

FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO

**HEIDIANY KATRINE SANTOS MORENO**

PARIR E NASCER EM MARABÁ: Da violência obstétrica à efetivação de políticas públicas de humanização do parto, a partir do relato das mulheres-mães na única maternidade pública do Sul e do estado do Pará.

MARABÁ

2021

Heidiany Katrine Santos Moreno

PARIR E NASCER EM MARABÁ: Da violência obstétrica à efetivação de políticas públicas de humanização do parto, a partir do relato das mulheres-mães na única maternidade pública do Sul e do estado do Pará.

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster em Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Ma. Jussia Carvalho Ventura

Marabá

2021

## Ficha Catalográfica

MORENO, Heidiany Katrine Santos.

Parir e Nascer em Marabá: Da violência obstétrica à efetivação de políticas públicas de humanização do parto, a partir do relato das mulheres-mães na única maternidade pública do Sul e do estado do Pará./ Heidiany Katrine Santos Moreno. Marabá/PA: FLACSO/FPA, 2021.

Quantidade de folhas.:139

Dissertação (Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas), Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, 2021.

Orientador/a: Ma. Jússia Carvalho Ventura

1. Gênero. 2. violência obstétrica. 3. Violência contra a mulher. 4 Humanização do parto. 5. política pública

Heidiany Katrine Santos Moreno

PARIR E NASCER EM MARABÁ: Da violência obstétrica à efetivação de políticas públicas de humanização do parto, a partir do relato das mulheres-mães na única maternidade pública do Sul e do estado do Pará.

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster em Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Aprovada em: 13 de dezembro 2021.

---

Professora Ma. Jússia Carvalho Ventura  
Orientadora

---

Professora Dr<sup>a</sup>. Marina Ramos Neves de Castro  
Examinadora

---

Professora Dr<sup>a</sup>. Manoela Corral Vieira  
Examinadora

---

Professora Dr<sup>a</sup>. Ana Paula Dias Andrade  
Suplente

Marabá,  
2021

*Dedico este trabalho a meus filhos Hugo José e Dandara que me fizeram mãe.*

*Dedico este trabalho a todas as mulheres que perderam suas vidas para florescer outra vida, e a todos os bebês que não tiveram o direito a uma assistência humana e acabaram tendo a vida abreviada pela violência obstétrica.*

## AGRADECIMENTO

Terminar esta dissertação foi uma realização pessoal de iniciar uma contribuição científica para meu município sobre a temática da violência obstétrica, espero deixar contribuições necessárias para outras pessoas se aprofundarem, pois precisamos falar sobre esse tipo específico de violência que é silenciado na sociedade, e que fere, traumatiza, maltrata e mata mulheres e nascidos.

Ao Partido dos Trabalhadores e a Fundação Perseu Abramo, que viabilizou esta importante qualificação em políticas públicas para seus filiados dos Estados das Regiões Norte e Nordeste, que compõe a turma de Belém.

Agradeço a Deus pela oportunidade de aprendizagem nessa encarnação.

A minha rede de apoio, principalmente a minha mãe guerreira que está em tratamento de câncer e entre uma quimioterapia e outra ainda conseguiu me auxiliar com as crianças para que eu pudesse me dedicar a leitura e escrita.

Ao companheiro Gilson pela paciência e motivação nos tantos momentos de fraqueza que pensei que não conseguiria concluir. Obrigada por cuidar integralmente das crianças na reta final do trabalho para que eu pudesse me debruçar nas entrevistas e escrita.

Às mulheres-mães que colaboraram com divulgação e compartilhamento do questionário da pesquisa, que acabou sendo instrumento para chegar até o relato das três mulheres que usaremos na dissertação, meu muito obrigada.

A Violeta, Margarida e Vitória-régia que aceitaram compartilhar o território sagrado das suas experiências de parto neste trabalho. Minha Gratidão.

A minha amiga, mãe, que também foi vítima da violência obstétrica e que não me deixou desistir. Obrigada pela correção ortográfica desde trabalho.

A minha orientadora, Jússia Carvalho Ventura, pelas importantes contribuições durante o processo de construção da dissertação, paciência e disponibilidade de me ouvir nos momentos de angústia. Meu muito obrigada.

Ao Sindicato dos Bancários na pessoa da Vera Paoloni e Tatiana Oliveira que acreditaram na importância dessa dissertação e concederam a liberação temporária das atividades laborais para que pudesse me dedicar a finalização da pesquisa.

Dentro de mim,  
é que trago  
a voz que se não cala,  
e a força  
que não mais se apaga

Dentro de mim  
é que o caudal-anseio alaga,  
e correndo  
há-de rir, de mar em mar,  
levar  
a fim da terra,  
um sinal de infinito...

Dentro mim,  
Do meu sangue nutrida,  
e sustentada,  
é que a voz não é solução  
mas grito!

Dentro de mim,  
eco de paz ou de alerta,  
dentro de mim,  
é que a eternidade é certa.

*Maternidade.* ALDA LARA (1984)

## RESUMO

O presente trabalho aspirou identificar a violência obstétrica na única maternidade pública do sul e sudeste do estado do Pará e como as políticas públicas de humanização do parto e nascimento são implantadas na prática. Para isso foi realizado um resgate histórico sobre a institucionalização do parto, expondo como o parto foi sendo conduzido do ambiente familiar para as maternidades. Apresentamos como a medicina chega ao Brasil e como a obstetrícia consegue se firmar enquanto área da saúde responsável pela assistência ao parto. Tematizamos os três modelos de partos (tecnocrático, humanizado e holístico), conforme Davis-Floyd e como a cesariana tornou-se o modelo de parto tecnológico no Brasil. Contextualizamos como aconteceu a implantação das políticas públicas de saúde materna e infantil no Brasil. E a luta de movimentos sociais como o Rehuna para que o Brasil garantisse a implantação de políticas públicas para humanização do parto e nascimento. Partindo de conceitos apresentados por Diniz, Maia, Tornquist, Rattner, que além de intelectuais são ativistas pelo parto humanizado no Brasil. Levantamos os conceitos de violência obstétrica sob a ótica da desigualdade de gênero, tendo como alicerce os direitos humanos e o direito fundamental a saúde baseada nos documentos internacionais. Ao longo da dissertação foi realizada uma sistematização da legislação atual na América Latina e Brasil sobre a violência obstétrica. Posteriormente um levantamento das notícias que foram publicadas na imprensa local sobre casos de violência obstétrica tanto no Estado do Pará como na cidade de Marabá. Em seguida são apresentados três relatos de mulheres-mães que sofreram a violência de gênero na maternidade. A pesquisa constatou práticas de violência obstétrica, assim como o descumprimento de várias normativas e legislações na maternidade, entre elas a violação de um dos principais direitos da gestante, a Lei 11.108/2005 que garante o direito a um acompanhante de livre escolha da parturiente. Identificou-se também a necessidade de uma formação em humanização para a equipe médica. Bem como, a necessidade de ampliação do quadro funcional e estrutural para garantir as gestantes um atendimento adequado e humanizado como preconiza a rede cegonha.

**Palavras chaves:** Violência obstétrica; política pública; humanização do parto; violência de gênero; saúde da mulher.

## RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo identificar la violencia obstétrica en la única maternidad pública del sur y sureste del estado de Pará y cómo se implementan en la práctica las políticas públicas para la humanización del parto y del parto. Para ello, se realizó una revisión histórica sobre la institucionalización del parto, exponiendo cómo se conducía el parto desde el ámbito familiar hasta las maternidades. Presentamos cómo llega la medicina a Brasil y cómo la obstetricia logra consolidarse como un área de salud responsable por la atención del parto. Tematizamos los tres modelos de parto (tecnocrático, humanizado y holístico), según Davis-Floyd y cómo la cesárea se convirtió en el modelo tecnológico de parto en Brasil. Contextualizamos cómo ocurrió la implementación de políticas públicas en salud maternoinfantil en Brasil. Y la lucha de movimientos sociales como Rehuna por Brasil para garantizar la implementación de políticas públicas para la humanización del parto y el nacimiento. A partir de conceptos presentados por Diniz, Maia, Tornquist, Rattner, que además de intelectuales son activistas por el parto humanizado en Brasil. Planteamos los conceptos de violencia obstétrica desde la perspectiva de la desigualdad de género, con base en los derechos humanos y el derecho fundamental a la salud con base en documentos internacionales. A lo largo de la disertación se realizó una sistematización de la legislación vigente en América Latina y Brasil sobre violencia obstétrica. Posteriormente, se realizó un relevamiento de las noticias que fueron publicadas en la prensa local sobre casos de violencia obstétrica tanto en el Estado de Pará como en la ciudad de Marabá. A continuación, se presentan tres relatos de mujeres-madres que sufrieron violencia de género en la maternidad. La investigación constató prácticas de violencia obstétrica, así como el incumplimiento de diversas normas y legislaciones en materia de maternidad, incluyendo la violación de uno de los principales derechos de la gestante, la Ley 11.108/2005, que garantiza el derecho a un compañero de forma gratuita. elección de la parturienta. También se identificó la necesidad de formación en humanización para el equipo médico. Así como la necesidad de ampliar el marco funcional y estructural para garantizar a las gestantes una atención adecuada y humanizada como lo recomienda la red cigüeña.

**Palabras clave:** violencia obstétrica; política pública; humanización del parto; violencia de género; la salud de la mujer.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 01:** Números de nascidos e mortes no município de Marabá 2015-2020.....91

**Tabela 02:** Números e tipologias de partos e mortes no HMI 2015-2020.....92

## LISTA DE SIGLAS

- ALEPA Assembleia Legislativa do Estado do Pará
- ANDO Associação Nacional de Doulas
- ANS Agência Nacional de Saúde
- ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- CEDAW Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação  
Contra as Mulheres
- CMB Câmara Municipal de Belém
- CMS Conselho Municipal de Saúde
- CODIM Conselho de Defesa dos Direitos da Mulher de Marabá
- COFEN Conselho Federal de Medicina
- COREN Conselho Regional de Enfermagem
- CPN Centro de Parto Normal "Haydee Pereira de Sena
- CRM Conselho Regional de Medicina
- EUA Estados Unidos da América
- FAMAZ Faculdade Metropolitana da Amazônia
- FIOCRUZ Fundação Osvaldo Cruz
- HIV Vírus da Imunodeficiência Humana
- HMI Hospital Materno Infantil
- HMM Hospital Municipal de Marabá
- INPS Instituto Nacional de Previdência Social
- MPF Ministério Público Federal
- MP-PA Ministério Público do Estado do Pará
- MS Ministério da Saúde
- OAB-PA Ordem dos Advogados do Brasil Subseção do Estado do Pará
- OMS Organização Mundial da Saúde

ONG's Organizações Não Governamentais

ONU Organização da Nações Unidas

PHPN Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PL Projeto de Lei

PMM Prefeitura Municipal de Marabá

PSOL Partido Socialismo e Liberdade

PT Partido dos Trabalhadores

REHUNA Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento

UCI Unidade de Cuidados Intensivos

UEPA Universidade do Estado do Pará

UFPA Universidade Federal do Pará

UNAMA Universidade da Amazônia

UNIFESSPA Universidade do Sul e Sudeste do Pará

UTI Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>CAMINHOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>23</b>
<b>1. ASPECTOS HISTÓRICOS DA ASSISTÊNCIA E DE POLÍTICAS PÚBLICAS À SAÚDE E AO PARTO NO BRASIL.....</b>	<b>27</b>
<b>1.1 Saúde pública no Brasil.....</b>	<b>28</b>
<b>1.2 Políticas públicas e a luta para humanizar o parto e nascimento no Brasil.....</b>	<b>30</b>
1.2.1 A Rede Cegonha e a Materialização das políticas Públicas do Parto e Nascimento no HMI.....	36
<b>1.3 Institucionalização do parto: de casa para maternidade, de sujeito a coisa.....</b>	<b>39</b>
<b>1.4 Modelos de Assistência ao parto.....</b>	<b>43</b>
1.4.1 Cesárea: O modelo perfeito da assistência tecnocrática.....	45
<b>1.5 Afinal o que é humanizar partos e nascimentos?.....</b>	<b>47</b>
<b>2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA A DOR SILENCIADA PELA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA.....</b>	<b>53</b>
<b>2.1 Legislações sobre violência obstétrica na América Latina e Brasil.....</b>	<b>57</b>
2.1.1 A Legislação Brasileira e a Indiferença com a Violência Obstétrica.....	61
2.1.2 Estados brasileiros que possuem leis sobre a violência obstétrica.....	65
<b>3 O ESTADO DO PARÁ PERANTE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E CASOS QUE FORAM NOTICIADOS.....</b>	<b>71</b>
<b>3.1 A cidade de Marabá perante a Violência Obstétrica: casos que tiveram divulgação na mídia.....</b>	<b>79</b>
<b>4. DESCREVENDO PARTOS E NASCIMENTOS NA ÚNICA MATERNIDADE PÚBLICA DO SUL E DO ESTADO DO PARÁ: UM ABISMO ENTRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO.....</b>	<b>85</b>
<b>4.1 História do Hospital Materno Infantil de Marabá-HMI.....</b>	<b>86</b>

4.1.1 Manifestação do Ministério Público do Estado do Pará sobre o Hospital Materno Infantil de Marabá.....	91
<b>4.2 Histórias de vidas traumatizadas pelo parto no HMI.....</b>	<b>94</b>
4.2.1 Margarida, mulher negra, 29 anos, Primípara, União estável, parto em outubro de 2015.....	96
4.2.2 Vitória-Régia, mulher parda, 31 anos, secundípara, casada, parto em fevereiro de 2020.....	104
4.2.3 Quando a violência obstétrica leva ao Óbito: Violeta, mulher parda, 36 anos, de múltípara, casada, parto em janeiro de 2021.....	109
<b>4.3 A Doula como Instrumento para Humanizar o Parto.....</b>	<b>117</b>
<b>5. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PARA NÃO FINALIZAR.....</b>	<b>124</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>131</b>
<b>ANEXOS</b>	

## INTRODUÇÃO

O interesse em fazer pesquisa sobre a violência obstétrica perpassa pela minha experiência de vida. O ano era 2015, após uma reunião de trabalho em Belém, fui convidada por algumas colegas para assistir uma palestra sobre violência obstétrica, proferida por uma advogada Anna Marcela e por algumas doulas, entre elas a Danielle Rego. Nunca havia escutado nada sobre o termo, e como não tinha pretensão de ter filhos naquele momento não me preocupava com isso. A advogada foi muito didática e clara ao explicar o que era a violência obstétrica, como acontecia e o que era preciso fazer para que as mulheres pudessem entender sobre seu direito e ser respeitadas na hora do parto.

Lembro-me como se fosse hoje o relato de três mulheres que estavam lá contando sobre seus partos, uma que teve um parto humanizado (também nunca tinha escutado o termo), e outras duas relataram a violência obstétrica que sofreram para dar à luz a suas filhas. Aquilo me chocou de uma certa maneira, eu ficava me questionando porque uma mulher vulnerável no momento do parto fosse violentada daquela forma. Recebi uma cartilha que levei para casa e guardei, caso no futuro precisasse dos contatos daquelas mulheres e de uma médica que realizava partos humanizados em Belém.

Em 2016, estava gestando meu primeiro filho e logo pensei em estudar sobre a questão do parto. Enquanto a maioria das mulheres nessa fase se preocupam com enxoval e chá de bebê eu lia e estudava como ter um parto normal e humanizado. E assim o fiz, consegui falar com a médica indicada pelas doulas naquela palestra, fiz a consulta e acordamos que ela faria o parto humanizado da maneira que eu queria, porém no particular, pois o plano de saúde não cobria esse tipo de parto. Na trigésima oitava semana de gestação fui para a cidade de Belém sozinha de ônibus para uma consulta e a Daniele Leal não me deixou mais voltar, visto que a distância para minha cidade de origem é de quase seiscentos quilômetros. Para evitar qualquer risco de entrar em trabalho de parto seria melhor permanecer onde iria ter meu filho.

Quando completei quarenta e uma semanas e um dia a bolsa estourou no horário das quatro e trinta. Fiquei nervosa no início, depois respirei, esperei um pouco, as seis horas mandei uma mensagem para a médica e para doula que ficaram me monitorando pelo aparelho de telefone celular.

Estava na casa da amiga Kezia que ficou muito nervosa, pois nunca tinha presenciado um parto humanizado. A doula chegou às sete horas e trinta minutos, iniciou o acompanhamento e falava com a médica de hora em hora para informar como estava o trabalho de parto. Ao meio dia fomos até o hospital e a médica já estava a minha espera, fizeram todos os exames e segundo ela estava com sete centímetros. Por volta das quinze horas e trinta minutos o Hugo nasceu, muito tranquilo, de uma maneira que nunca imaginei, na hora da expulsão eu ainda consegui configurar a máquina para tirar foto porque minha amiga ficou extremamente nervosa. Estava no quarto eu, a Kezia, a doula e a médica. A Kezia foi quem cortou o cordão umbilical, pois meu esposo não conseguiu chegar a tempo, por conta da distância.

Por ter tido um parto tão tranquilo e rápido no primeiro filho decidi ter minha segunda filha na minha cidade de origem que é Marabá. Consegui uma doula e escolhi, mesmo com plano de saúde, ir para o HMI (Hospital Municipal Materno Infantil) por conta de ser o único hospital a ter UTI (Unidade de Terapia Intensiva) neonatal e infraestrutura caso precisasse de alguma urgência na hora do parto. Entrei em trabalho de parto as vinte horas do dia 02 de fevereiro de 2020. Fui para o hospital por volta das vinte três e trinta. Quando cheguei fizeram o toque e já estava com oito centímetros de dilatação, fizeram todos os exames e pude entrar com meu esposo e a doula.

Foi tudo muito rápido e se não fosse a presença do médico naquele local teria sido um parto humanizado. Na madrugada por volta de uma hora do dia três eu estava em expulsão, quando chamaram o médico, ele veio e pediu para eu me deitar na maca, eu disse a ele que não iria e que a bebê estava saindo e não iria dar tempo, o mesmo falou que não tinha outro jeito, pois ele não iria se abaixar para fazer o parto, eu disse novamente que não iria subir na maca, ele respondeu então eu não posso lhe ajudar (primeira violência), saiu e me deixou com a técnica de enfermagem (segunda violência), a técnica abriu o campo no chão e aparou minha filha três minutos depois dele ter saído da sala.

