na Gravidez em contexto de pandemia Covid 19 - Felisbela Gens - Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Santarém, consultado em <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/4058>

Taxas de violência obstétrica em Portugal são três vezes superiores à média europeia - Catarina da Silva Carrapatoso, notícia *online* do JPN, consultada em <https://www.jpn.up.pt/2022/02/11/taxas-de-violencia-obstetrica-em-portugal-sao-tres-vezes-superiores-a-media-europeia/>

Ferrão, Ana Cristina *et al.* Study Protocol Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping - Review Protocol. Journal of Personalized Medicine. J. Pers. Med. 2022, 12, 1090. <https://doi.org/10.3390/jpm12071090> <https://www.mdpi.com/journal/jpm>

Entidade Reguladora de Saúde - Informação de Monitorização - Acesso e actividade dos prestadores de cuidados de saúde de obstetria de 6 Fevereiro de 2023, disponível em https://www.ers.pt/media/micix0ed/im_obstetr%C3%ADcia_02-2023.pdf

A violência obstétrica em Portugal existe? Catarina Barata - ensaio publicado na revista *online* setenta e quatro, 24 Março 2022, e disponível em <https://setentaquatro.pt/ensaio/violencia-obstetrica-existe-em-portugal>

Violência Obstétrica - tendências legislativas em Portugal. Vânia Simões, artigo publicado *online* a 14 Março 2022, e disponível em <https://observatorio.almedina.net/index.php/2022/03/14/violencia-obstetrica-tendencias-legislativas-em-portugal/>

Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol.* 2007 Nov;110(5):1102-12. doi: 10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70. PMID: 17978126.

FIGUEIREDO Bárbara, Depressão pós-parto, interacção mãe-bebé e desenvolvimento infantil. Tese de Doutoramento disponível em <http://hdl.handle.net/10400.12/1632>

Decreto-lei n.º110/2019, de 9 de Setembro, Diário da República n.º172/2019, Série I.

TORRES, Mariana *et al.* Evidência sobre a posição da grávida no segundo estágio do trabalho de parto. *Acta Obstet Gynecol Port [online]*. 2018, vol.12, n.4, pp.277-283. ISSN.

PROCURA-SE ESTRANGEIROS PARA TRABALHO ESCRAVO.



21 358 7900

21 358 7900

21 358 7900

21 358 7900

21 358 7900

21 358 7900

OS ABUSOS NEM SEMPRE SÃO ASSIM TÃO VISÍVEIS. SE É VÍTIMA DE EXPLORAÇÃO LABORAL, FALE COM A APAV.

CHAMADA GRATUITA
116 006
LINHA DE APOIO À VÍTIMA
DIAS ÚTEIS DAS 08H-22H



09.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM PORTUGAL UMA PERSPECTIVA DE UM MÉDICO – A EXAUSTÃO DO SNS

LARA DIOGO*

O Serviço Nacional de Saúde

O Sistema Nacional de Saúde existe em Portugal como uma rede de cuidados em sistema aberto a investimentos abertos e privados. Em Setembro de 1979 foi formalizada a **Lei do Serviço Nacional de Saúde** (SNS) e o despacho com direito de acesso à rede das Caixas de Providência e a lei da universalidade do acesso à saúde, ideia pensada pelo advogado António Arnaut. Esta seria respeitada e aplicada nos anos seguintes por: a portaria nº 444-A/80, que criaria a carreira generalista; o decreto de lei nº 310/82, que criaria a **carreira médica do médico de clínica geral**; o decreto de lei 254/82, que criaria as Administrações Regionais de Saúde ou ARS para organizar, acompanhar e coordenar as unidades de saúde. Em 1982 seria criado o internato complementar de clínica geral e o colégio de Clínica Geral, a atual **Medicina Geral e Familiar** (MGF). Em 1983 seria criado o centro de saúde de 2ª geração, com a fusão de Caixas de Providência e os centros de saúde de 1ª geração. Seria em 1990, com o decreto de lei nº 73, que a especialidade de Medicina geral e familiar seria criada em Portugal criando o regime

de exclusividade de 42 horas para maior fixação de médicos de MGF no SNS. Em 1990 seria revista a legislação do SNS na Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, a Lei das Bases da Saúde, e é na Lei nº 11/93 de 15 de Janeiro, que o estatuto do SNS seria criado cerca de 14 anos depois.