Ela nasceu saudável com três circulares de cordão, eu sentei na banquetela após o nascimento e pedi para a técnica esperar o cordão parar de pulsar, assim ela fez, meu esposo cortou o cordão umbilical e logo foi colocada para mamar. Nesse instante um enfermeiro vem e diz para técnica que o médico precisava fazer uma cesariana de emergência e que eu preciso ir logo para suturar. Fui da sala de pré-parto para o

centro de parto que fica na mesma ala, não tem divisórias, fui andando pouco tempo depois de ter parido, deitei na maca e o médico anestesiou o local e disse vou ter que lhe dar dois pontos, porém ele não esperou a anestesia pegar e começou a costurar, por um instante o reflexo falou mais alto que a razão e eu levantei da maca e bati no braço dele e disse: doutor está doendo muito, espera. Ele respondeu: você tem que colaborar eu preciso sair para uma cesariana de urgência e não posso esperar, eu disse sim, mas tá doendo mais do que parir a menina, então não tá normal não. Ele só disse: calma que vai ser rápido. Meu esposo ficou perplexo como tamanha brutalidade (terceira violência). E eu fiquei pensando pra quê uma ignorância dessa com uma mulher que não precisava de nada para parir, imagina o que eles não fazem com uma mulher que realmente precisa de intervenções?

Fui para o quarto e não consegui dormir nesse dia, ficava olhando para minha filha no berço, sem acreditar no milagre da vida e de como a equipe médica não se importa com a forma como nascem as pessoas no nosso país. A frase do M. Odente ficava martelando no subconsciente “Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer”, essa experiência foi tão forte que comecei a pensar de que forma eu poderia ajudar outras mulheres a se empoderar e não ser desrespeitadas e não sofrer violência obstétrica na hora do parto. Diante disto esse trabalho surgiu como uma ferramenta não apenas de construção de conhecimento científico, mas também de escutar as mulheres-mães que sofreram esse tipo específico de violência e deixaram silenciar.

Na maioria dos partos se não houver óbito da mãe ou do bebê não se registra denúncia, é um tema silenciado pela sociedade. Por fim a intenção deste trabalho é que possamos unir relatos de mulheres que sofreram violência obstétrica no Hospital Materno Infantil-HMI de Marabá para sensibilizar outras mulheres a denunciar esse tipo de violência, bem como acionar os órgãos competentes para que o hospital tome medidas cabíveis de qualificar seus profissionais, assim como cumprir a lei do acompanhante e garantir um parto humanizado como orienta a OMS (Organização Mundial de Saúde) e a Rede Cegonha<sup>1</sup>, o qual aprofundaremos no primeiro capítulo.

---

<sup>1</sup> A Rede Cegonha foi instituída pelo Ministério da Saúde pela Portaria de nº 1.459, de 24 de junho de 2011. É uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável, ou seja, é um conjunto de ações que tem por objetivo garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as gestantes, oferecendo assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da

Para que as mulheres de Marabá e região possam parir seus filhos sem nenhum tipo de violência.

O parto, histórico e culturalmente, ficou reservado ao universo feminino, considerando que apenas mulheres participavam desse ritual de nascimento, mesmo nas classes mais abastadas economicamente, as parteiras tinham papel fundamental em auxiliar a mulher no partejar. Era um fenômeno familiar e doméstico onde a mulher era vista como protagonista para dar à luz. Em regiões onde havia médicos, esses só eram chamados em casos de intercorrências graves, as quais a parteira não conseguia sanar.

Com a revolução industrial e a evolução tecnológica e científica, em todos os setores da sociedade, a medicina também irá sofrer várias alterações entre elas a de institucionalizar o parto como evento cirúrgico, nesse processo a mulher passou de protagonista a “paciente”. Com o objetivo de controlar os riscos materno-fetais, as mulheres vão parir seus filhos em hospitais ou maternidades com vários procedimentos e intervenções considerados, hoje, pela medicina baseada em evidências como desnecessárias. Nesse momento da história humana, já temos a presença de médicos realizando os partos, de uma forma obrigatória e impositiva. (ZANARDO,2017)

O parto que antes era de um ambiente privado perde espaço para uma esfera pública, institucionalizada com uma figura masculina no processo, tendo participação do Estado por meio das políticas públicas de saúde. Diante desse cenário as intervenções médicas como a ocitocina sintética<sup>2</sup>, manobra de Kristeller<sup>3</sup>, e a episiotomia<sup>4</sup> vão sendo usadas rotineiramente para acelerar o trabalho de parto e também como protocolo dos hospitais e maternidades pelo Brasil. (BRENES,1991)

Esse conjunto de ações compõem o que se denomina de violência obstétrica. E foi definida pela Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da

---

confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança. Tudo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

<sup>2</sup> É um método farmacológico muito utilizado na prática para induzir o trabalho de parto, quando este não acontece de forma fisiológica, ou para acelerar o trabalho de parto das mulheres.

<sup>3</sup> Técnica realizada com o objetivo de acelerar o trabalho de parto empurrando a barriga da mulher, realizando pressão externa sobre o útero da mulher. Esse procedimento não é indicado pelo Ministério da saúde desde 2017.

<sup>4</sup> É uma incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto.

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

Importante salientar que a violência obstétrica é um tipo específico de violência contra a mulher, uma violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres, sobretudo no direito à assistência materna e infantil. Diniz e D'Oliveira (1998)

Segundo dados da pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado” realizada pela Fundação Perseu Abramo e SESC- Serviço Social do Comércio em 2010<sup>5</sup>, diagnosticou que 25% (vinte e cinco por cento) das mulheres que tiveram filhos na rede pública ou privada disseram ter sofrido algum tipo de violência como xingamentos, episiotomia, obrigatoriedade de parir na maca, uso de ocitocina, são procedimentos dolorosos, humilhantes e muitos casos considerados como desnecessários.

A partir desse cenário, suscita-nos a questionar: porque os profissionais de saúde cometem essas práticas mesmo depois das recomendações da OMS orientando para um parto humanizado? As mulheres têm conhecimento de que se encontram em um quadro de violência obstétrica? Por que as mulheres são constantemente vítimas de violência por profissionais de saúde? O que deve ser feito para que as mulheres tenham seus direitos respeitados na hora do parto e do nascimento?

Em contrapartida a essas práticas violentas, na hora do parto e do nascimento surge, a partir de 1950, no mundo todo, movimentos de mulheres organizados buscando discutir novas formas de partear e tentando resgatar seu protagonismo feminino. No Brasil, ele acontecerá em vários Estados de diferentes formas, a partir da década de 1970, surgem profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e de nascimentos em sociedades indígenas, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X em

---

<sup>5</sup> Acesso em: <https://fpabramo.org.br/2011/02/21/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>

Goiás (DINIZ, 2009). Desde então, grupos de mulheres, ONG's (Organizações Não Governamentais), doulas<sup>6</sup> fazem o trabalho de empoderamento para que as mulheres, munidas de informação, não aceitem as violências obstétricas praticadas por algumas instituições de saúde e por alguns profissionais de saúde e, se preciso, que façam a denúncia aos órgãos competentes, para que as políticas públicas do parto e nascimento sejam garantidas às gestantes.

Em 1996, a OMS publicou 275 (duzentas e setenta e cinco) recomendações para práticas de assistência ao parto. Essas recomendações em vigor atualmente servem para nortear e orientar os profissionais de saúde, visando um parto com mais respeito à mulher e menos intervenções médicas.

O Ministério da Saúde implantou no país, em 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, tendo instituído também, em 2005, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. (MAIA, 2010). A implantação dessas políticas públicas de saúde e assistência ao parto foram conquistadas após intensas mobilizações de mulheres, doulas e trabalhadores da área da saúde que baseado em evidências científicas não concordavam com se realizava partos no Brasil. Em 2011 foi lançado Programa Rede Cegonha foi lançado no mês de março, pela então Presidenta Dilma Rousseff (PT). Esse programa propõe uma nova forma de assistência à gestação, parto e maternidade no Brasil.

Em 2014, foi protocolado o Projeto de Lei nº 7.633, assinado pelo Deputado Federal Jean Wyllys do PSOL (Partido Socialismo e Liberdade), com o objetivo de garantir à parturiente o direito ao parto humanizado e que os profissionais que praticam a violência obstétrica possam ser responsabilizados civil e criminalmente. Além disso, houve o fomento de ações em prol de como informar as mulheres através de material gráfico nos postos de saúde e no pré-natal sobre o que é a violência obstétrica. A ONG Artêmis foi quem provocou o deputado para que tal iniciativa pudesse alcançar este nível de legitimidade. Contudo não temos ainda uma lei federal que tipifique a violência obstétrica para punir os agentes causadores desse tipo específico de violência, o que faz com que muitos casos de violência obstétrica que as vezes chega a óbito tornem-se impunes.

---

<sup>6</sup> A palavra "**doula**" vem do grego "mulher que serve". Nos dias de hoje, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto.

Mesmo com a implantação de tais políticas públicas de saúde para o parto e nascimento ainda temos muita violência obstétrica acontecendo nas maternidades e hospitais brasileiros. Nesse sentido, esta dissertação se propõe a discutir sobre a materialização de políticas públicas de humanização do parto a partir da ótica das mulheres-mães atendidas na única maternidade pública do Sul e Sudeste do Estado do Pará. Neste diapasão e no geral o trabalho almeja investigar políticas públicas – ações das instâncias do estado - que estão ao longo do tempo sendo implementadas na única maternidade pública do sul e sudeste do Estado do Pará, denominada de Hospital Materno Infantil-HMI localizado no município de Marabá, para garantir as mulheres uma assistência humanizada no parto.

Dessa forma, o trabalho está organizado em quatro capítulos, sendo o primeiro deles, “Aspectos históricos da assistência e de políticas públicas à saúde e ao parto no Brasil”, de cunho historiográfico, descreve sobre o início da assistência à saúde pública no Brasil, como a política pública de saúde foi sendo inserida no país, a atuação de movimentos sociais para a garantia de implantação da política pública de parto e nascimento, posteriormente tematizei sobre a institucionalização do parto e como ele foi sendo transferido de um ambiente privado para as maternidade, realizado por médico e administrado pelo Estado em forma de políticas pública. Por fim, conceituo os modelos de partos pela perspectiva de Davis-Floyd apud Maia (2010), sobretudo, como a cesariana tornou-se o modelo de parto tecnológico.

Feito esse percurso, me apropriei de literatura científica contemporânea com estudos históricos, sociais e antropológicos sobre a parturição, saúde da mulher e feminismo, produzidos tanto no Brasil quanto no exterior, para fundamentar a dissertação (DINIZ, 2005, 2009; TORNQUIST, 2004, 2006; RATTNER, 2005, 2009; CARNEIRO, 2011; MAIA, 2010; TESSER, 2015; AGUIAR, 2010).

Discuto no capítulo dois denominado de “violência obstétrica a dor silenciada pela legislação brasileira”, abordando a legislação atual sobre a violência obstétrica na América Latina, Brasil e unidades federativas. Destacando Estados e municípios que possuem a tipificação para violência obstétrica.

O terceiro capítulo, “O Estado do Pará perante a violência obstétrica e casos que foram noticiados” traz um levantamento de notícias cronológicas de jornais locais sobre casos de violência obstétrica no Estado do Pará e na cidade de Marabá que foram divulgados.

No quarto capítulo “Descrevendo partos e nascimentos na única maternidade pública do sul e sudeste do estado do Pará: Um abismo entre a violência obstétrica e a efetivação da política pública de humanização do parto”, exponho o material de campo, faço um histórico sobre o HMI, quais políticas públicas foram implantadas na instituição de saúde. Discorro também sobre os órgãos fiscalizadores da política pública como conselho da Mulher, Ministério Público, Movimento de mulheres e o que esses agentes tem feito para que essas políticas públicas do parto e nascimento sejam garantidas.

Em seguida procurei refletir sobre o narrado por três mulheres que tiveram seu parto no Hospital Materno Infantil-HMI, pondo em cena a discussão sobre como a violência obstétrica está presente no relato delas e o que é executado pela maternidade para garantir a materialização das políticas públicas de parto e nascimento. Para isso, recorri ao debate filosófico sobre a noção de corpo e gênero pela perspectiva de Foucault, Scott e Arendt, refletindo sobre uma possível violação dos direitos humanos, e da ausência de efetivação das políticas pública do parto e nascimento na maternidade. Por fim, enfatizo sobre o papel da doula enquanto instrumento para um parto humanizado.

Ao término, são feitas algumas considerações, sem a pretensão de finalizar tão urgente debate, sobre a pesquisa, bem como são levantados pontos que merecem ser desenvolvidos futuramente pela maternidade, agentes públicos e movimento de mulheres da cidade.

Por fim, vale destacar que não é pretensão desse estudo abranger e esgotar a análise do tema “Violência Obstétrica” visto que, é um tema interdisciplinar, amplo, diverso e profundo que perpassa por muitas áreas do conhecimento. O que se pretende é abrir caminhos, sobretudo para que outras áreas da academia se interessem pela temática e possam explorar com outros trabalhos científicos.

Desta maneira, o objetivo geral da pesquisa foi: investigar quais políticas públicas estão sendo implementadas na única maternidade pública do sul e sudeste do estado do Pará, no município de Marabá, para garantir a mulher uma assistência humanizada no parto. Bem como, os objetivos específicos foram:

- Fazer uma revisão historiográfica sobre a assistência ao parto e as políticas públicas de parto e nascimento no Brasil;

- Analisar legislações em vigor sobre violência obstétrica na América Latina e no Brasil;
- Fazer um levantamento de dados jornalísticos sobre violência obstétrica no Estado do Pará em especial no Município de Marabá;
- Identificar a efetivação da política pública de parto e nascimento a partir da perspectiva das usuárias do Hospital Materno Infantil do município de Marabá.

## CAMINHOS METODOLÓGICOS

Tendo em vista as perguntas que mobilizaram esta pesquisa, as quais tratam do fenômeno da experiência do outro, o caráter qualitativo, do tipo descritivo-exploratório, trouxe técnicas que viabilizaram esta investigação. Partindo, inicialmente, da delimitação do espaço temporal entre janeiro de 2015 a janeiro de 2021. Com o objetivo de identificar a materialização de políticas públicas no Hospital Materno Infantil de Marabá, pela perspectiva das gestantes. A maternidade, a qual nos referimos na dissertação, é denominada de Hospital Materno Infantil-HMI, pois oferece serviços nas áreas de ginecologia, obstetrícia e infantil, é totalmente dedicada ao Sistema Único de Saúde – SUS, realizando aproximadamente 400 partos mensais, sendo a única maternidade no sul e sudeste do Estado do Pará.

Os sujeitos que fizeram parte da pesquisa foram as mulheres-mães que tiveram filhos na maternidade-HMI, uma doula, representante do Conselho da mulher de Marabá-COMDIM, representante da Coordenadoria da mulher de Marabá e representante da Maternidade HMI no setor administrativo.

A ideia inicial da pesquisa era realizar um questionário por meio do *Google (Forms)*, por conta da dificuldade encontrada pela à pandemia do Covid-19<sup>7</sup>, causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2) que foi declarada pela OMS-Organização mundial da saúde desde março de 2020 e ainda vigente no período programado para realização das entrevistas. Porém ao iniciar o compartilhamento do questionário, através de grupos da ferramenta *Whatsapp*, fui procurada por algumas mulheres que manifestaram o desejo de contar sua experiência de parto no HMI.

Dessa forma, foram utilizados o relato de três mulheres-mães, suas perspectivas, suas dores narradas sob a indiscutível atmosfera da indignação

---

<sup>7</sup> Ver em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>  
<https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>

tornaram-se o objeto de estudo, matéria-prima desse construir sob a égide da ciência sem abandonar o calor do acolhimento no processo de escuta de pesquisador. permitiu-me, então, o encontro e a análise de como está sendo implantada, na prática, as políticas públicas para um parto humanizado no HMI. Por entender que na narrativa a participante da pesquisa também traz uma análise subjetiva de seu contexto, ao contar a sua experiência, podendo, com isso, recontar a história de outras mulheres da sociedade da qual ela faz parte.

O questionário com trinta respostas foi encerrado após vinte e quatro horas de compartilhamento e seus dados foram guardados para, se possível, utilizar no futuro para publicação de artigo científico. Foram ouvidas cinco mulheres e optamos por descrever a história de três delas por considerar o relato com mais elementos para a análise mais consistente dada proposta da pesquisa em nível de dissertação *strictu senso*.

Os relatos foram coletados após aprovação do CEP- Comitê de Ética e pesquisa da UEPA (Universidade Estadual do Pará em Marabá), pelo CAAE: 52364321.3.40000.8607. Todos(as) assinaram o TCLE- Termo de consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas ocorreram em seus domicílios, respeitando todas as normas de segurança sanitária (distanciamento, máscara, álcool em gel). Após contato com as histórias narradas pelas mulheres-mães optamos por dar voz a elas, utilizando sua visão como fonte para identificar a violência obstétrica na maternidade-HMI e quais políticas públicas estão sendo materializadas para garantir à mulher um parto e nascimento humanizado. O nome das participantes foi substituído por nome de flores para manter o sigilo preservando a identidade e não causando nenhum desconforto a elas.

Segundo GASKELL(2004) a entrevista individual pode ser uma técnica adequada quando objetivamos explorar na pesquisa os aspectos da vida das entrevistadas. A entrevista semiestruturada tem como objetivo central averiguar diferentes aspectos e pontos de vista sobre um acontecimento, por meio da compreensão da realidade dos(as) entrevistados(as).

Partindo desse pressuposto as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas para análise posterior, respeitando todos os cuidados éticos, consoante a pesquisa que envolve seres humanos. Quanto ao corpo das entrevistas, foram realizadas por um roteiro elaborado antecipadamente e com perguntas abertas,

semiestruturadas, que permitiram a livre fala dos sujeitos, na tentativa de reduzir a indução de respostas, partindo do pressuposto de como foi a assistência ao parto dela na maternidade e se ela identificava alguma ação como violência obstétrica.

É preciso salientar que tive muitas dificuldades em obter informações, dados, até mesmo outros trabalhos científicos sobre a temática, sendo necessário utilizarmos fontes primárias de jornais locais do Estado do Pará e de Marabá para tentar sistematizar um apanhado de casos e denúncias que aconteceram no município e Estado sobre a violência obstétrica. Não obtive permissão, para nenhuma visita a maternidade, nem foi concedido nenhuma entrevista de algum funcionário ou gestor da instituição para contribuir com a pesquisa. O HMI respondeu parcialmente as perguntas semiestruturadas que foram enviadas através de ofício e e-mail para esta instituição de saúde.

O conselho de saúde do município de Marabá recebeu o ofício, porém não concedeu a entrevista nem respondeu por escrito as perguntas deixadas juntamente com o ofício. O Ministério Público respondeu através da promotoria de Justiça de Direitos Constitucionais Fundamentais, Ações Constitucionais, Fazenda Pública, Família e Sucessão pelo despacho N°05300/2021 no dia dezoito de novembro com a informação que existe dois procedimentos em andamento relacionados ao Hospital Materno Infantil de Marabá (HMI), um para acompanhar e fiscalizar, de forma continuada, a estrutura física e o funcionamento do Hospital Materno Infantil (HMI) de Marabá; e outro para acompanhar e fiscalizar políticas públicas relacionadas a vistoria realizada pelo CRM/PA no Hospital Materno Infantil de Marabá . Os quais detalharemos, mais consistentemente, no tópico destinado ao tratamento de informações da maternidade em questão no quarto capítulo.

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2011, p. 47).

Assim, o processo de análise dos relatos se deu por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), por entendermos que é a alternativa metodológica adequada à compreensão do objeto foco dessa pesquisa, que tentou, por meio das três fases fundamentais do método (a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados) sob a inferência e a interpretação, analisar se

existe a materialização, ou não, das políticas públicas de parto e nascimento no hospital materno infantil, por meio da perspectiva das mulheres-mães.

As questões norteadoras da pesquisa desta pesquisa foram: Como a parturiente entende do que deve ser um parto humanizado? Quais as intervenções as mulheres consideram como violência obstétrica? Se elas relatam algum tipo de trauma no parto? Na visão da maternidade eles praticam o parto humanizado? O HMI segue as orientações da OMS, bem como da Rede Cegonha? O Hospital Materno Infantil consegue implantar políticas públicas para um parto humanizado? Por parte das doulas, iremos descrever se o hospital acolhe o trabalho realizado por elas. Como tem sido a experiência de doular em Marabá? Quais os principais desafios que as doulas tem para exercer suas atividades na maternidade? O que é necessário para ter um parto humanizado livre de violência obstétrica?

Feitas assim estas considerações introdutórias partiremos para o primeiro capítulo.

## 1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA ASSISTÊNCIA E DE POLÍTICAS PÚBLICAS À SAÚDE E AO PARTO NO BRASIL

“Para mudar o mundo, é preciso primeiro mudar a forma de nascer”  
Michel Odent

O parto é uma experiência única para a mulher. É um momento de transformação que acompanha um conjunto de emoções e sentimentos adversos. Consiste em um marco entre ser filha e tornar-se mãe, entre o bebê idealizado e o bebê real, entre o que a mulher sonhou para si e como será de fato. Esse cenário modifica a condição-mulher, tendo em vista as mudanças que ocorrem, de acordo com a cultura da parturiente, abrangendo o plano físico, mental, emocional e social (DONELLI, 2003, 2008; MALDONADO, 2002; SOIFER, 1980, *apud* MAIA, 2010).

Histórico e culturalmente o parto sempre foi um universo no qual as mulheres detinham o conhecimento e controle. Mulheres de todas as classes sociais eram acompanhadas por parteiras e o médico era chamado apenas em situações de gravidade. Os partos aconteciam no ambiente familiar e a mulher era vista como protagonista daquele momento, o processo era acompanhado geralmente pela mãe da parturiente, amigas e comadres. “A medicina não tinha muito conhecimento em relação ao parir, e as parteiras eram as representantes do que havia de melhor no conhecimento e assistência no parto” (STORTI, 2004, p. 64).

A área de obstetrícia não existia e a medicina deixava a cargo das parteiras o acompanhamento e assistência às mulheres em gestação, parto e pós-parto. Normalmente, “os médicos eram chamados apenas ocasionalmente, em casos de partos difíceis, mas, ainda assim, nesta época, o poder de decisão continuava sendo da mulher, sua família e/ou amigas” (HELMAN, 2003, p. 45).

Até o século XVII era considerado um assunto de mulheres, era resolvido de modo caseiro, havia a presença de uma parteira experiente e, geralmente, da mãe da parturiente. Em certas situações, como o da realeza o parto tinha um caráter de espetáculo, onde várias pessoas assistiam (MALDONADO, 2002, p. 34).

Aos poucos o parto foi deixando de ser uma experiência privada, familiar e íntima, compartilhada entre mulheres para torna-se um evento hospitalar, medicalizado e regulamentado por políticas públicas. As parteiras foram perdendo o

lugar para os cirurgiões e as mulheres aos poucos desapropriadas de seus saberes e domínios no campo da parturição. Para Maldonado (2002, p.10) "a mudança de concepção começou quando passou a existir o fórceps, instrumento criado para extrair os bebês em casos de partos difíceis que poderiam resultar em mortalidade materna e perinatal". Reitera-se, dessa forma, que com o uso frequente desses instrumentos e da presença do médico, as mulheres e parteiras foram perdendo o conhecimento e poder de decisão na hora do parto, assim como as acompanhantes familiares das parturientes foram sendo substituídas por enfermeiras e outras especialidades que não fazem parte da rede de apoio da mulher.

Dessa maneira, vê-se que a mudança de cenário descrita acima registra o atendimento técnico-científico, tendo em vista a formação acadêmica dos sujeitos agora envolvidos no processo do parir e nascer. No entanto, há um nocivo desprestígio do protagonismo da mulher-mãe, bem como o originário desvalor da humanização no acompanhamento desse processo. Conforme a revisão bibliográfica e algumas narrativas de mulheres-mães evidenciam, a ausência de sensibilidade por parte dos profissionais e tornou-se ao longo do tempo um padrão, e isso influenciou fortemente a origem de práticas de violência obstétrica, as quais precisam ser alvo de políticas públicas de intervenção.

## **1.1 Saúde pública no Brasil**

No Brasil somente no início do século XIX com a vinda da família real é que terá a instalação do primeiro curso de medicina no país.

Foram criados os dois primeiros cursos de medicina do Brasil, bem como a Junta de Saúde Pública. As primeiras ações de saúde pública dessa época se concentraram na capital, Rio de Janeiro, e se voltaram para o controle das epidemias com medidas de saneamento, inspeção sanitária e inspeção dos portos (MACHADO, 1996, apud MAIA, 2010, p. 20).

Segundo BRENES (1991) o curso de obstetrícia teve início, em 1818, no Estado da Bahia. Porém, foi um curso inicialmente abstrato e especulativo, pois a escola carecia de uma enfermaria ou serviço clínico para as mulheres grávidas e parturientes em que se pudesse fazer o ensino prático da matéria lecionada.

Nessa época, as mulheres não confiavam na medicina e preferiam as parteiras, ou seja, apenas mulheres que não tinham conhecimento de

nenhuma parteira e totalmente sem recursos procuravam as enfermarias da época. “Em 1832 que tem início o ensino oficial de obstetrícia para mulheres, nas duas faculdades médicas, do Rio de Janeiro e Salvador”. (BRENES,1991, p. 139)

De acordo com Maia, (2010) mesmo com a proclamação da República os governos não implementaram políticas de saúde e a população contava com precárias condições de saúde pública no país. A maioria recorria a remédios caseiros e auxílio de algumas pessoas que sabiam manipular remédios da medicina alternativa. Nesse período, os negros e indígenas, por sua herança cultural, lançavam mão desse conhecimento no trato com as ervas, as quais eram usadas para curar as enfermidades. Contudo, “A saúde pública, no Brasil, inaugurou-se no começo do Século XX com Emílio Ribas, em São Paulo, e Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro”. (MERHY & QUEIROZ, 1993, apud MAIA, 2010, p. 21)

Tentando conter as doenças endêmicas e epidêmicas da época, as políticas de saúde caracterizam-se tanto pela tentativa de estendê-las a todo o território nacional, quanto pelo cunho intervencionista e autoritário das ações governamentais. (MACHADO, 1996 *apud* MAIA, 2010). A Revolta da Vacina<sup>8</sup> é um exemplo desse momento histórico do Brasil, em que as pessoas foram obrigadas pelo governo da época a tomar a vacina contra a varíola o que gerou vários protestos inclusive com mortes e ficou conhecido como o movimento antivacina.

Muito tempo depois no início da década de 1980, o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) vinculado ao Ministério do Trabalho e Emprego era o principal vetor de assistência à saúde dos brasileiros, um sistema médico-previdenciário que mostrava sinais de esgotamento, tanto pela inoperância dos serviços prestados, quanto pela crise de financiamento resultante da recessão econômica do período.

A lógica de pagamento por procedimento médico contribuiu para a ocorrência de iatrogenias – alterações patológicas provocadas no paciente por diagnóstico ou tratamento médico de qualquer tipo –, entre elas a prática da cesariana desnecessária, já que o parto cirúrgico foi mais bem contemplado na tabela do que o parto normal. (MAIA, 2010, p. 24).

Com o advento da Constituição de 1988, torna-se então, houvera um novo marco na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde coletiva

---

<sup>8</sup> Levante ocorrido em 1904 na cidade do Rio de Janeiro contra a vacinação obrigatória (FIOCRUZ, 2005)

e determinou ações de melhoria dessa demanda social, definindo o SUS (Sistema Único de Saúde) com o princípio da universalidade, equidade e integralidade do acesso a esse bem público. A seguir trecho do texto constitucional que trata a respeito do tema da saúde:

#### SEÇÃO II DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

Ao separar a saúde da previdência, a nova constituição promoveu uma ruptura com o modelo que prevalecia desde a Era Vargas (1930-1945), sendo um avanço para o Brasil que necessitava de investimento na saúde pública para sua população. Este novo modelo de saúde pública, caracterizado na saúde integral do indivíduo, além de garantir ações do Estado com programas preventivos e atendimento, desde os primários até procedimentos mais complexos, inclui a participação da comunidade, com um sistema único, mas que descentraliza a responsabilidade para municípios, estados e governo federal realizarem de forma hierárquica os investimentos na saúde. É um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que está presente em todos os municípios do Brasil, além de ser o único país com mais de cem milhões de habitantes a garantir assistência integral e completamente gratuita a seus cidadãos.

## **1.2 Políticas públicas e a luta para humanizar o parto e nascimento no Brasil**

A partir do que coloca Souza (2006) ao citar Peters (1986) estes definem política pública como a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Na concepção de Dye

(1984) política pública é a definição de "o que o governo escolhe fazer ou não fazer". Partindo desse pressuposto, a assistência à saúde perpassa pela política de saúde pública, e que no que concerne as peculiaridades das mulheres, determina em especial pós 1988 que a assistência à saúde da mulher em todas as fases e momento de sua vida. Porém, essa conquista social adveio de lutas de importantes movimentos sociais, haja vista que:

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo DINIZ (1997), no contexto internacional desde a década de 1960, o movimento de mulheres luta no campo político com pautas, ligadas a reprodução, a autodeterminação sobre o corpo e a sexualidade. Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com o propósito de contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança, no momento do parir. O programa era focado na "mulher e criança", não se via a mulher como ser particularizado e integral, mas apenas como "parte" na fase de reprodução. Chegava-se a citar a ampliação e melhoramento da qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e à criança menor de cinco anos. Porém, de uma forma bem genérica, porque visava a melhoria da saúde materno-infantil, mas sem dizer como seriam realizadas as modificações e quais esferas hierárquicas ficariam responsáveis pela implantação do programa.

De acordo Carneiro (2011), no Brasil na década de 1980 o movimento feminista discutiu sobre a saúde das mulheres com base na integralidade e na autonomia como condição de cidadania plena, incluindo a discussão quanto à assistência ao parto. Houve destaque também no que tange a violência obstétrica e a aplicação exacerbada de tecnologias como limitadores da autonomia das mulheres. Vale enfatizar ainda que no Brasil não havia nenhuma política ou programa específico para as mulheres. Isso começa a mudar durante esta década quando:

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o PAISM-Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo FIOCRUZ, 2009).

O PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) elaborado em 1983 e publicado em 1984, pelo Ministério da Saúde, visava a atenção integral à saúde da mulher com o caráter do ideário feminista de saúde reprodutiva, o que significou uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido. O programa incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação SUS (FIOCRUZ, 2009).

Além disso esse programa, pela primeira vez, irá afirmar a assistência a saúde para a mulher em todas as fases da vida, desde a clínico-ginecológica a reprodução, incluindo também o planejamento reprodutivo, a gestação, o parto e puerpério, bem a atenção nos casos de doenças crônicas ou agudas. O conceito de assistência e cuidado médico também incluía às práticas educativas, como estratégia para a capacidade crítica e a autonomia das mulheres. Ou seja, as mulheres foram inseridas em um programa de saúde pública específico, o que afirmava a mulher enquanto ser integral. Um importante acontecimento para a consolidação e ampliação as políticas públicas de saúde da mulher no que concerne à gestação e aos partos fora o surgimento da ReHuNa (Rede de Humanização do Nascimento) e dentre as ideias inerentes desta rede o parto humanizado tinha bastante eloquência.

O termo parto humanizado ganha mais importância através da implementação do SUS, muitos movimentos feministas fazem críticas ao sistema médico obstétrico e nesse contexto surge no ano de 1993 a ReHuNa - Rede de humanização do nascimento, por meio da reunião de um grupo de profissionais da saúde insatisfeitos com a prática médica que tinha se tornado hegemônica no contexto do parto no Brasil (CARNEIRO, 2011, p.13).

Com a chegada da ReHuNa há o apoio, a promoção e reivindicação de práticas do atendimento humanizado ao parto/ nascimento em todas as suas etapas, a partir do protagonismo da mulher, da unidade Mãe-Bebê e da medicina baseada em evidências científicas (REHUNA, 2021).

Em 1994, surge no Rio a primeira maternidade pública "autodefinida" como humanizada, que recebeu o nome de Leila Diniz. Desde então, grupos de mulheres, ONG's (Organização Não Governamental) e doulas fazem o trabalho de

empoderamento para que as mulheres munidas de informação não aceitem as violências obstétricas e, se preciso, façam a denúncia aos órgãos competentes.

MAIA (2010) ao citar Ratto (2001) relata que alguns hospitais já apresentavam ações humanizantes para parto e nascimento, como o Sofia Feldman, em Minas Gerais, por exemplo. A Secretaria Municipal do Rio de Janeiro foi pioneira no ano de 1994 em termos de política pública, ao designar a Maternidade Leila Diniz como hospital-laboratório de novas práticas de atenção (DINIZ, 2005, p. 759).

Em 1996, a OMS (Organização Mundial de Saúde) publica duzentas e setenta e cinco recomendações para práticas de assistência ao parto. Essas recomendações, ainda em vigor atualmente, servem para nortear e orientar os profissionais de saúde, visando um parto com mais respeito a mulher e menos intervenções médicas.

RATTNER (2009) destaca também que, no ano de 1998, o Ministério da Saúde aumenta em 160% o valor da remuneração do parto vaginal e institui pagamento de analgesia de parto, com o objetivo de diminuir a taxa de cesarianas no SUS através da Portaria 2816/1998, que estipula crítica para pagamento desse tipo de cirurgia nos hospitais, sendo 40% para o segundo semestre de 1998, com previsão de alcance de 30% no ano de 2000 (RATTNER, 2009, p. 760 apud MAIA, 2010).

Foram evidenciadas organizações como a ANDO (Associação Nacional de Doulas), a Rede Nacional de Parteiras Tradicionais e outras ONG's que atuam em âmbito local. Diante da luta desses sujeitos sociais e da emergência de políticas e programas voltados especificamente à humanização do parto, foi criado o PHPN (Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento), instituído no ano de 2000, pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, com a estratégia de garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, e da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

O PHPN foi o primeiro programa do país com atenção especial ao tema "humanização do parto". Foi criado com o objetivo de melhorar tanto o acesso quanto a cobertura e qualidade no pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

Em 2003, teve início a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, em que a equipe técnica de saúde da mulher pode avaliar os avanços e retrocessos alcançados na gestão anterior. "Em maio de 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, esta construída a partir da proposição do SUS e

respeitando as características da nova política de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A partir do momento em que fora transformada em política, a humanização se responsabiliza por “atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras dos serviços de saúde e, nessa perspectiva, estar comprometida com as dimensões de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, de produzir saúde” (BRASIL, 2004. p.3).

Em 2004 foi realizada a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres e este grande evento, de cunho nacional, reuniu em Brasília mulheres de todo o Brasil para traçar diretrizes das políticas públicas para as mulheres do campo e da cidade. Em 2005, foi lançado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, surgindo em todo o país o crescimento do número de órgãos estaduais e municipais voltados para as mulheres, como coordenadorias, secretarias, assessorias, superintendências e diretorias.

Já no ano de 2005, outra política instituída pelo Ministério da Saúde foi a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, objetivando o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, uma das mais importantes conquistas no direito a saúde da mulher foi a promulgação da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, mais conhecida como lei do acompanhante, esta lei garante às parturientes o direito à presença de acompanhante, sem definição de gênero, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. A lei é uma grande conquista de movimentos sociais, bem como do ReHuNa, pois além da presença do familiar ou acompanhante, a escolha da mulher, ela garante que a parturiente tenha um apoio emocional de uma pessoa de sua confiança, o que auxilia para evolução do trabalho de parto e para evitar que procedimentos desnecessários sejam feitos sem o consentimento da gestante.

Para DUAİLIBE (2019) é necessário destacar a atuação de movimentos sociais como a ReHuNa, que sempre promoveu debates, eventos e publicações, tendo, inclusive, colaborado com a formulação da Lei 11.108/2005 (Lei do Acompanhante), visto que o projeto foi baseado em proposição do movimento. A implantação dessas políticas públicas de saúde e assistência ao parto foram conquistadas após intensas

mobilizações de mulheres, doulas e trabalhadores da área da saúde que, baseadas em evidências científicas, não concordavam com as práticas realizadas no que se refere aos partos no Brasil.

No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece os benefícios e a ausência de riscos associados à introdução do acompanhante, e recomenda que todos os esforços devam ser realizados para garantir que toda parturiente tenha uma pessoa de sua escolha para encorajá-la e dar-lhe conforto durante todo o processo do nascimento (BRASIL,2001).

Storti (2004) destaca que a inserção do acompanhante durante o parto emerge da necessidade de preencher a estranheza e a solidão da parturiente, devido ao contexto de hospitalização. Entretanto, apesar da importância da presença do acompanhante ser reconhecida, a aceitação na rotina hospitalar ainda tem sido alvo de muitas discussões. Muitas maternidades ainda não aceitam o acompanhante, umas das justificativas pauta-se na falta de estrutura, por não possuírem quartos individuais, bem como por não compactuarem com a política de humanização do parto. Muitas maternidades também estabelecem o critério gênero feminino para o acompanhante alegando que a figura masculina pode constranger outra parturiente que se encontra no mesmo quarto de pré-parto.

Em 2011 foi instalado o programa Rede Cegonha que é uma estratégia do Ministério da Saúde para a implementação de uma rede de cuidados às mulheres. Nesse sentido, a rede garante às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à uma atenção humanizada durante a gravidez, ao parto e puerpério. As crianças também são garantidas pelo direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável.