Os Cuidados de Saúde Primários

De 1990 a 2014 assistimos a um grande investimento em cuidados de saúde primários, com grandes reformas legislativas, e à criação dos estatutos de **unidades de saúde familiar** (USF) e indicadores de desempenho, na promessa das suas unidades serem remuneradas em conformidade com o atingir de alvos de melhoria da qualidade dos serviços prestados. Neste contexto, o Decreto-Lei 298/2007, de 22 de Agosto, estabelecia o regime jurídico da organização e funcionamento das USF, definindo-as como as unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais de médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, e organizadas em **três modelos, A, B e C**, diferenciados entre si pelo grau de autonomia organizacional, modelo retributivo e de incentivos aos profissionais, modelo de financiamento e estatuto jurídico. A população inscrita em cada USF seria de 4000

a 18000 utentes. Os utentes inscritos em cada médico são designados em lista, privilegiando-se a estrutura familiar. A cada enfermeiro são atribuídos os utentes correspondentes a 350 famílias de determinada área geográfica, até 1550 utentes e 1917 unidades ponderadas. A lista de utentes inscritos em cada médico tem uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas, a que correspondem, em média, 1550 utentes de uma lista padrão nacional. Na **Lei nº 35/2014** foram feitas alterações ao regime das USF, tendo especialmente em atenção a experiência adquirida para clarificar o regime de extinção das USF, sempre que esteja em causa o incumprimento sucessivo e reiterado da carta de compromisso, o que constitui uma importante inovação, na medida em que vem permitir às entidades competentes um controlo do processo, com impacto na qualidade dos serviços prestados, e foram ainda alteradas as condições dos incentivos financeiros aos enfermeiros e assistentes técnicos. Foram apurados os critérios para a distribuição de utentes por médico, enfermeiro e secretário clínico a trabalhar nestas unidades, e criaram-se várias unidades de saúde familiar modelo A e B pelo país. Em 2015 foram criados os **bilhetes de identidade dos Cuidados de Saúde Primários** (BI-CSP) num portal acessível a todos, sobre as unidades do país

*Não adopta o Acordo Ortográfico

(<https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>).

Em 2019 foram reestruturados os estatutos do SNS na **Lei de Bases da Saúde** (<https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>). Em Maio de 2019 houve a suspensão das taxas moderadoras em CSP.

Pandemia Covid19

Durante a pandemia de Covid19, de 2020 a 2021, houve a preocupação, por parte dos serviços de saúde, de evitar a presença de pessoas externas aos cuidados o máximo possível. No caso dos CSP houve um desinvestimento e diminuição de recursos humanos acentuada por reformas antecipadas, baixas e pedidos de mobilidade entre serviços. Estas situações e o desvio de colegas para unidades dedicadas a COVID19, **Área dedicada à Covid19 (ADC)** e depois à **Área Dedicada ao Doente Respiratório (ADR)**, foram agravando a contestação da população e o desalento dos colegas que se dedicam a CSP, tendo muitos desistido da carreira pública, com rescisões, emigração médica ou com mudança do regime de horas para meio horário. Em 2020 surgem novos projectos na área das unidades de atendimento aos utentes sem médico designadas **Vias Verdes** ou **Serviços de Atendimento ao Utente Sem Médico (SAUSM)**, tendo surgido no ACES Almada-Seixal os primeiros. As **Unidades Locais de Saúde (ULS)** são reestruturadas e passam a ser novos modos de gestão de unidades de CSP, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) em conjunto com as unidades hospitalares locais. Uma nova reforma aguarda os CSP com o novo CEO do SNS, Fernando Araújo, situação legislada nos novos estatutos do SNS, em Junho de 2022, e com a saída da ministra da saúde durante a pandemia COVID19, Marta Temido, e a sua substituição pelo novo ministro da saúde, Manuel Pizarro. A Pandemia Covid19 criou várias situações de maior vulnerabilidade e

agravou as disparidades socioeconómicas e raciais-étnicas, em especial das populações vulneráveis, como idosos, populações prisionais, comunidades isoladas, doentes crónicos e com diferenças linguísticas e culturais, como vários estudaram e descreveram (YildirimI, 2020; Khanijahani, 2021; Rollston, 2020). Os indivíduos mais vulneráveis podem estar com os seus direitos em risco se nada for feito pelas entidades governamentais para proteger o seu estado de saúde de forma assertiva. Pessoas com vínculos laborais precários, minorias raciais ou étnicas não tinham recursos para o auto-isolamento ou o distanciamento exigido com dificuldades acrescidas nas suas vidas.

Cuidados materno-fetais em Portugal

Nos cuidados materno-fetais, em Portugal, assistimos a uma instabilidade nas equipas de saúde que agravou, por um lado, os sintomas de exaustão dos profissionais e, por outro, danificou os cuidados prestados a esta população, criando serviços mais caóticos, em constante fecho, por vezes não programado, por não existirem equipas em número suficiente para garantir cuidados. Estas situações foram mais gritantes em centros de saúde e hospitais periféricos e que servem populações mais desfavorecidas, agravando alguns dos parâmetros de bem-estar materno-fetal nos últimos anos, como foi recentemente publicado. Uma investigação de vários países (Lazzerini 2022), estudou as diferenças encontradas em centros de obstetrícia durante a pandemia COVID19, frisando a heterogeneidade da qualidade dos cuidados ao longo de vários países e em regiões do mesmo país. Os dados preliminares parecem indicar o aumento aparente de cesarianas, partos vaginais instrumentalizados e taxa de episiotomias, com necessidade de voltarem a ser estudados numa fase posterior à situação. Foi criada uma rede de profissionais de saúde, a **IMAGINE EURO**, que conta