A rede aborda a organização da atenção à saúde materno-infantil, se instaurando gradativamente em todo o país, e se orientando pelo critério epidemiológico (taxa de mortalidade materna e densidade populacional). A Portaria Nº 4.459 de junho de 2011 institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Algumas de suas características são: o respeito à diversidade cultural, étnica e racial, a participação e mobilização social e a promoção da saúde e da equidade. A rede é organizada por quatro componentes:

- I- Pré-natal;
- II- Parto e nascimento;
- III- Puerpério e atenção integral à saúde da criança, e
- IV- Sistema logístico (transporte sanitário e regulação) (BRASIL,2011).

É importante ressaltar que em 2013 é lançado o filme “O renascimento do parto” com o apoio de cientistas especialistas em humanização do parto como Michel Odent

(médico obstetra francês, especialista em parto na água e referência internacional do parto natural), Robbie Davis-Floyd (palestrante, antropóloga cultural, especialista em antropologia da reprodução), Daphne Rattner (médica epidemiologista, com doutorado pela Universidade da Carolina do Norte e docente da Universidade de Brasília, coordenadora executiva da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento).

O documentário é de produção brasileira e aborda, em forma de denúncia, o aumento de cesarianas no Brasil, a violência obstétrica, o número de intervenções desnecessárias na hora do parto e principalmente a perda do protagonismo da mulher na hora de parir. De maneira audiovisual, a obra defende a autonomia da mulher durante o parto, apresentando depoimentos que variam desde experiências pessoais a resultados de pesquisas científicas. Uma forma de chamar a atenção das mulheres brasileiras para a institucionalização do parto, violência obstétrica e protagonismo feminino no parir.

Em maio de 2014, foi protocolado o Projeto de Lei nº 7.633/2014, assinado pelo Deputado Federal Jean Wyllys, com o objetivo de garantir a parturiente o direito ao parto humanizado e que os profissionais que venham a praticar a violência obstétrica possam ser responsabilizados civil e criminalmente. Além disso, há o fomento de ações em prol de como informar as mulheres através de material gráfico nos postos de saúde, garantindo informação, no pré-natal, sobre o que é a violência obstétrica. A organização não governamental Artemis foi quem provocou o deputado para que tal iniciativa pudesse alcançar este nível de legitimidade (ARTEMIS, 2014).

Apesar da implantação de políticas e de programas que visem melhorar a assistência e atendimento a mulher na saúde pública ainda temos um longo caminho a percorrer, pois mesmo com publicações de cartilhas relativas ao tema do parto e nascimento, lei de garantia ao acompanhante e o aumento de discussões e informação sobre a temática, a situação ainda é complexa, especialmente pela quantidade de cesarianas eletivas que ainda ocorre no país, por algumas maternidades não aceitarem o acompanhante ou estabelecerem gênero para o mesmo, além dos altos índices de violência obstétrica registradas em todo o país. Por isso, é preciso cobrar do poder público para que mudanças e transformações no âmbito da qualidade a assistência prestada no SUS possa sofrer mudanças que garantam a mulher brasileira sua dignidade respeitada na hora do parto.

### 1.2.1 A Rede Cegonha e a Materialização das políticas Públicas do Parto e Nascimento no HMI

O Programa Rede Cegonha foi lançado em março de 2011, pela então Presidenta Dilma Rousseff (PT), surgindo para substituir PAISM. Esse programa propõe uma nova forma de assistência à gestação, parto e maternidade no Brasil.

Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

São sete (7) os componentes financiados pelo MS:

- Ambiência;
- Banco de Leite Humano;
- Casa de Gestante Bebê e Puérpera;
- Centro de Parto Normal;
- Unidade Neonatal - UCINca;
- Unidade Neonatal - UCINco;
- Unidade Neonatal - UTIN. (BRASIL, 2021)

O programa nasceu com a proposta de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no Brasil. Visando melhorar o acesso e a qualidade do atendimento ao nascimento na rede pública de saúde, tendo sobretudo algumas diretrizes norteadoras como: o teste rápido de gravidez nos postos de saúde; garantir o mínimo de seis consultas de pré-natal durante a gestação, além de uma série de exames clínicos e laboratoriais para a gestante, garantir teste de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e sífilis; qualificação dos profissionais de saúde para uma atenção segura e humanizada.

Em 2013, foi lançado o 4º (quarto) caderno da rede humaniza SUS com orientações e diretrizes especificamente em relação à qualificação das maternidades no contexto da rede materna e infantil entre elas:

1. Garantir “vaga sempre” às mulheres gestantes, com acolhimento respeitoso e classificação do risco e vulnerabilidade.
2. Garantir o direito a acompanhante de livre escolha a todas as mulheres, durante o trabalho de parto, do parto, do aborto e do puerpério.
3. Adotar as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Cadernos HumanizaSUS 106
4. Garantir privacidade da mulher no trabalho de parto e no parto.
5. Reduzir os índices de cesariana, de episiotomia e uso de ocitocina.
6. Promover o parto e o nascimento humanizados, ofertando métodos de alívio da dor e possibilidade de partos na posição vertical.
7. Promover a participação do pai no momento do nascimento.
8. Promover o contato pele a pele entre mãe e bebê imediatamente após o nascimento (BRASIL, 2013).

9. Garantir livre permanência da mãe e do pai juntos ao seu recém-nascido durante todo o tempo de internação na UTI ou UCI.
10. Estimular a amamentação na primeira hora de vida e cumprir os dez passos para a proteção, a promoção e o apoio ao aleitamento materno.
11. Manter atuante comissão de investigação do óbito materno, fetal e infantil.
12. Manter ativos mecanismos de participação dos usuários, como ouvidoria, conselho local de saúde, pesquisas de satisfação, caixas de sugestão, publicização dos indicadores.
13. Garantir gestão participativa e democrática, valorizando o trabalho e o trabalhador da saúde (FIGUEREDO; LANSKY, 2014, p. 106.)

Outra diretriz é a criação de centros de gestante e do bebê para a assistência à gravidez de alto risco e de casas de parto normal para implementar as demandas do parto humanizado para os casos de baixo risco. Cada estado brasileiro recebeu uma casa de parto normal como piloto para desenvolver a política pública, no Estado do Pará a casa de parto foi implantada na cidade de Castanhal.

O objetivo geral do programa era erradicar os altos índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil, sobretudo no norte e nordeste, bem como, diminuir a realização de cesarianas, principalmente as cesáreas eletivas, da qual o país é campeão na realização, dos quais 55% (cinquenta e cinco por cento) dos partos são por via da cirurgia, ultrapassando a recomendação da OMS que é de 15% (quinze por cento) dos partos realizados serem por via de cesáreas.

Em fevereiro de 2014, o município de Marabá, município de origem da autora e foco de estudo deste trabalho, ainda não tinha instalado o programa Rede Cegonha. O que fez com que a promotora de Justiça de Marabá, Mayanna Silva Queiroz, do Ministério Público do Estado se reunisse com membros da Secretaria Municipal de Saúde de Marabá, diretor e membros do Hospital Regional do Sudeste do Pará e o Hospital Materno Infantil (HMI) para tratar da implantação imediata do programa Rede Cegonha e o atendimento de obstetrícia de média e alta complexidade no município. Ficou acordado que até o final do mês de fevereiro do corrente ano a Secretaria de saúde apresentaria o plano de implantação (PALHETA, 2014).

Também temos a Lei do acompanhante 11.108/2005 como diretriz da Rede Cegonha, que determina que os serviços de saúde do SUS, da rede privada ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, a escolha da mulher. Dentre as mulheres participantes desta pesquisa nenhuma teve esse direito garantido na hora do parto. O acompanhante só pode entrar na maternidade quando a mulher foi transferida para o quarto, ou seja, no pós-parto.

Outro dado importante que evidencia está negação de garantia do direito ao acompanhante as parturientes na maternidade-HMI é o número de 18 (dezoito) denúncias encontradas no site do MP-PA (Ministério Público Estadual) na promotoria de Marabá, solicitando intervenção do MP-PA para garantir o acompanhamento a mulher gestante que teve esse direito negado ao chegar no Hospital Materno Infantil para parir. A lei é de 2005 e, em 2021, a maternidade do HMI ainda não conseguia cumprir a lei, alegando que falta estrutura física, porém, em dezesseis anos, o executivo não conseguiu adaptar a maternidade para que possa receber os acompanhantes das parturientes. Para DINIZ (2006), as instituições de saúde, frequentemente, adotam várias formas de opressão de maneira sinérgica, reproduzindo comportamentos e rotinas discriminatórias sem que consigam reconhecer, nessas rotinas, seu conteúdo opressor.

### **1.3 Institucionalização do parto: de casa para maternidade, de sujeito a coisa**

Para Vendruscolo (2015) O parto e a assistência ao parto passaram da residência ao hospital, de um evento que envolvia parteiras a um evento médico. Da não-medicalização a medicalização, do natural a um evento regrado. Com tantas transformações desenvolvidas para melhor atender a equipe de saúde e a gestante, a parturiente passou de sujeito a objeto, ou seja, uma pessoa que pouco ou nada decide a respeito de como o parto será conduzido. Os procedimentos são decididos pelo médico (a), por isso, há uma mobilização no que tange o processo de humanização do parto, preconizado pelo Ministério da Saúde, solicitando assistência integral e humanizada à mulher, como uma tentativa de empoderamento dela, neste momento.

Maia (2010) relata que no fim do século XIX, os obstetras passaram a empreender campanhas para transformar o parto em um evento controlado por eles e circunscrito às maternidades, o que se efetivou na metade do século XX. Observa-se que antes do advento da obstetrícia foi possível manter uma divisão do trabalho entre médicos e parteiras, na qual partos “naturais” eram objeto da atenção da parteira enquanto o médico era chamado a agir somente em casos de complicações.

A consolidação da presença do médico na cena do parto está associada à criação de um instrumental próprio (fórceps, pelvímeter, sondas, agulhas, tesouras, ganchos e cefalotribos) e a práticas cada vez mais intervencionistas, associação esta usada para construir uma imagem de

conhecimento científico, competência e superioridade dos médicos em relação às parteiras, que usavam apenas as mãos nas suas manobras e diagnósticos (ROHDEN, 2001; MARTINS, 2004; MARTIN, 2006, apud MAIA, 2010 p. 31).

É necessário enfatizar que os profissionais da saúde, em sua maioria médicos, fizeram um movimento para que o controle do parto fosse retirado da mulher e das parteiras passando para a área de obstetrícia. Essa transferência ocasionou a perda de protagonismo da mulher na hora do parto, visto que na hora do parto se o médico achar necessário fazer interferências ele realiza-as, na maioria das vezes, segundo os relatos colhidos em pesquisa, sem consultar a parturiente ou acompanhante.

Registra-se que, no século XVII, os médicos passaram a controlar as parteiras, produzindo manuais para sua capacitação. No século XVIII, as parteiras frequentavam escolas comandadas por médicos e disseminadas pela Europa (MARTINS, 2004).” Por outro lado, a perseguição às parteiras, sua desqualificação e seu banimento também fizeram desaparecer um conjunto significativo de conhecimentos das próprias mulheres sobre seus corpos, suas dinâmicas e seus produtos”. (TORNQUIST, 2004; AIRES, 2006, apud MAIA, 2010, p.31).

Mas, adentrando em um campo ocupado por mulheres e investindo em corpos femininos, de cujas dinâmicas tinha pouco conhecimento, a medicina incorreu em inúmeros equívocos, em muitos casos contribuindo para a elevação das taxas de mortalidade de mulheres e bebê. (TORNQUIST, 2004, p. 80).

Além disso, de acordo com MAIA (2010) os primeiros partos hospitalares eram realizados nas enfermarias de mulheres dos hospitais gerais. A criação de hospitais específicos para a realização dos partos – as maternidades – foi um evento do fim do século XIX. O que acarretou altas taxas de mortalidade materna relacionadas a partos hospitalares, na década de 1870, em função da infecção puerperal. Por isso, as primeiras mulheres a recorrerem às maternidades eram pobres e/ou solteiras, que o faziam como último recurso.

A construção de maternidades objetivava criar tanto um espaço de ensino e prática da medicina da mulher como um lugar onde as mulheres sentissem segurança para parir. Entretanto, somente após a Segunda Guerra Mundial houve queda significativa na mortalidade materna e infantil, mudança menos ligada à obstetrícia do que à medicina como um todo (TORNQUIST, 2004, p. 81).

Em suma, o evento complexo do parto e nascimento se tornou, ao longo dos últimos séculos, um assunto médico e hospitalar, separado da vida familiar e comunitária. É importante salientar que o parto hospitalar serviu à obstetrícia de três maneiras: “restringindo a competição com as parteiras, estabelecendo o princípio do controle médico sobre as pacientes e permitindo o treinamento de novos médicos” (DOMINGUES, 2002, p. 35 apud MAIA, 2010, p. 33). O parto medicalizado e hospitalar tornou-se sinônimo de modernidade, de segurança e de ausência de dor. E, mais contemporaneamente, de espetáculo.

Maia (2010) se refere a participação constante de profissionais fotógrafos na sala de parto para registrar o momento do nascimento como se esse profissional fizesse parte da equipe de saúde, esses partos acontece em sua grande maioria pela cesariana eletiva.

Ou seja, a assistência médico-hospitalar ao parto e nascimento lhe confere novos significados. De evento fisiológico, familiar e social, o parto e nascimento transforma-se em ato médico, no qual o risco de patologias e complicações se torna a regra, e não a exceção. Inaugura-se o modelo tecnocrático de assistência ao parto (MAIA, 2010, p. 34).

Nesse momento da história humana, já temos a presença de médicos realizando os partos, de uma forma obrigatória e impositiva. Os riscos hospitalares ampliaram as possibilidades de intervenção, resultando no aumento progressivo das cesarianas (ALMEIDA; TANAKA, 2009). Ou seja, o parto que antes era de um ambiente privado perde espaço para uma esfera pública, institucionalizada com uma figura masculina no processo e participação do Estado através das políticas públicas de saúde.

Visando uma maior praticidade, ao contrário do que se poderia analisar de forma mais óbvia, algumas intervenções desnecessárias como a ocitocina<sup>10</sup> sintética usada para acelerar o trabalho de parto e a episiotomia<sup>11</sup> que são usadas como protocolo dos hospitais e maternidades, causam traumas irreparáveis para as mulheres, pois são procedimentos realizados na maioria das vezes sem consultar a parturiente e esses procedimentos são denominados como: violência obstétrica. Esse

---

<sup>10</sup> A ocitocina sintética foi desenvolvida nos Estados Unidos, na década de 1950, e é usada até hoje para induzir partos. Ela é aplicada na veia, com soro, para estimular as contrações uterinas, em casos específicos. A principal diferença entre a natural e a sintética é que a última não atua no cérebro da mulher.

<sup>11</sup> Episiotomia é uma incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto.

tipo específico de violência contra a mulher é denunciado por movimentos sociais por todo Brasil e por algumas médicas como Melania Amorim<sup>14</sup>, uma das referências no Brasil sobre parto humanizado.

Em relação às intervenções realizadas durante o trabalho de parto, a pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz de 2011 a 2012<sup>15</sup>, revelou que em mais de 70% (setenta por cento) das mulheres foi realizada punção venosa, cerca de 40% (quarenta por cento) receberam ocitocina e realizaram amniotomia (ruptura da membrana que envolve o feto) para aceleração do parto e 30% (trinta por cento) receberam analgesia raqui/peridural. Já em relação às intervenções realizadas durante o parto, a posição de litotomia (deitada com a face para cima e joelhos flexionados) foi utilizada em 92% (noventa e dois por cento) dos casos, a manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero empurrando a barriga da parturiente) teve uma ocorrência de 37% (trinta e sete por cento) e a episiotomia (corte na região do períneo) ocorreu em 56% (cinquenta e seis por cento) dos partos. Esse número de intervenções foi considerado excessivo e não encontra respaldo científico em estudos internacionais (LEAL *et al.*, 2014, p. 20 *apud* MAIA, 2010, p. 36).

Os resultados da pesquisa demonstram o excesso de procedimentos adotados pelos profissionais da saúde como protocolo em hospitais e maternidade na maioria das vezes desnecessário, porém usado para acelerar o trabalho de parto ou para encerrar alguns partos que se tornam mais demorados. Em 2020 foi aprovada a segunda pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, que coletou dados de maternidade acima de quinhentos partos anuais, porém ainda não foi publicada.

A violência obstétrica implica em atos categorizados como fisicamente ou psicologicamente violentos no contexto do trabalho de parto e nascimento<sup>16</sup>. São procedimentos realizados no corpo da mulher sem sua permissão, tendo em vista que muitas vezes a equipe médica realiza os procedimentos e a mulher só perceber após o parto. Muitos desses procedimentos foram naturalizados pelos hospitais como necessários, porém, sua maioria não possui evidência médica.

---

<sup>14</sup> Acesso em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/entrevista/o-nome-e-violencia-obstetrica>.

<sup>15</sup> Acesso em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>.

<sup>16</sup> Ver: As faces da Violência Obstétrica, ver em: <https://www.ufrgs.br/jordi/172-violenciaobstetrica/violencia-obstetrica/>

A episiotomia de rotina era anteriormente considerada pelos obstetras uma estratégia para proteger o períneo, o assoalho pélvico e o feto das lesões do parto, porém gradualmente tem se demonstrado tratar-se de procedimento desnecessário e prejudicial. Com o advento da Medicina Baseada em Evidências, os obstetras precisam considerar que os riscos de lesão materna superam os possíveis benefícios (AMORIM, 2008, p. 47).

Pesquisas atuais, baseadas em evidências, comprovaram que a episiotomia além de não proteger o assoalho pélvico<sup>17</sup> aumenta a frequência de dor perineal, dispareunia<sup>18</sup>, perda sanguínea, laceração do esfíncter anal<sup>19</sup>, lesão retal e incontinência anal, sem reduzir as taxas de incontinência urinária ou melhorar os resultados neonatais. Ainda que realizada rotineiramente sem indicação precisa, a episiotomia foi descrita por Marsden Wagner como mutilação genital feminina, devendo, portanto, ser evitada (AMORIM, 2008).

Em contrapartida a essas práticas violentas, na hora do parto e do nascimento surgem, a partir de 1950, em vários países, movimentos de mulheres organizados buscando discutir novas formas de partear e tentando resgatar seu protagonismo feminino. No Brasil, ele acontecerá em vários Estados de diferentes formas. Na década de 1970, surgem profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e de nascimentos em sociedades indígenas, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X, em Goiás (DINIZ, 2009).

Percebe-se que apesar de grande esforço da área da obstetrícia em retirar o parto do protagonismo da mulher e da esfera privada as mulheres sempre realizaram resistência. Na atualidade muitos profissionais da saúde baseando-se em evidências defendem o parto normal humanizado, por ser o melhor para mulher e bebê. Esse movimento de tentar empoderar as mulheres na hora do parto e nascimento é justamente uma retomada do papel de sujeito inerente às mulheres, na hora do parto.

#### **1.4 Modelos de Assistência ao parto**

---

<sup>17</sup> É um grupo de músculos voluntários e involuntários e ligamentos conectados a estruturas ósseas que se fundem e sustentam os órgãos abdominais e pélvicos.

<sup>18</sup> Dor genital associada à relação sexual

<sup>19</sup> Rompimento não intencional da pele e outras estruturas dos tecidos moles que, nas mulheres, separam a vagina do ânus. As lacerações perineais ocorrem principalmente em mulheres como resultado do parto vaginal, que estica o períneo, causando fissuras.

Nesta seção se detalha sobre alguns modelos de assistência ao parto e neste sentido são detalhados alguns elementos técnicos e conceituais destes como o modelo tecnocrático a cesariana, etc.

Um desses modelos é o tecnocrático que segundo Maia (2010) no Brasil realiza uma dualidade entre as esferas pública e privada, a plenitude de suas duas possibilidades legítimas: um parto “normal” intervencionista e traumático e o excesso de cesarianas, respectivamente. Enquanto os serviços públicos, aos quais tem acesso a população de menor poder aquisitivo, oferecem às mulheres o parto normal traumático, os serviços privados, com os quais as usuárias estabelecem uma relação de consumo, oferecem a cesariana como marca de diferenciação e de “modernidade”. Para ela não seria possível questionar o modelo de assistência ao parto sem questionar toda a lógica de assistência à saúde no Brasil.

A compreensão das origens do modelo médico de assistência ao parto construído na modernidade deve contemplar dois aspectos: o fato de que a medicina ocidental iluminista passa a ver o corpo como máquina e o médico como o mecânico, aquele que a conserta; e o reconhecimento de que o modelo de produção fabril passou a ser aplicado na assistência à gestante, em que metáforas de tempo e movimento são usadas tanto para descrever o “trabalho” de parto (DAVIS-FLOYD, 2001; MARTIN, 2006, *apud* MAIA, 2010, p.34).

O modelo tecnocrático estabeleceu um processo mecânico para a realização do trabalho de parto em forma de protocolo e muitas mulheres não questionam porque são realizadas tantas intervenções no momento da cirurgia. No modelo tecnocrático o médico ocupa o lugar de protagonista do parto realizando uma cirurgia na qual só ele tem controle e a mulher passa a ter um papel passivo, anestesiada em um centro cirúrgico.

Em um ambiente hospitalar, tais práticas e rotinas tornam se padronizadas. Assim, a imagem fragmentada do corpo máquina e da mulher útero, associada com a ideia do hospital como uma linha de produção, permitiu que se instituisse uma assistência padronizada que inclui a prática de deslocar a mulher durante o trabalho de parto (DAVIS-FLOYD, 2001, *apud* MAIA, 2010, p. 35).

Nesse sentido de transformar o parto em linha de produção taylorista, podemos verificar, nas maternidades e hospitais, que a estrutura do local é fragmenta como se estivesse em uma fábrica, pré-parto, sala de parto, pós-parto, muitas vezes uma por andar, justamente para que o processo mecânico seja realizado com mais rapidez e

precisão. Esse modelo de parto tem sido denominado de modelo tecnocrático e tem se tornado o modelo predominante no Brasil.

Uma das mudanças mais emblemáticas na cena do parto, provocadas pelo modelo tecnocrático, diz respeito à posição da mulher no trabalho de parto e no parto: a medicalização do parto obrigou a mulher a se imobilizar e a se deitar. Com a mulher deitada na cama, de pernas para cima e abertas, fica claro que o sujeito do parto é o médico, e não a mulher. Além disso, a litotomia dificulta o trabalho de parto, o que acaba por justificar o uso indiscriminado de ocitocina (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 36).

O fato de impedir que a parturiente faça movimentos livremente aumenta as dores. A posição deitada também impede que a mulher participe ativamente do parto, muitas vezes fazendo com que seja realizada a manobra de Kristeller, que empurra a barriga da gestante na hora do parto ( essa prática é proibida e já foi retirada dos livros de obstetrícia) , “contudo, a posição deitada não facilita o relaxamento do músculo do períneo, obrigando o médico a realizar a episiotomia em todos os partos vaginais” (DINIZ; DUARTE, 2004, p.37).

Através dessa descrição de como acontece as intervenções no modelo tecnocrático entendemos que se torna um efeito cascata as intervenções e procedimentos que poderiam ser evitados se o individualismo da mulher fosse respeitado no momento do parto. Não se pretende defender que não se faça necessário realizar intervenções no parto, mas que fazer essas intervenções como rotina e protocolo hospitalar, como descreve e prescreve o modelo tecnocrático, suscita análises, pois padroniza para todas as mulheres uma forma de parir e não dá opções para a mulher poder optar pelo que realmente deseja na hora do parto. Esses processos retiram das mulheres o seu protagonismo, elas deixam de ser sujeito de um momento único, o qual pertence a parturiente e não a equipe médica.

#### **1.4.1 Cesárea: O modelo perfeito da assistência tecnocrática**

Apesar de os índices de cesárea apresentarem crescimento em vários países do mundo, inclusive Estados Unidos e Inglaterra, o Brasil tem sido considerado um dos campeões mundiais desse tipo de parto, ocupando o segundo lugar no mundo com 55% (cinquenta e cinco por cento) dos partos cesáreos. Dos partos realizados na rede pública de saúde 40% (quarenta por cento) ocorrem por meio de cesarianas. Quando analisados na rede particular esse índice sobe para 84% (oitenta e quatro por cento) variando de acordo a região do Brasil (GUEDES, 2018).

Há algumas décadas, o número excessivo de cesarianas no Brasil é causa de preocupação. A tendência ao crescimento das taxas de cesáreas começou nos anos 1970. “Segundo dados do Inamps, a proporção de cesáreas no total de partos feitos no sistema público de saúde passou de 15% em 1970 para 31% em 1980”. (PERPÉTUO, BESSA & FONSECA, 1998, *apud* MAIA, 2010, p. 37), e não parou mais de crescer. O Brasil apresenta dificuldade de implementar as políticas de humanização do parto, por múltiplos fatores.

Segundo Maia (2010) muitas foram as causas para que a cesariana fosse sendo incorporada como melhor modelo de parto, entre elas está o fato de o INPS da época pagar um valor maior para a cesárea; medo por parte das mulheres sobre a dor do parto; crença que o parto vaginal afrouxa os músculos da vagina e causa interferência na satisfação sexual; a conveniência da hora marcada; possibilidade do médico em conciliar sua agenda entre dias de consultório e dias de cirurgias eletivas. Além disso, há ainda um pré-natal incapaz de preparar a mulher para o parto; o não pagamento de analgesia caso seja necessário; uso da cesárea para efetuar laqueadura tubária e a associação entre parto vaginal e imprevisibilidade, esta vista como algo negativo, e entre parto cesáreo e segurança.

Em artigo de 2006 citado por Maia (2010), Villar e colaboradores construíram uma amostra estratificada em múltiplos estágios para vinte e quatro regiões geográficas de oito países de América Latina: Argentina, Brasil, Cuba, Equador, México, Nicarágua, Paraguai e Peru. Foram utilizados os dados de 97.095 (noventa e sete mil e noventa e cinco) nascimentos de 120 (cento e vinte) instituições de saúde selecionadas aleatoriamente de um universo de 410 (quatrocentas e dez) organizações. A taxa média de cesariana do estudo foi de 33% (trinta e três por cento), contra um índice maior em hospitais privados: 51% (cinquenta e um por cento). E os resultados mostraram que há um aumento linear do uso de antibióticos pós-parto e de morbidade materna severa com o aumento das taxas de cesariana, bem como aumento do risco de morte fetal e do número de crianças que requereram internação na UTI por sete dias ou mais.

A OMS recomenda que as taxas de cesariana não ultrapassem 15% do total de partos. Porém, as taxas globais de cesariana estão muito além, no Brasil, estão em torno de 40% de todos os partos, e são extremamente desiguais quando se considera o *status* socioeconômico das mulheres.

Em um estudo de 2007, financiado pela ANS (Agência Nacional de Saúde), Leal e colaboradores apud MAIA (2010) procuraram identificar os fatores relacionados com a escolha da via de parto pela mulher, nos serviços privados de saúde, considerando três momentos diferentes da gestação: início da gravidez, fim da gravidez e hora do parto. No início da gravidez, apenas 30% das mulheres afirmaram preferir uma cesárea, já no fim da gravidez, a proporção se inverteu e 70% das mulheres já referiam ter decidido pela cesárea. Na hora do parto, 88% das mulheres foram submetidas a uma cesariana, sendo que 92% delas foram realizadas antes de a mulher entrar em trabalho de parto. Dessa forma, é notório que existe algo no pré-natal que faz com que as mulheres mudem de opinião para decidir sobre qual a melhor via de parto, e a grande maioria acaba optando pela cesariana eletiva.

Mesmo com a orientação da OMS, o Brasil continua realizando as cesáreas eletivas e isso se atribui, preponderantemente, a natureza do parto humanizado não ser conciliável com as rotinas extenuantes de trabalho dos médicos, muitas vezes com partos normais que se demoram por um grande período do dia, não possibilitando a realização de consultas em outro período do dia, visto que um parto normal demanda mais tempo e atenção da equipe médica.

Estudos sugerem que quando a mulher solicita uma cesárea, tal fato está intimamente relacionado com o modelo da assistência prestada: a demanda pela cesárea, no Brasil, seria uma demanda por dignidade, já que o modelo de parto “normal” praticado no país é profundamente medicalizado, intervencionista e traumático (BARBOSA *et al.*, 2003, apud MAIA, 2010, p. 40).

Assim, a mulher opta pela cesárea por achar que é um processo menos doloroso e solitário, que irá sofrer menos violências obstétricas e que terá um suporte melhor da equipe médica em um centro cirúrgico. Soma-se a isso Maia (2010) nos esclarece que a liberdade de escolha acerca do tipo de parto é limitada pela falta de informação das mulheres sobre riscos e benefícios dos procedimentos médicos, bem como pela ausência de uma referência diferente de parto que não as duas do modelo tecnocrático: um parto normal traumático, pelo excesso de intervenções desnecessárias e violência obstétrica, ou uma cesárea agendada, rápida e aparentemente sem dor.

### **1.5 Afinal o que é humanizar partos e nascimentos?**

Humanizar o parto e o nascimento é um movimento de contracultura que busca resgatar a humanidade e a individualidade da mulher que pare, em oposição ao ideário do corpo máquina, da mulher como fábrica de bebês e da maternidade como linha de montagem (WAGNER, 2001 *apud* MAIA,2010).

O conceito de humanização é amplo e polissêmico, autores como, Tornquist (2003); Diniz (2005) descrevem que as práticas e as atitudes que objetivam promover partos e nascimentos saudáveis, precisam garantir a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher, oferecendo procedimentos comprovadamente benéficos, evitando intervenções desnecessárias e que sejam capazes de prevenir a morbimortalidade materna e fetal.

Para Davis-floyd, *apud* Maia (2010, p.43), é possível identificar três modelos de assistência à saúde, e cada modelo compreendem doze aspectos, que descreveremos abaixo:

- 1) No Modelo tecnocrático a autora descreve a separação do corpo e mente; a ideia do corpo como máquina; do paciente como objeto; da alienação do paciente pelo profissional, diagnóstico e tratamento de fora para dentro; organização hierárquica; padronização da assistência; autoridade e responsabilidade apenas do profissional, e não do paciente; supervalorização da tecnologia (alta tecnologia/baixo contato); intervenções agressivas com ênfase em resultados de curto prazo e a morte percebida como fracasso; sistema dirigido para o lucro; intolerância com outras modalidades de assistência.
- 2) No Modelo humanístico existe uma conexão entre corpo e mente; o corpo como um organismo; o paciente como um sujeito relacional; conexão e cuidado entre profissional e paciente; diagnóstico e tratamento de dentro para fora e de fora para dentro; equilíbrio entre as necessidades da instituição e as do indivíduo; informação, decisão e responsabilidade divididos entre profissionais e pacientes; tecnologia contrabalanceada com humanismo (alta tecnologia/alto contato); foco na prevenção; a morte percebida como um resultado possível; assistência motivada pela compaixão; abertura a outras modalidades de assistência.
- 3) No Modelo holístico há a unidade corpo-mente-espírito; o corpo como um sistema energético ligado a outros sistemas energéticos; assistência à pessoa

completa em todo o seu contexto de vida; a unidade essencial entre profissional e “cliente” (e não mais paciente); diagnóstico e tratamento de dentro para fora; assistência individualizada; autoridade e responsabilidade inerentes ao indivíduo; tecnologia a serviço do indivíduo (baixa tecnologia/alto contato); criação de condições de saúde e bem-estar a longo prazo; a morte como uma etapa do processo; assistência motivada pela cura; prática de diversas modalidades de assistência.

Pela classificação da autora o Modelo humanístico não rompe completamente com a lógica do Modelo tecnocrático. Apesar de seus avanços em relação ao modelo tecnocrático, a ruptura real e efetivamente inovadora seria alcançada através do modelo holístico que em termos da assistência, propõe devolver ao parto seu lugar como um evento fisiológico e afetivo, assim como trazer a mulher de volta ao seu protagonismo. Portanto, enfatiza que a mulher, caso queira, tenha um acompanhante ao seu lado, liberdade de movimentação, utilização de métodos não farmacológicos para amenizar a dor, presença constante de um profissional capacitado para acompanhar o parto, escolha da melhor posição para parir, seja a primeira a ver seu bebê e pegá-lo, tenha sua dor e seu medo respeitados como integrantes do processo.

A partir dos meados da década passada, começou a se distribuir pelo Brasil um modelo de assistência obstétrica recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que modifica o olhar do profissional de saúde sobre a parturiente e sua família, trata-se dos Centros de Parto Normal (MACHADO; PRACA, 2006, apud MAIA, 2010, p. 275).

Esses centros atendem normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, conforme Portaria no 985/99 GM/MS (BRASIL, 1999). São unidades de acolhimento ao parto normal, fixadas fora do centro cirúrgico obstétrico, que aplicam práticas recomendadas, mas que se diferenciam dos serviços tradicionais de obstetrícia. Esses espaços têm como objetivo resgatar o direito à privacidade e à dignidade da mulher para dar à luz num local semelhante ao seu ambiente familiar, permitindo um trabalho de parto ativo e participativo e, ao mesmo tempo, garantindo e oferecendo recursos tecnológicos apropriados. Esses locais ainda permitem a parturiente receber seus acompanhantes (OMS, 1996). É importante enfatizar que os centros de parto são para efetuar partos de gestantes de baixo risco e que todos os centros de partos têm um hospital ou maternidade próximo para receber essa parturiente caso aconteça alguma intercorrência no trabalho de parto.

No estado do Pará, estado de origem da autora, temos apenas uma Casa de parto que fica na cidade de Castanhal distante a oitenta e um quilômetros da capital Belém. O CPN (Centro de Parto Normal “Haydee Pereira de Sena”), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Castanhal, foi inaugurado em 07 de janeiro de 2015 pela Portaria nº 11/GM/MS, que estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal no âmbito do SUS.

Ficando habilitado através do programa da Rede Cegonha<sup>20</sup>, instituído em 2011 pela presidenta Dilma Rousseff. O centro possui funcionamento vinte e quatro horas, assistência humanizada à gestante e ao recém-nascido durante o pré-parto, parto e pós-parto. São cinco quartos/leitos – todos com suíte preparados para partos normais, sendo que em um deles há banheira para as mães que optarem pelo parto na água. O objetivo é incentivar o parto normal às gestantes de baixo risco.

Os procedimentos são feitos por enfermeiros obstetras, capacitados e atualizados pelo programa da Rede Cegonha e dão total assistência para a mãe e o bebê, antes e após o nascimento. O Centro estimula a presença do acompanhante em todos os momentos: no acolhimento, que é o primeiro contato com o estabelecimento, nas consultas e participação das rodas de conversa até o pós-parto. Para que parturientes tenham seus bebês no Centro é preciso que a gestante tenha feito pré-natal em qualquer unidade de saúde e não apresente doenças como diabetes ou pressão alta. O internamento acontece quando a mulher está em trabalho de parto, pois não é feito nenhum tipo de indução. O Hospital Municipal de Castanhal fica ao lado do Centro e serve como apoio caso aconteça alguma intercorrência no trabalho de parto (CASTANHAL, 2019).

Para Bezerra e Cardoso, (2006) *apud* Maia (2010), além de modificar a assistência ao parto é necessária uma reestruturação nas maternidades e hospitais, pois, o atendimento ao parto ainda é centrado no biológico, no modelo biomédico de saúde/doença. Assim como, qualificar a equipe médica com cursos de humanização do parto para que os profissionais tenham outra postura sobre a parturiente, importante também inserir nos cursos ligados a saúde uma disciplina sobre a humanização da assistência ao parto, principalmente nos cursos de obstetrícia. Ou

---

<sup>20</sup> Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0922\\_29\\_05\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0922_29_05_2017.html)

seja, é uma junção de modificações que perpassam pela cultura e informação de um país, além do enfrentamento ao sistema cesarista brasileiro.

Wagner (2001) *apud* Maia (2010) identifica pelo menos três modelos de assistência ao parto: um modelo altamente medicalizado, com uso de alta tecnologia, centrado no médico e que marginaliza as obstetrias (EUA, Irlanda, Rússia, República Tcheca, França, Bélgica, Brasil urbano), o modelo humanizado, com obstetrias autônomas e empoderadas e baixas taxas de intervenção (Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos); um modelo misto (Inglaterra, Canadá, Alemanha, Japão e Austrália).

No Brasil, o processo de institucionalização do parto foi bem sucedido e, atualmente, o atendimento à parturiente e ao bebê é predominantemente medicalizado e hospitalar. Segundo os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), apenas 3,2% dos nascimentos no país ocorreram fora do ambiente hospitalar, em 1999 e, se consideradas as outras instituições de saúde, essa proporção cai para 1,3% (LEAL & VIACAVA, 2002 *apud* MAIA, 2010, p. 48).

No entanto, a institucionalização do parto não foi capaz de garantir a saúde materna. A manutenção dos altos índices de morbidade e mortalidade materna em ambientes hospitalares tem sido relacionada com um modelo de assistência ao parto que pratica intervenções excessivas e padronizadas, muitas delas sem comprovação de benefícios e outras comprovadamente danosas ou ineficazes.

Entre as intervenções realizadas desnecessariamente ou sem indicação precisa, estão: raspagem dos pelos pubianos (tricotomia); aplicação de enema; indução e/ou aceleração do parto com ocitocina; realização de episiotomia (corte no períneo pelo médico) em todos os partos vaginais; realização do parto com a mulher em posição horizontal; restrição de líquidos, de alimentos e da movimentação durante o trabalho de parto; rotura de membrana; aplicação da manobra de Kristeller e proibição de acompanhante durante o trabalho de parto e parto (MAIA, 2010, p.46).