com 31 instituições em 20 países da Europa e tem estado a fazer recolha de dados de 50.000 mulheres e 4000 profissionais de saúde como os objetivos de aumentar a qualidade dos cuidados. Assim, a infecção por Covid19 demonstrou o poder do privilégio numa pandemia e que o utente vulnerável foi o mais lesado. Na resposta que se segue aos anos de pandemia é fulcral ter em consideração a protecção da justiça social e equidade em saúde, de forma a actuar nestas franjas da população o quanto antes, para prevenir a doença e promover a detecção precoce e rastreios que ficaram em atraso. Nos anos pós-Covid19 estes assuntos começaram a ser discutidos e estudados na esfera médica, com elevado número de publicações, e começamos a notar uma tendência de estudos multicêntricos e de investigação sobre exaustão profissional ou *burn-out*. Este termo tem sido usado para descrever um conjunto de queixas relacionadas com o ambiente laboral e que se aplica em cheio à realidade na maioria dos serviços de saúde em Portugal desde 2018. Ferreira (2018) estudou os factores de saída dos médicos do SNS e contou com a ajuda da Ordem dos Médicos. Neste estudo os **médicos mais jovens evidenciaram maiores níveis de insatisfação profissional e incerteza** em relação ao seu futuro profissional. Ainda que com graus de descontentamento variáveis em função dos grupos considerados, a insatisfação dos profissionais inquiridos é com as condições materiais no exercício da profissão e com as oportunidades de progressão na carreira. No plano das relações interpessoais e da formação, a satisfação é elevada. **A antecipação da reforma e a transferência para o sector privado** são opções que os profissionais equacionam como estratégia para responder à insatisfação profissional. Apesar destas conclusões, o estudo demonstrou que as configurações atuais de funcionamento do SNS não

diminuem o interesse pelo exercício da medicina, mas aliciam a procura de condições inovadoras e compensatórias no exercício da mesma. Também, Gil-Santos (2022) abordou a importância de uma profissão como a obstetrícia e ginecologia e da dificuldade sentida no seu exercício pela maioria dos inquiridos, quanto a **dilemas éticos inerentes à prática da medicina**, em especial ao ensino clínico. Levanta questões sobre como respeitar o direito do paciente à autonomia e privacidade no exercício do ensino clínico entre pares, e a dificuldade em conhecer as preferências dos utentes durante a prática da medicina. Neste estudo observacional e transversal de utentes em obstetrícia, doenças infecciosas e cirurgia geral, apenas 59% dos inquiridos tinham sido consultados se autorizam a sua participação e 28% dos alunos apresentaram-se adequadamente. Dos entrevistados, 77% reportou que na obstetrícia foi onde estas taxas eram mais baixas e onde os estudantes eram menos desejados. Também foi encontrada uma diferença de géneros sendo que os doentes do sexo masculino recebiam mais explicações para os mesmos assuntos e 35% afirma que se sentiriam mais à vontade sem a presença do estudante de medicina. Este estudo indica a importância das equipas estarem atentas para os direitos fundamentais do doente e a sua concretização. E embora faltem estudos sobre isso, provavelmente relacionam-se com a dimensão das equipas e a falta de tempo no horário, e a remuneração para os orientadores de formação médica. Alguns estudos já tinham estudado o fenómeno do *burnout* na prática médica de obstetrícia antes da pandemia COVID19 (Pintado-Cucarella, 2015).

Concursos médicos em Portugal

Em Portugal, os concursos médicos públicos, depois de 2019, começaram a ficar com vagas por preencher. Em MGF, a Julho de 2022, a situação atingiu um

pico de vagas não preenchidas, com 378 vagas preenchidas das 432 vagas (12,5% por ocupar). A nível hospitalar as especialidades têm passado pelo mesmo, e em Julho de 2022 foi a concurso um dos mais numerosos mapas de vagas, e destas 61 vagas em 37 hospitais apenas seriam colocados 28 obstetras (54% não escolhidas). Também especialidades como a anestesia (64 candidatos em 87 vagas) ou a medicina interna (127 candidatos para 162 vagas) passaram pelo mesmo. Esta exposição sobre o SNS alerta-nos para duas ideias predominantes: **o sistema está em colapso** e a um ritmo rápido e que alguns dos profissionais de saúde mais diferenciados do sistema, **os médicos especialistas, estão em debandada do SNS**. Já foram publicados estudos sobre as dificuldades que o SNS enfrentaria com as reformas médicas previstas de 2011 a 2018 pela geração *Baby-boomers* (Botelho, 2016) e a pandemia Covid19, em Março de 2020 acelerou esta situação, agravando as necessidades dos serviços. Esta **crise**