É preciso dizer que existe uma dicotomia com relação à assistência hospitalar ao parto no Brasil: enquanto as gestantes de baixo risco são submetidas a intervenções desnecessárias, as de alto risco não recebem o cuidado adequado (OLIVEIRA, 2008, p.895).

A discussão sobre humanização do parto também está na interface da luta pela garantia dos direitos reprodutivos das mulheres. O conceito de direitos reprodutivos nasceu no início da década de 1980 como estratégia discursiva das feministas na prática política para reivindicar garantias de igualdade, liberdade, justiça social e dignidade no exercício da sexualidade e da função reprodutiva. (MAIA, 2010, P.46)

O Ciclo de Conferências da ONU (Organização das Nações Unidas), em 1990, foi fundamental para a consolidação do conceito de direitos reprodutivos. Incorporou-se, no seu documento final, a seguinte definição para direitos reprodutivos: Os direitos reprodutivos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (ALVES, 2004 *apud* MAIA, 2010).

Portanto, para uma “assistência qualificada e humanizada” segundo Maia (2010), a mulher no pré-parto e parto deve utilizar o partograma (representação gráfica da evolução do trabalho de parto) o qual institui que se deve oferecer, à parturiente, líquido por via oral durante o trabalho de parto; respeitar a escolha da mulher sobre o local e a posição do parto; respeitar o direito da mulher à privacidade no local do parto; fornece às mulheres todas as informações e explicações que desejarem; permitir liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; estimular posições não supinas (não deitadas) durante o trabalho de parto; oferecer métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagens, banhos e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto; executar procedimentos pré-anestésicos e anestésicos, quando pertinente, e restringir o recurso à episiotomia.

Em termos de acesso Maia (2010) define a assistência à saúde no Brasil marcada pela exclusão, desde seu início, e pela diferenciação, mais recentemente. Em termos de modelo de assistência, privilegiou-se a perspectiva curativa e hospitalar. Em termos de financiamento, constituiu-se de um híbrido público e privado. Em termos de ações e serviços há uma marca do status social do/a usuário/a. Em termos de atuação governamental, o sistema privado resiste às normativas e regulamentações estatais. Tal estrutura complexa se relaciona com o modelo de assistência ao parto praticado hegemonicamente no país, qual seja, um modelo predominantemente hospitalar, intervencionista e excessivamente medicalizado.

## 2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA A DOR SILENCIADA PELA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

"temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza".

Boaventura de Souza Santos

A violência é um dos temas mais complexos que permeia a vida das mulheres, visto que são várias formas e expressões de violência. Uma forma muito presente na vida das mulheres e pouco identificada é a violência obstétrica. O tema violência obstétrica começa a ganhar visibilidade por meio de movimentos feministas, obras artísticas, documentários, na segunda década do século XXI. Segundo DINIZ (2015), no Brasil no final da década de 1980, movimentos feministas descrevem explicitamente por meio da obra "Espelho de Vênus" o parto institucionalizado como uma vivência traumática e violenta. Porém, o assunto foi negligenciado devido à grande resistência de profissionais da saúde em reconhecer o tratamento prestado como violência.

A violência contra a mulher é definida como "qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada" (COMITÉ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER, 1996, p. 6).

Para Tornquist (2004), desde as décadas de 1980 e 1990, grupos de profissionais da saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, impulsionados por uma parcela do movimento feminista, vêm se organizando a fim de promover a discussão sobre a violência no parto e combatê-la. Mas foi apenas nos anos 2000 que o tema passou a constituir um campo de investigação formal no país.

O termo violência obstétrica é usado pelos movimentos de mulheres, pesquisas científicas e também entidades internacionais como a OMS, a violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis (OMS, 1996). Enfatiza ainda em um documento de 2014, violência obstétrica como "os abusos, maus tratos, negligência e desrespeito durante o parto, independentemente da intenção de causar dano" (OMS, 2014).

De acordo a OMS (2014) “gestantes do mundo todo sofrem abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde”. Neste sentido, a violência obstétrica destaca-se como um tipo específico de violência contra a mulher, que tem deixando traumas e sequelas para toda vida.

A expressão ‘violência obstétrica’ foi criada pelo médico Dr. Rogelio Pérez D’Gregorio, presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela. Publicado mundialmente em 2010, através do Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia. Fundado nas críticas ao modelo de assistência ao parto existente, o termo busca o reconhecimento dos direitos reprodutivos femininos, a erradicação dos atos e procedimentos entendidos como violentos, bem como o fortalecimento do protagonismo feminino dentro do ciclo gravídico-puerperal (MARIANI; NETO, 2016, p. 04).

Trata-se de um tipo violência que pode ocorrer física, psicológica e moralmente, por meio de atos médicos ou de outros profissionais da equipe de saúde que assiste a mulher tanto na gestação, no parto ou pós parto, com tratamentos indesejados para com a vítima e até mesmo antiéticos, restringindo qualquer tipo de liberdade de escolha que a paciente por ventura tivesse para seu pré-natal, parto e pós parto.

No Brasil, o termo foi reconhecido no ano de 2019 pelo Ministério da Saúde, após um amplo debate na Câmara de Deputados que queria excluir o termo para usar termos genéricos como maus tratos na hora do parto, justificando que o termo é muito forte e constrangedor para ser usado por médicos e trabalhadores da saúde inclusive em trabalhos científicos, congressos e até mesmo em palestras. Provocado por movimentos sociais da sociedade civil organizada, o Ministério Público Federal manifestou-se pela recomendação de usar o termo violência obstétrica para todo e qualquer caso de maus tratos, violência ou discriminação ligado ao pré-natal, gestação, parto, pós-parto. Visto que o termo já é usando internacionalmente inclusive pela OMS.

O termo vem sendo utilizado recentemente com o intuito de substituir o termo “violência no parto”, haja vista que a violência não acontece somente na hora do parto, ocorrendo em qualquer fase da gravidez: pré-natal, parto ou pós-parto e nascimento, ou seja, há uma relação ampla em quem produz a violência obstétrica não somente com os profissionais da saúde, sobretudo nas instituições privadas e públicas de saúde.

Dentro da produção científica brasileira não temos uma definição de um conceito único do que seria violência obstétrica, porém temos vários autores que estudam e contribuem para o debate e construção de produção acadêmica.

D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) definem a violência contra mulheres nas instituições de saúde e discutem em maior detalhe sobre quatro tipos de violência: negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro). (ZANARDO, 2017, p. 05).

A autora ainda destaca que é preciso mencionar que a violência obstétrica também está presente em práticas simples como o uso excessivo de medicamentos e intervenções no parto, bem como a realização de práticas consideradas desagradáveis e muitas vezes dolorosas, não baseadas em evidências científicas. Desse modo, há registros de práticas como toques excessivos, uso de ocitocina para acelerar o parto, a raspagem dos pelos pubianos, a episiotomia de rotina, e a proibição do direito a acompanhante escolhido pela mulher na hora do parto. Essa última já é lei federal desde 2005, entretanto ainda encontra dificuldade para efetivação na realidade das maternidades e hospitais do Brasil.

A expressão “violência obstétrica” (VO), de acordo com TESSER et al.(2015) e RATTNER (2009), é utilizada para descrever e incluir diversas formas de violência durante a prática obstétrica profissional. Agrupa maus tratos físicos, psicológicos e verbal, assim como procedimentos desnecessários e danosos para com a mulher como episiotomia de rotina, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia, ocitocina de rotina e ausência de acompanhante (TESSER et al., 2015, p.2).

Assim sendo, podemos dizer que a violência obstétrica pode estar presente de diversas formas e tipos como: violência psicológica, caracterizada por ironias, ameaça e coerção, acontecendo quando o profissional da saúde realiza falas desagradáveis a parturiente, ou até mesmo ameaça de deixá-la sozinha, caso não pare de gritar.

A violência física, por meio da manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, dificultando e tornando desagradável o momento do parto. Para eles incluem condutas como mentir para a paciente quanto a sua condição de saúde para induzir cesariana eletiva, negar medicamentos que diminuam a dor das contrações ou até mesmo não informar a paciente sobre a sua situação de saúde e procedimentos necessários.

Importante enfatizar que nesse processo de apropriação do corpo da mulher para provocar a violência obstétrica também temos o Estado que deve fomentar políticas de enfrentamento a esse tipo de violência e fiscalizar os programas que estão

sendo efetivados, porém tem feito um trabalho muito tímido, inclusive não tendo leis específicas para combater esse tipo de violência.

Para DINIZ (2005), quando falamos sobre a ocorrência de violência obstétrica, sobretudo em maternidades públicas, estamos falando de uma violência de gênero perpetrada pelo Estado através de instituições por ele constituídas, de uma equipe profissional por ele contratada, contra mulheres que deveriam ser, pelo mesmo Estado, protegidas e não violentadas (SAMPAIO; TAVARES, 2019, p.4).

Nesse processo também temos que destacar a violência institucionalizada pelos hospitais e maternidades, tanto particulares como públicos, sejam eles estaduais ou municipais. Práticas realizadas como rotina e protocolo daquele hospital ou maternidade que na verdade serve somente para garantir aos profissionais da saúde um respaldo de que não estão fazendo nada de errado, apenas auxiliando a mulher para que o parto seja mais rápido.

Segundo Saffioti, (2001), estas violações dos direitos das mulheres são mais uma expressão das perversidades presentes na sociedade misógina, machista e patriarcal na qual estamos inseridos, portanto a violência obstétrica é uma forma de violência de gênero. Pois, retira das mulheres o protagonismo para gerar e parir, culminando na perda de autonomia sobre seus corpos, expressado por meio de um trato desumanizador, que fere a dignidade humana e traumatiza as mulheres, consiste em uma violação de direitos como sequência de uma atenção mecanizada, tecnicista e impessoal sobre o parto.

O fato de algumas mulheres desconhecerem o que é a violência obstétrica faz com que as mesmas aceitem as intervenções e muitas vezes exploração de seus corpos sem questionar, muitas mulheres somente descobrem que intervenções, gritos, e até mesmo a proibição de um acompanhante na hora no parto e nascimento é uma violência obstétrica depois de terem sofrido esse tipo de violência. Muitas ainda não consideram essas atitudes como violência, pois acreditam que o médico e a equipe de enfermagem detêm o conhecimento do que deve ser feito no momento do parto, por conta disso concebem como algo “normal” tais atitudes.

A violência obstétrica é um tipo de violência silenciado, no qual as mulheres preferem não falar, pois causa a lembrança do dia, do sofrimento da dor vivenciada e isso meche com as emoções. Infelizmente o descaso e desrespeito ainda está presente em alguns hospitais e maternidades do país, este tipo de violência acontece principalmente pelo fato da mulher está em um momento de grande vulnerabilidade,

na qual não tem como cobrar da equipe de saúde muito menos reivindicar para que possa ser respeitada na hora do parto e nascimento.

Esse tipo de violência se manifesta de diversas formas e de acordo com um documento do ano de 2012 denominado de Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres os tipos mais comuns de manifestação da violência obstétrica são: episiotomia; manobra de Kristeller; aplicação de ocitocina; restrição da posição para o parto, proibição do acompanhante; violência psicológica. Infelizmente a descrição de cada um desses tipos de violência alongaria muito esta etapa do trabalho, além de que durante o texto já existem elementos que possibilitam pensar e compreender essas formas de violência obstétrica que é um mal e causa muitas dores para as mulheres. Então diante disto para efeitos de uma compreensão mais detalhada, resumida e sistematizada indicamos a quem interessar, consultar o dossiê acima citado que está disponível no endereço eletrônico do Senado Federal<sup>21</sup>.

Feitas essas considerações iniciais de maneira mais conceitual, nas seções seguintes veremos como a legislação em países na América Latina e no Brasil tem tratado o tema da violência obstétrica.

## **2.1 Legislações sobre violência obstétrica na América Latina e Brasil**

Na América Latina apenas dois países possuem legislação específica que aborde a violência obstétrica que são a Argentina e a Venezuela. Estes foram os primeiros países latino-americanos a trazer uma lei que tenha como objeto a violência obstétrica. A Venezuela foi o primeiro país da América do Sul a reconhecer a existência da violência obstétrica inclusive a criar uma legislação que trate desse tema, foi intitulada como “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” (Venezuela, 2007)<sup>22</sup>, sendo pioneira na América Latina no uso do termo ao estabelecer dezenove formas de violência dentro das quais se encontra a violência obstétrica. Essa lei é diferente da lei argentina, conforme veremos mais a frente, que trata do tema, pois esta trata e aborda diretamente a configuração dos

---

<sup>21</sup> Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>

<sup>22</sup> Material disponível em: [https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/1165\\_0.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf)

delitos e as possíveis punições, inclusive delimitando os atos necessários para a denúncia e investigação em casos de violência obstétrica.

Se entende por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um tratamento desumanizador, no abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007).

Outra inovação na lei venezuelana é o fato de descrever o que é uma violência obstétrica e em caso de comprovação de que a mulher sofreu esse tipo de violência quais atos se consideram-se atos constitutivos, consistentes para que seja feita a punição e reparação do erro, descrevendo inclusive valores a serem ressarcidos.

#### Artigo 51

Atos que constituam violência obstétrica serão considerados aqueles executado por pessoal de saúde, consistindo em:

1. Falha em responder a emergências de maneira oportuna e eficaz obstétrica.
2. Forçar a mulher a dar à luz em posição supina e com pernas levantadas, se existirem os meios necessários para entrega vertical.
3. Para impedir o apego precoce da criança com seus mãe, sem justa causa médica, negando-lhe capacidade de carregar ou carregar e amamentar ou amamentar imediatamente ao nascer.
4. Altere o processo natural de parto de baixo risco, através do uso de técnicas de aceleração, sem obter o voluntário, expresso e informado da mulher.
5. Pratique o parto por cesariana, existente condições para o parto natural, sem a obtenção do consentimento voluntário, expresso e informado do mulher.

Nesses casos, o tribunal imporá a pessoa responsável ou o responsável, multa de duzentos e cinquenta (250 U.T.) a quinhentas unidades fiscais (500 U.T.), tendo que remeter cópia autenticada da condenação definitiva assinar na respectiva associação profissional ou instituição sindical, para efeitos do respectivo procedimento disciplinar (VENEZUELA, 2007).

A Venezuela também tem o Plano Nacional de Parto Humanizado desde 2017, que foi aprovado pelo presidente venezuelano Nicolás Maduro como uma política de Estado que busca promover e dar condições para que as mulheres possam escolher outras formas de dar à luz. Com a medida, a Venezuela é pioneira em criar uma política pública que incentive um parto sem interferências cirúrgicas, nem medicamentosas (MELLO, 2019)<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Matéria disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/especiais/venezuela-comemora-dois-anos-do-plano-nacional-de-parto-humanizado>

A lei venezuelana é bastante consistente e destaca inclusive como o Estado, enquanto executor de políticas públicas, deve realizar o cumprimento da lei como forma de garantir o direito as mulheres como direito humano.

Portanto, o Estado está obrigado a fornecer a proteção frente a situações que constituam ameaças, vulnerabilidade ou risco para a integridade das mulheres, suas propriedades, o disfrute de seus direitos e o cumprimento de seus deveres, mediante o estabelecimento de condições jurídicas e administrativas, assim como a adoção de medidas positivas a favor das mulheres para que a igualdade perante a lei seja real e efetiva (VENEZUELA, 2007).

Outro país Latino-Americano a tratar do tema da violência obstétrica é Argentina por meio da Lei n. 25.929 – Lei do Parto Humanizado que foi promulgada em 17 de setembro de 2004, a lei não estabeleceu realmente o que é a violência obstétrica, mas garantiu direitos às mulheres grávidas, durante o trabalho de parto, no parto e pós-parto, basicamente estabelece os direitos de pais e filhos durante o processo de nascimento. Destaca ainda que o governo e a sociedade juntos desenvolveram políticas e atividades para conscientização sobre o tema. Além de destacar que o executivo desenvolva uma campanha destinada a conscientizar a sociedade sobre a importância do acompanhamento da mulher durante o parto por uma pessoa de sua escolha, e os benefícios que isso significa para a saúde da mãe e da criança (ARGENTINA, 2004).

A lei não traz o conceito de violência obstétrica, entretanto traz em detalhes todos os direitos das gestantes durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto.

**ARTIGO 2** - Toda mulher, em relação à gravidez, parto, parto e puerpério, tem os seguintes direitos:

- a) Ser informado sobre as diferentes intervenções médicas que podem ocorrer durante esses processos para que possam escolher livremente quando houver alternativas diferentes.
- b) Ser tratado com respeito, e de forma individualizada e personalizada, que garanta a privacidade em todo o processo de atendimento e leve em consideração suas diretrizes culturais.
- c) Ser considerada, em sua situação quanto ao processo de nascimento, como pessoa sã, de modo a facilitar sua participação como protagonista do próprio nascimento.
- d) Ao parto normal, respeitando os tempos biológicos e psicológicos, evitando práticas invasivas e o fornecimento de medicamentos que não sejam justificados pelo estado de saúde da parturiente ou do nascituro.
- e) Ser informado sobre a evolução do seu nascimento, o estado do seu filho ou filha e, em geral, ser feito participante nas diferentes ações dos profissionais.
- f) Não ser submetido a qualquer exame ou intervenção que tenha por objeto a investigação, salvo com consentimento expresso por escrito ao abrigo de protocolo aprovado pela Comissão de Bioética.

- g) Estar acompanhada por pessoa de sua confiança e escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.
- h) Ter filho ou filha ao lado durante a permanência no estabelecimento de saúde, desde que o recém-nascido não necessite de cuidados especiais.
- i) Ser informado, desde a gravidez, sobre os benefícios da amamentação e receber apoio para amamentar.
- j) Receber conselhos e informações sobre os cuidados de si e da criança.
- k) Ser especificamente informado sobre os efeitos adversos do tabaco, álcool e drogas na criança e nela mesma. (ARGENTINA,2004).

É preciso destacar que a lei deixa evidente o direito da parturiente de ser informada sobre toda e qualquer intervenção que venha a acontecer, bem como a oportunidade de optar durante o processo, caso tenha alternativa. Outro ponto importante é o de ser vista de maneira individualizada, respeitando suas tradições para ter a garantia de sua intimidade e respeito durante todo processo, ou seja, a lei presa pela autonomia e garantia dos direitos da mulher, para que ela seja protagonista no momento do parto.

A lei da Argentina garante ainda que todo recém-nascido tem direito a ser tratado com respeito e dignidade, assim como, receber informações sobre os benefícios do aleitamento materno e receber apoio para amamentar. Os pais com bebês em situação de risco também têm direitos a acompanhar todo processo hospitalar do filho bem como participar dos cuidados com o bebê sempre que possível.

Além da lei que garante o parto humanizado, a Argentina promulgou a Lei 26.485 em 2009 – Lei de proteção integral às mulheres, para prevenir, sancionar, e erradicar a violência contra as mulheres nos âmbitos em que desenvolvem suas relações interpessoais. A lei descreve todas as formas de violência física, sexual e psicológica inclusive cita a violência obstétrica, como aquela que exerce o profissional da saúde sobre o corpo da mulher em processos reprodutivos com um trato desumano, com abuso de medicação e patologização dos processos naturais (ARGENTINA, 2009)<sup>24</sup>.

Tanto a lei argentina como a venezuelana destacam que ocorrendo a violência obstétrica a mulher pode pleitear judicialmente a indenização pelos danos e prejuízo sofridos, na lei venezuelana ainda estende esse direito aos herdeiros quando os danos resultaram na morte da mulher.

---

<sup>24</sup> Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.html>

É notório a pretensão dos países abordados em fazer com que as leis promulgadas sejam ferramentas para o combate intensivo contra a violência obstétrica para erradicação de tal problema social, contudo sabemos que uma lei por si só não garante a erradicação da violência, mas torna-se um passo importante, uma garantia legal para combater esse problema de gênero que atinge vários países no mundo.

### **2.1.1 A Legislação Brasileira e a Indiferença com a Violência Obstétrica**

O Brasil mesmo sendo signatário da CEDAW (Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres) não possui legislação federal específica sobre a violência obstétrica. Diferentemente dos outros países apontados anteriormente. Porém, existem alguns projetos de lei transitando a anos no congresso nacional, e também temos projetos mais atuais, tanto da esfera federal, quanto nas esferas estaduais, além de algumas iniciativas em municípios que tem criado leis específicas, essas iniciativas tem tido a participação importante através de conselhos da mulher, movimentos sociais e organizações da sociedade civil como um todo. Isso evidentemente tem sido uma forma de tentar humanizar o parto e nascimento nas suas localidades.

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, doravante denominada Convenção da Mulher, em vigor desde 1981, é o primeiro tratado internacional que dispõe amplamente sobre os direitos humanos da mulher. São duas as frentes propostas: promover os direitos da mulher na busca da igualdade de gênero e reprimir quaisquer discriminações contra a mulher nos Estados-partes. No Brasil a Convenção foi novamente ratificada pelo decreto nº4.377, de 13 de setembro de 2002, pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso. (CEDAW,1979)<sup>25</sup>

A recomendação do Comitê CEDAW e de garantir, através das leis, o princípio da igualdade entre homens e mulheres, no caso do Brasil temos na Constituição Federal de 1988, no seu artigo 5º, no qual afirma a igualdade entre os mulheres e homens. E em decorrência dessa recomendação foram feitas alterações no Código Penal brasileiro ocorridas em 2005, bem como o advento da Lei nº 11.340/2006, que trata sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher, também conhecida como Lei Maria da Penha.

---

<sup>25</sup> Disponível em: [https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao\\_cedaw.pdf](https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf)

O Brasil é signatário da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará (09 de Junho de 1994) refletido no Decreto Lei 1.973/96, em que se define como violência contra a mulher "qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada", o que nos faz exigir que em nenhuma esfera a mulher brasileira sofra violações de direitos.

Por conta dessa lacuna legal que trate especificamente da violência obstétrica, quando necessário o amparo legal utiliza-se os direitos fundamentais constitucionais, bem como os órgãos que tem suas resoluções para questões pertinentes a esse tipo de violência, como A OMS; o MS (Ministério da Saúde); A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal; A Diretoria Colegiada da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária); Assim como realizar denúncias nos conselhos de classe como o: CFM (Conselho Federal de Medicina); CRM's Conselhos Regionais de Medicina; COREN (Conselho Regional de Enfermagem); e o COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) .

Para fins de casos de violência obstétrica o poder judiciário brasileiro tem se amparado em legislações já vigentes para tratar dos casos. Portanto usa-se a Constituição Federal através dos artigos abaixo para embasar as teses:

Art. 1º. A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

III – a dignidade da pessoa humana

Art. 5º- Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

III – tratamento assemelhado à tortura, desumano e degradante;

X – Violação da intimidade e da vida privada;

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL,1988).

A violência obstétrica trata-se, portanto, de uma violação de um direito fundamental que é o direito a saúde, que deve ser garantido de forma universal e igualitária pelo Estado. Esse direito, portanto, além de social engloba a questão dignidade humana.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL,1988).

Importante ressaltar que os casos de violência obstétrica que acontecem na rede privada de saúde também se utilizam da legislação constitucional e ainda do direito do consumidor como “A Lei nº 8.078 de 1990 – Código de Defesa do Consumidor regulamenta em seu art. 14, questões pertinentes à reparação de danos causados em relação à prestação de serviços. *In verbis*:

Art. 14: O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

§4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa (BRASIL, 1990).

Pois, além das leis da Constituição Federal que garante a mulher o respeito a dignidade humana, o direito a saúde, também temos a garantia que a prestação de serviços daquele hospital ou maternidade particular não está em conformidade com a lei do direito do consumidor. Outro ponto de extrema importância e que ainda não é garantido em todas as maternidade e hospitais do Brasil é a Lei do Acompanhante, infelizmente mesmo tendo a lei que garante este apoio a mulher na hora do parto, alguns hospitais e maternidades ainda proíbem que a parturiente entre no hospital com um acompanhante de sua escolha, alegam que não tem estrutura física para comportar uma pessoa na sala de pré-parto em outros alega-se que só pode ser acompanhante do sexo feminino para não constranger as outras parturientes, pois o local de pré-parto geralmente é coletivo e sem divisórias. O fato é que as mulheres continuam parindo predominantemente sem acompanhante pelos hospitais e maternidades do Brasil. Vejamos a seguir o que diz um trecho da Lei nº 11.108 de 2005 – Lei do Acompanhante:

Art. 19 – J: Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós parto imediato.

§1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo” (BRASIL, 2005).

Como se pode observar o que se tem são elementos muito genéricos da legislação nacional e que dependendo do caso podem ser mobilizados a fim de regulamentar casos de violência obstétrica como elementos do Código de Defesa do Consumidor, Código Civil, Código Penal e até mesmo elementos mais específicos relacionados a códigos, resoluções e regulamentos de profissões de área da saúde como medicina e enfermagem e que esses regulamentos são resguardados por seus conselhos profissionais. De maneira sistematizada infelizmente ainda não há uma legislação estritamente que trata da violência obstétrica e não seria exagero pensar numa legislação nesse sentido, pois estamos tratando de um país que mais realiza procedimentos de cesarianas no mundo. Observando a ausência do Estado perante o tema da violência obstétrica, alguns parlamentares viram a necessidade de criar projetos de leis acerca de garantir as mulheres uma proteção a mais. Os projetos abaixo buscam tanto a tipificação do caso em si, quanto à humanização do atendimento às parturientes.

- PLS 75/2012, da senadora licenciada Maria do Carmo Alves (SE), proíbe que a gestante detenta seja algemada durante o parto.
- PLS 8/2013, do ex-senador Gim, que obriga a obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos do SUS. Já aprovado no Senado e remetido à Câmara, foi motivado pelos esforços da Rehuna, coletivo de profissionais de saúde em Rede pela Humanização do Parto e Nascimento.
- PL 7.633/2014 (na Câmara), do deputado Jean Wyllys, estabelece que médicos e profissionais de saúde devem dar prioridade à assistência humanizada à mulher e ao recém-nascido no ciclo da gravidez até o pós-parto. Os hospitais deverão respeitar o limite de 15% de cesáreas, recomendado pela Organização Mundial da Saúde.

- PEC 100/2015 (na Câmara), do deputado Veneziano Vital do Rêgo (PMDB-PB), disponibiliza equipe multiprofissional para atenção integral no pré-natal, parto e pós-parto, pelo SUS.
- PL 359/2015 (na Câmara), da deputada Janete Capiberibe (PSB-AP), propõe fornecer curso de qualificação básica para as parteiras tradicionais e incluir sua atividade no âmbito do SUS.
- PL nº 8.219/17 – de autoria do Deputado Francisco Floriano. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após.
- PL nº 7.867/2017 de autoria da Deputada Jô Moraes, que dispõe sobre os direitos e deveres dos médicos e das pacientes.

Geralmente quando se fala em novas legislações em especial no que trata a direito de minorias e para mulheres se difunde logo no senso comum de que no Brasil já se tem muitas leis. Porém, é importante dizer que a sociedade brasileira se complexifica a cada dia, contradições sociais e econômicas cada vez mais profundas e nesse contexto evidentemente que a violência também se complexifica e se especializa e à medida que essa dinâmica ocorre a legislação também não pode ficar para trás em especial leis que possam garantir proteção ao grupo que majoritário na sociedade brasileira, que segundo o IBGE (2010) 51, 8% (cinquenta e um vírgula oito) são mulheres.

### **2.1.2 Estados brasileiros que possuem leis sobre a violência obstétrica**

Alguns estados do Brasil já possuem alguma legislação ou recomendação para o parto humanizado, contudo esta legislação não consegue atender a demanda da não prática de violência obstétrica, por se tratar de uma forma genérica na qual não descreve o que é a violência obstétrica nem as punições e reparos para as mulheres caso essa violência venha acontecer. Por isso alguns estados implantaram a leis específicas de como combater, prevenir, reparar e punir a violência obstétrica.

No estado de Minas Gerais, por exemplo, a Lei nº 23.175/2018, foi sancionada em 21 de dezembro de 2018, pelo governador Fernando Pimentel, com base no Projeto de Lei 4.677/2017 da Deputada Geisa Teixeira do PT (Partido dos Trabalhadores), e publicada no dia seguinte no Diário de Executivo, garante atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de

abortamento, assim para a prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. Nos primeiros artigos desse diploma são bastante elucidativos do que trata, inclusive com uma conceituação sobre violência obstétrica. Vejamos a seguir *in verbis*:

Art. 1º – O Estado assegurará às mulheres o direito de receber atendimento humanizado durante o pré-natal, o parto, o puerpério e as situações de abortamento, a fim de prevenir a violência na assistência obstétrica nas redes pública e privada de serviços de saúde.

Art. 2º Para os fins desta lei, considera-se violência na assistência obstétrica a prática de ações, no atendimento pré-natal, no parto, no puerpério e nas situações de abortamento, que restrinjam direitos garantidos por lei às gestantes, às parturientes e às mulheres em situação de abortamento e que violem a sua privacidade e a sua autonomia (MINAS GERAIS, 2017).

A lei condena qualquer prática que estejam em desacordo com os direitos garantidos por lei às gestantes, parturientes e mulheres em situação de abortamento. Muito importante destacar que a lei também detalha as condutas inapropriadas que podem prejudicar a mulher, esta é um dos principais elementos norteadores para as mulheres que sofrem violência obstétrica buscar reparação.

Art. 3º No atendimento pré-natal, a gestante será informada sobre:

I - os riscos e benefícios das diversas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e o parto;

II - a possibilidade de escolha de um acompanhante para o apoio durante o parto;

III - as estratégias e os métodos para controle da dor disponíveis na unidade, bem como os riscos e os benefícios de cada método;

IV - os diferentes estágios do parto e as práticas utilizadas pela equipe em cada estágio para auxiliar as mulheres em suas escolhas;

V - o direito gratuito à realização de ligadura de trompas nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS - para os casos previstos em lei (MINAS GERAIS, 2017).

Outra característica positiva da lei é que garante que mulheres que sofrem aborto sejam assistidas com sigilo, estes é um dos pontos fundamentais para que a mulher tenha sua dignidade respeitada em um momento no qual a mesma encontra-se vulnerável.

Art. 4º O profissional de saúde responsável pela assistência à mulher em situação de abortamento garantirá o sigilo das informações obtidas durante o atendimento, salvo para proteção da mulher e com o seu consentimento.

Art. 5º A prática da violência na assistência obstétrica nos termos do art. 2º sujeitará o responsável, nos casos em que couber, a sanções previstas em lei (MINAS GERAIS, 2017).

No estado do Paraná, a assembleia legislativa do estado aprovou a Lei nº 19.701 de 20 de novembro de 2018, esta lei dispõe sobre a violência obstétrica e

sobre os direitos da gestante e da parturiente, essa lei revogou a Lei nº 19.207/2017, lei anterior que tratava apenas da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra violência obstétrica, a nova lei sofreu algumas alterações , onde foram acrescentados alguns parágrafos e incisos específicos sobre violência obstétrica.

Art. 2º Para efeitos desta Lei, configura violência obstétrica:

I - qualquer ação ou omissão que cause à mulher morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico;

II - a negligência na assistência em todo período gravídico e puerperal;

III - a realização de tratamentos excessivos ou inapropriados e sem comprovação científica de sua eficácia;

IV - a coação com a finalidade de inibir denúncias por descumprimento do que dispõe esta Lei.

Parágrafo único. A violência obstétrica de que trata esta Lei pode ser praticada por quaisquer profissionais de saúde, de estabelecimentos públicos ou privados, incluindo redes de saúde suplementar e filantrópica e serviços prestados de forma autônoma (PARANÁ, 2018).

A lei descreve o que é violência obstétrica, quaisquer ações ou omissão são consideradas violência obstétrica. Define as violências física, sexual ou psicológica, caracteriza a negligência na assistência em todo período gravídico e puerperal, enfatiza sobre a realização de tratamentos excessivos ou inapropriados sem comprovação científica de sua eficácia e por fim define como o executivo deverá divulgar e orientar profissionais da saúde e mulheres para extinguir a violência obstétrica no estado. A lei é completa e descreve tudo que é considerado violência obstétrica e cita, inclusive, como deve ser feita a denúncia e de que forma o profissional de saúde pode ser punido pelos danos causados as mulheres que sofrerem essa violência.

Art. 3º São direitos da gestante e da parturiente:

I - avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema ou equipe de saúde (...);

III - acompanhamento por uma pessoa por ela indicada durante o período pré parto e pós-parto;

IV - tratamento individualizado e personalizado;

V - preservação de sua intimidade (...);

VII - o parto natural, respeitadas as fases biológica e psicológica do processo de nascimento, evitando-se práticas invasivas sem que haja uma justificativa clínica;

VIII - o contato cutâneo, direto e precoce com o filho e apoio na amamentação na primeira hora após o parto, salvo nos casos não recomendados pelas condições clínicas (PARANÁ, 2018).

A lei do Paraná ainda descreve como será realizada o acesso à informação para a gestante, quais profissionais farão esta orientação e como pode proceder a denúncia em caso de descumprimento da lei

Art. 4º A gestante e a parturiente têm direito à informação sobre:  
I - a evolução do seu parto e o estado de saúde de seu filho;  
II - métodos e procedimentos disponíveis para o atendimento durante a gestação, durante o parto e nos períodos pré-parto e puerperal;  
III - as intervenções médico-hospitalares que podem ser realizadas, podendo optar livremente quando houver mais de uma alternativa;  
IV - os procedimentos realizados no seu filho, respeitado o seu consentimento (PARANÁ, 2018).

Outro ponto a destacar nesta lei é sobre a orientação de não realizar o toque-exame de verificação de dilatação da mulher em trabalho de parto repetidas vezes, pois é um procedimento que se realizado por várias vezes causa dor e constrangimento a parturiente.

Art. 5º A gestante e a parturiente podem se negar à realização de exames e procedimentos com propósitos exclusivamente de pesquisa, investigação, treinamento e aprendizagem ou que lhes causem dor e constrangimento, tais como:  
I - exame de verificação de dilatação cervical (toque), realizado de forma indiscriminada e por vários profissionais de saúde;  
II - realização de episiotomia (corte na vagina), sem justificativa clínica, ou com o intuito apenas de acelerar o nascimento (PARANÁ, 2018).

Ainda sobre o que diz respeito a orientação e divulgação da lei o Artigo 6º define que todos os estabelecimentos de saúde que prestarem atendimento a gestantes e parturientes devem expor cartazes informando sobre a existência desta lei, em locais visíveis e para o público geral, principalmente nas recepções desses estabelecimentos.

Art. 7º As denúncias pelo descumprimento desta Lei podem ser feitas nas ouvidorias da Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social ou da Secretaria de Estado da Saúde, no Ministério Público Estadual ou através do disque-denúncia 181 da Secretaria de Estado da Segurança Pública e Administração Penitenciária.

Art. 8º Havendo suspeita ou confirmação do descumprimento desta Lei, os estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, que tiverem conhecimento do fato, devem realizar notificação compulsória aos órgãos competentes (PARANÁ, 2018).

A lei do estado do Paraná também enfatiza a forma como deve ser feito a denúncia em caso de violência obstétrica, disponibilizando um telefone da secretaria de segurança pública. E por fim, como será feita a reparação pelo profissional da saúde que praticar a violência obstétrica. Um dos grandes percalços da nossa

legislação federal, pois não há nada que responsabilize o profissional da saúde a indenizar a mulher vítima de violência obstétrica.

Art. 9º O descumprimento desta Lei sujeitará:

I - os estabelecimentos ao pagamento de multa no valor de 1.000 UPF/PR (mil vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), aplicada em dobro em caso de reincidência; e

II - os profissionais de saúde ao pagamento de multa no valor de 100 UPF/PR (cem vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), aplicada em dobro em caso de reincidência (PARANÁ, 2018).

A fim de tratar da violência obstétrica o Estado de Santa Catarina promulgou a Lei Nº 17.097, DE 17 de janeiro de 2017 medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica além de divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. O texto da lei descreve sobre os tipos de formas de violência obstétrica, tais como atos e posturas inadequadas e inaceitáveis por parte dos profissionais de saúde, os quais possam ferir os direitos das mulheres gestantes, parturientes e pós parto, bem como orientar cesariana sem necessidade. Outro destaque importante para esta lei é que além de ter o direito garantido a um acompanhante de sua escolha a parturiente não pode ficar sem comunicação, visto que muitas maternidades e hospitais proíbem a entrada de celulares na sala de parto justamente para que a mulher não registre nenhum tipo de violência obstétrica ou informe a alguém da família o que está acontecendo na hora do pré-parto e parto. Vejamos a seguir partes importantes dessa legislação do Estado de Santa Catarina:

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério.