de renovação geracional, recrutamento e instabilidade das equipas de saúde criou elevada rotatividade e a **diminuição de acompanhamento de várias situações** como os cuidados materno-infantis, que eram de excelência em Portugal. Quando comparamos os serviços disponíveis para grávidas e crianças com menos de 2 anos de idade em anos pré-pandemia e anos pós-pandemia, é nítida a dificuldade de marcação de consultas médicas em centros de saúde, de realização de exames ecográficos de gravidez, de vacinação, de realização de vigilância da grávida e de crianças nas idades-chave do **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil** das idades recomendadas pela **DGS** e da **Organização Mundial de saúde (OMS)**. Para além disso, notam-se que existem mais grávidas sem atendimento imediato urgente, como para a interrupção voluntária de gravidez, existindo mais constrangimento das equipas de CSP e de Obstetrícia no atendimento de urgência ou do dia, e que muitas grávidas começam a ser vigiadas tardiamente, pelas 15 e as 20 semanas, e com apenas parte dos



exames recomendados durante a gravidez. Esta situação gera situações desafiantes no seguimento das grávidas, condicionado pela instabilidade dos profissionais e pela exaustão, nem sempre reunindo condições para o desempenho das suas funções de forma condigna.

Esta situação atingiu já os **documentos da OMS e da DGS** (NORMA DGS: 001/2023, 27 de Janeiro de 2023), onde é nítida a preocupação pelo bem-estar da parturiente e a sua satisfação, e pela necessidade de acompanhamento partilhado da grávida durante o 3º trimestre, numa tentativa de ajudar mesmo nos casos das mudanças constantes das equipas responsáveis pelo seu seguimento, quer em CSP quer nos hospitais de referência. Faltam agora meios para pôr em prática estas indicações e pensar em soluções para operacionalizar estas normas em áreas complexas, como o interior do país ou a área metropolitana de Lisboa. Muitos organismos em Portugal têm denunciado estas condições nada adequadas à prestação de serviços de elevada qualidade técnico-científica nos últimos 3 anos, como sindicatos ou ordens profissionais. A última grande polémica foi sobre a obrigatoriedade de horas extraordinárias por internos das áreas hospitalares de urgência e estes apresentaram escusa de responsabilidades, com o conseqüente fecho de vários serviços de obstetria pelo país, por não reunirem número mínimo de profissionais para manterem uma escala de profissionais diária. Várias hipóteses estão em jogo, nomeadamente as parcerias entre os profissionais de saúde de CSP e hospitais; a flexibilização do horário médico e de enfermagem com a família e com investigação científica ou formação de pares remuneradas e em horário de trabalho, como já é feito em países europeus. Sendo a **Violência Obstétrica (VO)** entendida como a **apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde**, que se expressa num tratamento desumanizado, excesso de medicalização levando à perda

de autonomia e capacidade decisória das mulheres sobre os seus corpos e sexualidade, é fácil compreender que temos aqui um terreno fértil para o seu agravamento.

Violência obstétrica em Portugal

A VO ocorre nos serviços de saúde em contexto de maternidade e pós-parto, cuidados durante as perdas gestacionais e cuidados de obstetria e ginecologia.

Se estes estão a enfrentar dificuldades, o ambiente de cuidados de saúde torna-se nocivo e mais potenciador de comportamentos desadequados pelos profissionais de saúde.

De acordo com o questionário on-line, de 2015 a 2019, elaborado pela Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP) “Experiências de Parto em Portugal”, em média, 30% sentiu situações de desrespeito, abuso ou discriminação que influenciaram a sua experiência de parto e afetou a sua vida. Este questionário contou com 21 questões e foi respondido por 7555 mulheres que viveram e tiveram o seu parto em Portugal. A idade média das mulheres foi de 33 anos e na sua maioria (82.83%) foram atendidas em hospitais públicos. Apenas 18.5 % considerou que o que tinha idealizado para o seu parto foi respeitado. O direito a acompanhantes de acordo apenas não se verificou em 18% das inquiridas. Após o seu parto, 44,7% das inquiridas sente que falhou ou arrependimento de como o parto decorreu e quanto menos satisfeitas com a sua experiência de parto mais assustadas com a ideia de voltarem a ser mães (P<0.001 Qui-quadrado). Irá ser recolhida uma segunda edição do questionários de 2020 a 2025.

A VO engloba **abusos físicos, cuidados não consentidos, cuidados não confidenciais, cuidados não dignificantes, discriminação baseada em atributos, abandono ou recusa de cuidados e detenção da mulher** na instituição de saúde contra vontade própria (Browser e Hill, 2010).

Na VO incluem-se maus-tratos nos cuidados de saúde, nomeadamente o **abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, estigma, discriminação, não corresponder a padrões de cuidados profissionais, relação deficiente entre mulheres e prestadores de cuidados do sistema de saúde**, (Bohren, 2015).

Por muitos e pela OMS a VO é considerada uma **violência de género contra as mulheres**. Em termos práticos, pode manifestar-se nos vários comportamentos relacionados com a prática clínica e com aspectos socioculturais e contextuais. Quanto à **prática clínica** podem ser realizados procedimentos dolorosos sem consentimento informado, com dano ou negligência ou sem medicação para a dor; exames vaginais de rotina e repetitivos sem justificação; cesariana sem indicação médica e consentimento; episiotomia sem critérios clínicos ou consentimento; ocitocina sem o consentimento da mulher; manobra de Kristeller. Quanto aos **contextos**, poderão existir práticas de grito e violência psicológica; não respeitar o sigilo e confidencialidade da grávida e família; recusa ou condicionar o acompanhante; recusar a admissão; não respeitar a vontade da parturiente; impedir a amamentação; separar mãe e filho; proibir comer ou beber durante o trabalho de parto; forçar a mãe a decúbito dorsal.

Quando estudamos a VO é importante avaliar o impacto que pode ter na vida daquela mulher, da sua família e da sociedade em geral. Estes comportamentos podem ter conseqüências físicas, psicológicas, económicas e socioculturais. Em termos de **conseqüências físicas** da VO para a mãe ou para o bebé, podem ocorrer com os processos de episiotomia e episiorrafias as complicações infecciosas, sépsis e lacerações, lesões neurológicas como a paralisia do facial ou distócias do ombro, hematomas cefálicos do recém-nascido, com

icterícia prolongada e necessidade de internamento para vigilância e realização de fototerapia ou transfusão sanguínea para prevenir *kernicterus*, lesões cerebrais relacionadas com hipóxia fetal ou processos de paralisia cerebral ou mesmo morte fetal.

A **episiotomia** é uma incisão cirúrgica no períneo realizada no final do 2º estadio do trabalho de parto, que tem como objectivo alargar o diâmetro de saída do canal de parto. Esta realidade poderá teoricamente encurtar o período expulsivo do 2º estadio do trabalho de parto, prevenir lacerações perineais e lesões do esfíncter anal (EA), permitir um processo de reparação e cicatrização mais fácil, preservar o suporte muscular do pavimento pélvico, reduzir o traumatismo neonatal e ajudar na extração fetal mais rápida. Existem 3 tipos principais: **médio-lateral, mediana e outros (lateral, em J, em T)**.

Os riscos de intervir no canal de parto com episiotomias são alargar a extensão da incisão, aumentar a hemorragia, a dor pós-parto, provocar disfunção sexual, criar infecção e deiscência da sutura, possível aumento do risco de laceração perineal em partos futuros e um

resultado anatómico não satisfatório para a mulher, com necessidade de correcção cirúrgica posterior e suturas com envolvimento da muscular e mucosa. As **lacerações** podem ser de vários graus de acordo com a profundidade e número de camadas de tecidos afectados:

- Grau 1 – pele, tecido celular subcutâneo, epitélio vaginal;
- Grau 2 – fásia e músculos do períneo;
- Grau 3 – esfíncter anal : 3a - < 50% EA externo ;3b - > 50% EA externo 3c - EA interno (para além de rutura completa do EA externo);
- Grau 4 – mucosa rectal.

O uso por rotina ou liberal da episiotomia está desaconselhada pela OMS desde 1996 e recomenda-se que não ultrapasse os 10% no trabalho de parto vaginal espontâneo. Existem também poucas evidências para ajudar na tomada de decisão médico-cirúrgica sobre o benefício da episiotomia para o bebé-mãe. No entanto, a realização desta técnica tem sido usada em vários países em cerca de 90% das primíparas, sendo considerada a nuliparidade uma indicação formal para o uso de episiotomia. Existem poucos estudos e com alguma heterogeneidade que dificulta a

recomendação. Em Portugal existe uma norma de orientação da **Sociedade Portuguesa de Obstetria e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF)**. Nesta norma (Santo, 2022) refere-se às recomendações da OMS e afirma que a episiotomia selectiva em alguns casos poderá ser mais vantajosa do que a episiotomia de rotina. Refere ainda alguns estudos sobre as taxas de lesão do EA registadas nos centros, lacerações e seus graus e a dor reportada pelas parturientes em cada caso. Assim, formaliza que a episiotomia deve ser realizada por indicação clara de: encurtar o 2º estadio do trabalho de parto quando existir suspeita de hipóxia fetal, para prevenir lesão obstétrica do EA dos partos distócicos ou quando existe uma lesão do EA e, partos anteriores. Na técnica escolhida é aconselhada a episiotomia médio-lateral ou lateral. A anestesia local ou bloqueios pudendos deverão ser procedimentos a considerar, assim como o teste de dor na pele do períneo antes da episiotomia. Depois, o períneo e o EA devem ser avaliados para detectar lesões. Esta norma foi elaborada de acordo com a metodologia GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*).

Num estudo de investigação português sobre episiotomia e laceração perineal (Teixeira, 2022), foram estudados 908 999 partos vaginais e destes 76.7% foram com episiotomia associada e 0.56% com laceração perineal. As lacerações diminuíram com a ausência de episiotomia ou instrumentalização do parto. Este estudo alerta para algumas situações de crenças de associação da episiotomia como protecção de laceração que poderá não se verificar na prática, num país em que as taxas de episiotomia são acima do recomendado pela OMS. Em **termos físicos**, os resultados a longo prazo da VO podem ser alterações musculares do períneo, incontinência fecal e urinária, lesão neurológica relacionada, aumento do risco de ruptura uterina, vesical

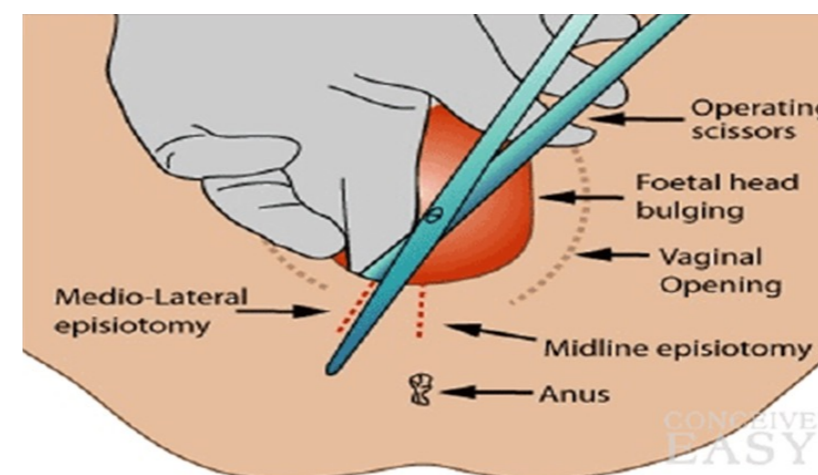


Figura 1 - Episiotomia: Incisão cirúrgica no períneo feminino, na altura do parto. Tipos médio-lateral, mediana e outros (lateral, em J, em T).

MOS
CAS
140

**ARRENDÁ-SE
T2+1 A
HETEROSSEXUAL
CAUCASIANO.**



21 358 7900

21 358 7900

21 358 7900

21 358 7900

21 358 7900

21 358 7900

OS ABUSOS NEM SEMPRE
SÃO ASSIM TÃO VISÍVEIS.
SE É VÍTIMA DE DISCRIMINAÇÃO
OU DE CRIMES DE ÓDIO,
FALE COM A APAV.

CHAMADA GRATUITA
116 006
LINHA DE APOIO À VÍTIMA
DIAS ÚTEIS DAS 08H-22H

APAV
associação portuguesa de
Apoio à Víctima

PROJETO
CAPACITAR
SENSIBILIZAÇÃO E FORMAÇÃO DE
PROFISSIONAIS PARA A PROTEÇÃO
DE MIGRANTES E NACIONAIS
DE PAÍSES TERCEIROS

FINANCIADO POR
FUNDO ASÍLO, MIGRAÇÃO
E INTEGRAÇÃO
SECRETARIA
DE ASSUNTOS
EUROPEUS
União Europeia

ou intestinal em partos ou intervenções cirúrgicas abdominais posteriores. Muitos destes processos terão de ser operados e reconstruídos ou submetidos a reabilitação do pavimento pélvico, uma forma de fisioterapia localizada.

Em **termos psicológicos**, podem existir consequências da VO para a mãe, para o pai, para o bebê, para a família e para a sociedade em geral. Podem surgir patologias como depressão, ansiedade generalizada, processos fóbicos e perturbação de stress pós-traumático.

Em **termos económicos**, a VO pode persistir na dificuldade da família em retomar a sua actividade profissional por motivo de doença e ausências ao trabalho, dificuldade em ter acesso a cuidados de saúde reabilitadores da saúde da mulher como fisioterapia, cirurgias, psicologia, entre outros.

Em **termos socioculturais**, a mãe pode ter dificuldade em se ajustar ao seu novo papel como mãe, na amamentação e dificultar o estabelecimento de vínculos afetivos com a criança, nomeadamente quanto à sua auto-estima, relação com o próprio corpo que mudou, relação com o/a parceiro/a, ligação com o bebê e na sua vontade de ter mais filhos.

Definir VO

Um termo mais abrangente para VO está em discussão e é **Violência Ginecológica e Obstétrica** que foi discutida na Resolução 2306/2019, de 3 de Outubro, do Conselho da Europa. Actualmente, é uma realidade para a qual não existe tutela específica, nem o seu reconhecimento. No entanto, são situações pouco expressivas em Portugal, existindo problemas de recolha de provas, visto que pode pôr em causa a privacidade, intimidade da mulher e o sigilo médico. A situação do direito português mantém-se neutra, não existindo ainda uma definição nem médica, nem legal para a situação. De acordo com a legislação portuguesa, toda a mulher tem direito a:

- Direito à privacidade e confidencialidade – 15.º A, n.º 1, b)
- Direito à assistência contínua – 15.º G e 18, n.º 2
- Direito ao tratamento condigno e respeitoso (livre de coação, violência e sem discriminação, direito a um parto humanizado) – 15.º A, n.º 1, c), d), e);
- Direito a um intérprete se necessário – 15.º C, n.º 3
- Direito à informação, recusa e consentimento informado – 15.º A, n.º 1, a)
- Direito à liberdade/autonomia – 15.º A, n.º 1, g)
- Direito aos melhores cuidados de saúde - conforme a MBE e Recomendações da OMS – 15.º A, n.º 1, f) e art. 15.º F, n.º 2 e 6
- Direito à amamentação – 15.º H
- Direito ao alívio da dor – 15.º F, n.º 4
- Direito à mínima interferência – 15.º F, n.º 2 e 6
- Outros direitos na qualidade de utente: direito de associação, acesso a cuidados de saúde, fazer reclamações/queixas e responsabilização.

Em termos de estudos encontrados, Ferrão (2022) propõe um protocolo para analisar e rever a VO nas publicações científicas nos últimos 10 anos para a caracterizar nos cuidados prestados no contexto do parto. Também aborda como o tema actualmente tem sido estudado, definido e como é controverso e com conotações muito fortes para os profissionais de saúde, provocando embaraço e alguma repulsa. Rubashkin (2018) aborda as 5 estratégias possíveis para lidar com VO enquanto médico interno. **Criar cuidados de suporte no parto e pós-parto**, ouvindo e ajudando a empoderar a mulher grávida. Esta atitude ajuda a alcançar bons resultados e pode ser prestada por companheiro, profissional de saúde ou doula. O interno poderá **estar disponível para questões, para ajudar, prestar apoio e referenciar para apoios psicológicos, sociais ou de reabilitação** nos dias seguintes ao parto. Respostas institucionais à VO que possam ajudar

o interno, inexperiente a lidar com as emoções de stress por ter assistido à situação, **treino de competências para lidar com situações traumáticas**, abusos de poder e acesso a documentos internacionais sobre competências científicas e cuidados materno-fetais respeitadores. Por último, **investir no treino do médico para identificar actos de violência e quais as estratégias** para gerir e reportar as situações graves, quer para VO, quer para outros tipos de abusos. Em conclusão, em Portugal, temos assistido a uma grande discussão pública sobre o tema de violência obstétrica que abalou várias esferas da vida pública: políticos, meios de comunicação social, profissionais de saúde e sociedade civil. É uma discussão necessária, em especial após uma pandemia global ter alterado o SNS como o conhecíamos.

Sinto que, enquanto médica de família, faltam recursos para fazer face a tantos pedidos e necessidades de saúde que identificamos diariamente e que a prevenção da doença e promoção da saúde e do bem-estar estão dificultados por um descontrolo de acesso e dificuldade de alocar recursos humanos. Apesar das dificuldades, penso e sinto enquanto mulher activista, médica e mãe, que poderá ser uma oportunidade para criarmos pontes, dinamizar centros de excelência para práticas mais próximas das mulheres, com os seus direitos tidos em conta e com diferentes características para escolhas válidas e que se adaptem às diferentes famílias que acolhemos. Estes espaços de atendimento da grávida poderão surgir da comunicação entre os prestadores de cuidados materno-fetais: médico de família, enfermeiro de comunidade, enfermeiro de saúde materna, obstetra, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social. E aí sim, poderemos constituir um atendimento holístico e centrado no bem-estar da mãe, da criança e da sua família. E assim prestaremos o maior serviço às nossas comunidades, ajudaremos a nascer melhor.

Referências bibliográficas

<https://www.usf-an.pt/usf-an/fim-de-taxas-moderadoras-nos-cuidados-de-saude-primarios/>

<https://cnnportugal.iol.pt/sns/vagas/mais-de-50-das-vagas-no-sns-para-ginecologia-e-obstetricia-ficaram-vazias/20220705/62c49f680cf2ea367d444b44?fbclid=IwAR1W20damqevGSKGQDSYeHQMb641-b10GV5RUrKhq4JADopTw14VUVWF4Bk>

https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/Apresentaca_4_Sessao_tematica_2_A_Reforma_dos_CSP_em_Portugal_Henrique-Botelho.pdf

<https://www.dn.pt/sociedade/medicos-internos-indisponiveis-para-mais-150-horas-extra-por-ano-15102642.html>

<https://www.simedicos.pt/pt/noticias/5111/agora-saos-medicos-internos-de-medicina-interna-de-todo-o-pais-que-escrevem-a-ministra-da-saude/>

<https://www.dn.pt/sociedade/discussao-sobre-fecho-de-maternidades-esta-a-causar-alarme-social-15252577.html>

GIRE, Obstetric Violence, (In spanish) <https://www.gire.org.mx/nuestros-temas/violencia-obstetrica>

WHO, News release : Caesarean sections should only be performed when medically necessary <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en/>

Patterns of Violence Against Women in Latin America and the Caribbean, <http://www.cladem.org/pdf/Informe-Relatoria-de-Violencia-ing.pdf>

Obstetric Violence is now included in the Law of Women living free from violence, News (Spanish) <http://www.semexico.org.mx/?p=768>

Health director suspended in Mexico, News report, <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2451618/Mexican-woman-gives-birth-clinic-LAWN-treatment-denied.html>

Leaders want Bungoma hospital boss arrested News report, <http://www.standardmedia.co.ke/article/2000092941/leaders-want-bungoma-hospital-boss-arrested>

<http://www.thecradle.or.ke/featured-articles/49-disrespect-and-abuse-during-child-birth-at-bungoma-district-hospital>

Patterns of Violence Against Women in Latin America and the Caribbean, <http://www.cladem.org/pdf/Informe-Relatoria-de-Violencia-ing.pdf>

Idem

From Rights-based Advocacy to Maternal Outcomes, <http://whiteribbonalliance.org/rmc-blogs/rights-based-advocacy-maternal-health-outcomes/>

<http://www.may28.org/obstetric-violence/>

https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth-govnts-support/en/

http://www.genderhealth.org/files/uploads/change/publications/RMC_Fact_Sheet_FINAL.pdf

<http://www.lexjuris.com/lexlex/leyes2006/lex2006156.htm>

<http://wgnr.org/>

Rubashkin, Nicholas MD; Minckas, Nicole MSc. ETHICS CASE: How Should Trainees Respond in Situations of Obstetric Violence? - AMA Journal of Ethics® March 2018, Volume 20, Number 3: 238-246.

NORMA DGS: 001/2023 - Organização dos cuidados de saúde na preconção, gravidez e puerpério, PUBLICAÇÃO: 27 de janeiro de 2023.

Teixeira *et al.* BMC Pregnancy and Childbirth (2022) 22:976. RESEARCH: Open Access: Time trends in episiotomy and severe perineal tears in Portugal: a nationwide register-based study. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05314-6>

Santo, Susana. Guielinas/Normas de Orientação Clínica sobre Episiotomia, Norma de Orientação da SPOMMF. Acta Obstet Ginecol Port 2022;16(1):70-74.

WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience.

WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience.

WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.

Gil-Santos, Inês *et al.* Article in Medical Education: Patients' Perspectives on Clinical Training and Informed Consent. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19, 7611. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137611> <https://www.mdpi.com/journal/ijerph>

Lazzerini, Marzia; *et al.* Science and beyond science in the reporting of quality of facility-based maternal and newborn care during the COVID-19 pandemic—Authors' reply. *www.thelancet.com* Vol 20 Month, 2022.

Ferrão, Ana Cristina *et al.* Study Protocol Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping- Review Protocol. *Journal of Personalized Medicine*. J. Pers. Med. 2022, 12, 1090. <https://doi.org/10.3390/jpm12071090> <https://www.mdpi.com/journal/jpm>

YıldırımI, Ugur. PLOS ONE | RESEARCH ARTICLE: Disparate impact pandemic framing decreases public concern for health consequences. December 18, 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243599>

EDITORIAL: COVID-19: Vulnerability and the power of privilege in a pandemic. © 2020 Australian Health Promotion Association wileyonlinelibrary.com/journal/hpja Health Promot J Austral. 2020;31:158–160.DOI: 10.1002/hpja.333

Khanijahani *et al.* REVIEW: A systematic review of racial/ethnic and socioeconomic disparities in COVID-19. *International Journal for Equity in Health* (2021) 20:248. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01582-4>

Rollston, Rebekah *et al.* COVID-19 and the Social Determinants of Health. *American Journal of Health Promotion* 34(6).

COVID-19 and the impact of social determinants of health. www.thelancet.com/respiratory Vol 8 July 2020. Published Online. May 18, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30234-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30234-4)

FERREIRA, Marianela; *et al.* A Carreira Médica e os Fatores Determinantes da Saída do Serviço Nacional de Saúde: The Medical Career and the Key Factors Driving the Exodus of Doctors from the National Health Service in Portugal. *Acta Med Port* 2018 Sep;31(9):483-488 <https://doi.org/10.20344/amp.10121>

Browser e Hill, Harvard Nacional School of Public Health, 2010.

BOHREN *et al.* "The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review", (2015).

Pintado-Cucarella, Sheila; *et al.* Artículo Original: Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Gineología Obstétrica Mexicana* 2015; 83:173-178.

<https://journalofethics.ama-assn.org/article/how-should-trainees-respond-situations-obstetric-violence/2018-03>

<https://muse.jhu.edu/article/680054>

<https://journalofethics.ama-assn.org/article/who-counts-what-counts-place-and-limits-perinatal-mortality-measures/2018-03>

Dizem que o amor é cego. Ainda bem que já abri os olhos.

Não entregue

Esta mensagem não chegou ao perfil falso que roubou o dinheiro e amor da Maria.

Mas ela ainda pode ter a última palavra.

Se foi vítima de burla romântica online fale com a APAV



Linha Internet Segura
800 219 090



Centro Internet Segura

Co-financiado pela União Europeia



FCT
Fundação para a Ciência e a Tecnologia
Comunidade Científica Nacional
FCN





MISCELLANEA

APAV N° 19

©APAV | 2023

INSTITUIÇÃO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL
PESSOA COLETIVA DE UTILIDADE PÚBLICA

RUA JOSÉ ESTÉVÃO, 135 A, PISO 1, 1150-201 LISBOA
TEL. 21 358 79 00 | APAV.SEDE@APAV.PT