Art. 3º Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;

II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;

IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

VI – fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;

VII – recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

VIII – promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;  
IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;  
X – impedir a mulher de se comunicar com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;  
XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional; (SANTA CATARINA, 2017)

Evidentemente que mesmo tendo origem em estados diferentes, muitos pontos destas legislações são comuns. Dentre estes pontos em comum estão definições legais do que seja violência obstétrica, a necessidade de divulgação da existência das legislações e dos direitos das mulheres inerentes a elas, dentre outros pontos. Para fins do objetivo pretendido neste capítulo e nesta seção acredita-se que o que já fora colocado seja suficiente para o seu alcance. Haja vista que para o leitor já ficou claro de que existem legislações sobre o tema e que é necessária uma regulamentação não apenas limitada aos limites geográficos de cada estado como atualmente ocorre, mas uma regulamentação que abranja todo o território nacional para que assim o Poder Judiciário tenha parâmetro uniforme e mais abrangente para tratar sobre a violência obstétrica. O Estado enquanto legislador precisa garantir esse direito às mulheres, como forma de coibir e até mesmo extinguir atos que levem a parturiente e/ou o nascituro a situações de extrema exposição e violência.

### **3 O ESTADO DO PARÁ PERANTE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E CASOS QUE FORAM NOTICIADOS**

No Estado Pará não existe uma lei estadual específica sobre violência obstétrica, porém existem movimentos da sociedade civil organizada em defesa de um parto livre de violência como o Fórum de mulheres da Amazônia, parto do princípio e o movimento Pajeú, bem como entidades representativas como a OAB-PA (Ordem dos Advogados Subseção do Pará-OAB), que sempre fizeram o debate e a provocação do Estado para que implantasse medidas para que as mulheres possam ter um parto humanizado.

A ação desses grupos perpassa desde reuniões com mulheres grávidas a audiências públicas para denunciar o assunto da violência obstétrica no estado. Faremos, portanto, uma construção de uma linha do tempo com notícias de jornais do estado do Pará denunciando as violências obstétricas vividas por algumas mulheres que conseguiram dar visibilidade e noticiar sobre os maus tratos vividos. Bem como matérias do site da OAB-PA, Ministério Público e Defensoria Pública sobre o tema da violência obstétrica no estado do Pará.

A Lei Federal 11.108/2005, Lei do Acompanhante foi promulgada em 2005, todavia, no Pará, as gestantes ainda tinham muita dificuldade em ter alguém de sua escolha na hora do parto. Por isso em 2013 o MPF (Ministério Público Federal) entrevistou e notificou sete hospitais e maternidades no município de Belém por causa do não cumprimento da referida lei. O MPF deu um prazo de quarenta e cinco dias para os hospitais e maternidades da capital se adequassem às normas essa matéria foi publicada no portal G1-Pará em 24 de abril de 2013<sup>26</sup>.

Em primeiro de julho 2014 foi publicado no site do G1<sup>27</sup> uma matéria sobre o número excessivo de cesarianas no Estado do Pará, o aumento teria sido de 14,1% (quatorze vírgula um por cento) quando comparado ao ano de 2005 a 2011, segundo a SESPA (Secretaria Estadual de Saúde do Pará). Isso quer dizer que a taxa de cesarianas no estado subiu de 31,11% (trinta e um vírgula onze por cento) em 2005 para 45,21% (quarenta e cinco vírgula vinte e um por cento) em 2011. Já o número de partos normais que em 2005 era de 68% (sessenta e oito por cento), passou para 54,54%

---

<sup>26</sup> Ver: <http://g1.globo.com/pa/para/noticia/2013/04/maternidades-no-para-vaio-ter-que-se-adequar-lei-do-acompanhante.html>

<sup>27</sup> Ver: <http://g1.globo.com/pa/para/noticia/2014/07/cesarianas-aumentam-141-em-seis-anos-no-para-diz-sespa.html>

(cinquenta e quatro vírgula cinquenta e quatro por cento) em 2011. Esses índices são alarmantes e vão contra o que preconiza a OMS que é no máximo uma taxa de 15% (quinze por cento) de cesarianas.

Essa notícia fez com que a OAB, Ministério Público, movimentos de mulheres para um parto livre de violência, doulas, secretarias de saúde, hospitais, maternidades, e conselhos municipais, se unissem e criassem um Fórum Perinatal, que teve como objetivo fortalecer a Política de Atenção Obstétrica Integral a Saúde da Mulher e Criança, levando-se em conta as etapas da estratégia Rede Cegonha no Pará, programa criado pelo governo federal, para garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e, às crianças, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável.

Ainda em 2014 a OAB-PA sediou uma reunião de planejamento e criação da Frente Estadual de Combate e Enfrentamento da Violência Obstétrica no Pará<sup>28</sup>. O evento foi organizado pela Comissão de Direitos Humanos da OAB em conjunto com a “Parto do Princípio – Rede de Mulheres pela Maternidade Ativa”. A realização do evento surgiu depois da comissão tomar conhecimento da pesquisa da Fundação Perseu Abramo de 2010, que identificou que uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre algum tipo de violência física ou verbal na hora parto. Portanto foram discutidas as ações que ferem a autonomia da mulher e violam seus direitos sexuais e reprodutivos, tais como: maus tratos, proibição de acompanhantes, procedimentos médicos e cirúrgicos sem consentimento informado, dentre outros. Houve a participação da sociedade civil, grupo mulheres que defendem um parto sem violência, bem como o MPF, MP-PA (Ministério Público do Estado do Pará), Defensoria Pública Estadual, Tribunal de Justiça do Pará, SESPA (Secretaria Estadual de Saúde do Pará), UFPA (Universidade Federal do Pará) e UEPA (Universidade do Estado do Pará), Conselho Estadual de Saúde e Conselho Estadual da Mulher, Conselhos Regionais de Medicina, Enfermagem, Serviço Social e Psicologia, Secretaria de Justiça e Direitos Humanos, Câmara de Vereadores e Assembleia Legislativa, e vereadoras Sandra Batista e Meg Barros.<sup>29</sup>

Em 2015 a Comissão de Direitos Humanos da OAB-PA e a Frente Paraense de Combate à Violência Obstétrica, o I WORKSHOP SOBRE VIOLÊNCIA

---

<sup>28</sup> Ver: <http://www.oabpa.org.br/index.php/noticias/2067-2014-04-25-14-54-16>

<sup>29</sup> Ver: <http://www.oabpa.org.br/index.php/noticias/2067-2014-04-25-14-54-16>

OBSTÉTRICA” o evento foi na UNAMA (Universidade da Amazônia), como o objetivo de divulgar diversas informações a profissionais e mulheres de como combater a violência obstétrica, uma vez que é cada vez maior o crescimento do número de cesáreas desnecessárias, ferindo o direito da mulher na hora do parto. O evento contou com a participação do Conselho Regional de Psicologia, Fórum de Mulheres da Amazônia Paraense, SESP, Marcha Mundial de Mulheres, Ministério Público do Estado, Conselho Regional de Enfermagem e o movimento Pajeú e Parto do Princípio – Rede de Mulheres pela Maternidade.<sup>30</sup>

Em 07 de janeiro de 2016 o Portal G1 Pará<sup>31</sup> noticiou que grávidas denunciaram algumas maternidades e hospitais do estado a induzirem elas a cesariana desnecessária. Além de relatarem que sofreram violência obstétrica durante o trabalho de parto. “Grávidas relatam violência obstétrica durante trabalho de parto, no Pará Mães relatam que são induzidas a cesarianas desnecessárias. Cerca de 50% dos partos no Brasil são cirúrgicos, segundo pesquisa” (G1 PARÁ, 2016).

Essas denúncias frequentes fizeram com que a UFPA desenvolvesse, ainda no ano de 2016, um projeto para mulheres grávidas para orientar o que é a violência obstétrica e de uma maneira didática buscar com que as gestantes usufruam seus direitos e sejam respeitadas na hora do parto e nascimento. O projeto TransformaDOR: Parir com amor, surgiu como um projeto de extensão da UFPA, da Faculdade de Educação da UFPA foi coordenado pela professora Edna Barreto, teve a participação de vários profissionais e estudantes de graduação, de pós-graduação como enfermagem, medicina, pedagogia, direito, filosofia, psicologia, serviço social, jornalismo e publicidade da Universidade Federal do Pará e também da UNAMA e da FAMAZ (Faculdade Metropolitana da Amazônia). Segundo a coordenadora o principal objetivo é “Tirar esse tema da invisibilidade e informar as mulheres dos seus direitos é, quem sabe, a questão central para o enfrentamento da violência de gênero”. Sobre este projeto o Portal G1 Pará publicou uma matéria em 12 de junho de 2016<sup>32</sup>.

---

<sup>30</sup> Ver: <http://www.oabpa.org.br/index.php/noticias/5255-concluido-com-sucesso-i-workshop-sobre-violencia-obstetrica>

<sup>31</sup> Ver: <http://g1.globo.com/pa/para/noticia/2016/01/gravidas-relatam-violencia-obstetrica-durante-trabalho-de-parto-no-para.html>

<sup>32</sup> Ver: <http://g1.globo.com/pa/para/noticia/2016/06/projeto-da-ufpa-orienta-universitarias-gravidas-sobre-violencia-obstetrica.html>

O projeto teve o foco em ações de educação em saúde, na perspectiva dos direitos humanos, visando o empoderamento de mulheres em situação de vulnerabilidade social, para o enfrentamento à violência obstétrica. Segundo a professora Edna Barreto “A violência obstétrica, como uma violência de gênero, é rotineira e permanente no cotidiano das mulheres<sup>33</sup>” (COREN, 2016). Todas e todos que fizeram parte da equipe desde a primeira edição eram voluntários e voluntárias. O local de realização foi na unidade de saúde da pratinha, bairro periférico de Belém. O projeto também firmou parceria com o Ministério Público Federal – MPF, para receber denúncias contra o descumprimento de leis e normativas que assegurem a humanização do atendimento na gravidez e no parto nos hospitais de Belém. Além de ter sido apresentado para a SESPA, no Hospital Regional Abelardo Santos e no Fórum Perinatal da Região Metropolitana de Belém, buscando conseguir maior apoio.

O Projeto TransformaDOR teve duração de três anos, em Belém, e finalizou suas ações de apoio às grávidas em 2018. No primeiro ano, as ações ficaram concentradas apenas na Unidade Básica de Saúde da Pratinha, bairro periférico de Belém, cerca de 430 (quatrocentas e trinta) pessoas, entre mulheres grávidas, acompanhantes, profissionais da saúde e voluntários participaram da primeira edição. Em 2017, o projeto passou a atuar em conjunto com a Residência em Enfermagem Obstétrica da UFPA, e os estudantes participaram da formação das mulheres. A partir de uma articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (Sesma), o grupo passou a atuar na Unidade Básica de Saúde da Cremação, na qual permaneceu até encerrar as atividades em 2018, com cerca de 700 pessoas participaram das atividades nos dois anos de atuação do grupo naquele bairro.

Para a coordenadora do projeto Edna Barreto, “foi muito difícil fazer o grupo funcionar por três anos, apenas com voluntários”, pois, “Não tem política pública para educação em saúde como ação permanente. No geral, são ações pontuais, como Dia de Combate ao Câncer do Colo de Útero, Dia da Amamentação, entre outros. Então, era difícil convencer as mulheres a participarem de um grupo que tinha um calendário permanente de formação (UFPA, 2016)<sup>34</sup>”.

O projeto chegou a ser premiado nacionalmente como uma das seis experiências nacionais pela OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), OMS

---

<sup>33</sup> Ver: [https://pa.corens.portalcofen.gov.br/combate-a-violencia-obstetrica-e-o-foco-do-projeto-de-extensao-da-ufpa\\_4018.html](https://pa.corens.portalcofen.gov.br/combate-a-violencia-obstetrica-e-o-foco-do-projeto-de-extensao-da-ufpa_4018.html)

<sup>34</sup> Ver: <https://portal.ufpa.br/index.php/ultimas-noticias2/8110-projeto-que-combate-a-violencia-obstetrica-inicia-a-terceira-edicao-com-relato-das-mulheres-atendidas>

(Organização Mundial de Saúde) e pelo CNS (Conselho Nacional de Saúde), sendo o único projeto da região norte do país a receber a premiação naquele ano. Como premiação recebeu uma gravação do Programa “Canal Saúde na Estrada”, do Canal Saúde, emissora da Fiocruz<sup>35</sup>. Para a professora da UFPA Edna Barreto, receber a premiação e participar da 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher, foi um marco histórico tanto para o SUS quanto para o projeto, especialmente por compartilhar uma experiência que tem a potência de trabalhar com as mulheres para reverter uma desigualdade de gênero que é a violência obstétrica”<sup>36</sup>.

Apesar de alguns movimentos sociais de mulheres em favor de um parto sem violência e de projetos de extensão da UFPA, o número de violência obstétrica ainda continuava muito presente na vida das gestantes do Estado do Pará. No ano corrente de 2016 o Portal G1 Pará publicou uma matéria no dia 09 de agosto em que uma enfermeira fez uma denúncia pública, após ter sido obrigada ao procedimento de cesariana sem ter sido examinada. Na matéria relata que uma advogada de nome Anna Marcella Mendes em dois anos já havia ajuizou quinze ações por violência obstétrica apenas em Belém<sup>37</sup>.

No ano de 2017 fora publicada uma matéria no endereço eletrônico do Jornal Brasil de Fato em 13 de junho de 2017, onde relata a ação de um grupo de doulas que provocou a câmara municipal de Belém e conseguiu através da aprovação de uma lei de autoria do vereador Fernando Carneiro do PSOL (Partido Socialismo e Liberdade) a regulamentação do Projeto de Lei 1271/16 garantiu a presença da doulas em hospitais, clínicas e maternidades públicas e particulares de Belém. Esta lei foi necessária pois as profissionais tinham muita dificuldade em acompanhar as gestantes durante o trabalho de parto em maternidades da capital paraense. “O projeto das doulas foi no sentido de garantir o processo de humanização do parto (BRASIL DE FATO, 2017) ”<sup>38</sup>.

A presença das doulas em maternidades, casas de parto ou hospitais públicos e particulares em Belém é garantida por meio da Lei municipal 9.274/2017. As

---

<sup>35</sup> Ver: <https://portal.ufpa.br/index.php/ultimas-noticias2/8228-transformador-sera-destaque-em-rede-nacional-sobre-experiencias-bem-sucedidas-no-sus>

<sup>36</sup> Ver: <https://apsredes.org/opas-e-conselho-nacional-de-saude-premiam-experiencias-inovadoras-na-atencao-saude-das-mulheres/>

<sup>37</sup> Ver: <http://g1.globo.com/pa/para/noticia/2016/08/enfermeira-relata-violencia-obstetrica-em-belem.html>

<sup>38</sup> Ver: <https://www.brasildefato.com.br/2017/06/13/para-lei-garante-a-presenca-de-doulas-em-maternidades-em-belem>

gestantes podem contar com o apoio profissional das doulas durante o trabalho de parto e pós-parto. É importante dizer que as doulas devem realizar uma inscrição no hospital onde a grávida terá o bebê com todos seus dados, além de apresentar cópia do certificado do curso de doula e termo da gestante autorizando o trabalho da profissional. A lei destaca ainda em seu primeiro artigo que a presença delas não deve ser confundida com a de um acompanhante de sua escolha, que é garantida pela Lei Federal 11.108/05. Leis que regulamentam a presença de doulas em hospitais e maternidades também existem em outros municípios brasileiros e estados.

Outras unidades federativas do Brasil que possuem a referida Lei de doulas: Rio de Janeiro, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte, Amazonas, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Ceará, Tocantins, Amapá, Rondônia e Santa Catarina, Distrito Federal,<sup>39</sup>. Algumas cidades de São Paulo: Araçatuba, Americana Assis, Botucatu, Franca, Hortolândia, Itupeva, Jundiaí, Marília, Piracicaba, Taubaté, Santa Barbara D' Oeste, Santo André, São Carlos, São José do Rio Preto, Santos, Sorocaba, Valinhos, e ainda cidades como: Poços de Caldas/MG, Rondonópolis/MT, Teresina/PI, Juiz de Fora/MG, Uberlândia/MG, Belo Horizonte/MG, Curitiba/ PR, Foz do Iguaçu/PR, Ponta Grossa/PR, União da Vitória/PR, Rio Branco/AC<sup>40</sup>.

Outro caso com grande repercussão nas redes sociais e imprensa local envolveu uma gestante Thaynara Cristina, de 21 anos, em 2019. Ela procurou o Hospital da Ordem Terceira, em Belém, capital paraense, para atendimento e foi negado o acesso. O portão do hospital estava fechado e segundo o porteiro não tinha leito nem médicos, ela acabou dando à luz em frente ao hospital, na calçada, pessoas que passavam filmaram a cena na qual ela estava desmaiada logo após o parto e a criança chorando no chão, uma cena revoltante de abandono e descaso com a parturiente. A filmagem foi compartilhada por várias pessoas na internet e grupos do aplicativo de mensagens WhatsApp. A mulher foi ouvida pela polícia civil, Ministério Público do Pará, porém até o momento ninguém foi indiciado. Essa matéria foi publicada no endereço eletrônico do Catraca Livre em 21 de novembro de 2019<sup>41</sup>.

---

<sup>39</sup> <https://doulabrasil.com.br/blog/lei-das-doulas-a-importancia-de-legalizar-a-atuacao-dessas-profissionais/>

<sup>40</sup> <https://www.maesdepeito.com.br/conheca-as-leis-que-permitem-a-entrada-de-doulas-em-hospitais/>

<sup>41</sup> Ver: <https://catracalivre.com.br/cidadania/em-belem-hospital-nega-atendimento-e-mulher-da-a-luz-na-rua/>

Ainda em 2019 a deputada estadual Dilvanda Faro criou um PL (Projeto de Lei) 354/2019 para assegurar o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado do Pará e dá outras providências. O PL ainda aguarda votação na ALEPA (Assembleia Legislativa do Estado do Pará)<sup>42</sup>. Outro projeto desta deputada foi o PL 355/2019 que dispõe sobre a prevenção da violência obstétrica no âmbito da assistência perinatal e dá outras providências. Este projeto foi rejeitado. Um outro Projeto de Lei no contexto da violência obstétrica e do deputado Igor Normando é o 222/2019, que busca instituir a Semana Estadual do Combate à Violência obstétrica no Estado do Pará. O PL está em andamento, porém as duas comissões anteriores deram o parecer favorável (ALEPA, 2019).

Em 2020 dois casos de violência obstétrica chamaram a atenção da sociedade e das autoridades no Estado do Pará. O primeiro aconteceu na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. A gestante foi transferida de Ourém para Belém com oito meses de gestação. Durante o parto, o bebê teve a cabeça arrancada. A família denunciou que a equipe médica do hospital forçou um procedimento normal, ao invés de proceder com a cesariana.

O MP-PA denunciou os três médicos envolvidos no caso do bebê que teve a cabeça arrancada durante o parto, O MP alega na ação que a conduta médica foi negligente por não observar as condições de risco da gravidez e a via de parto indicada pelo médico que fez o pré-natal da vítima. Porém os médicos irão apenas responder um processo disciplinar, até hoje ninguém foi responsabilizado pela morte do bebê. O processo civil segue em andamento. Este caso foi noticiado e rememorado pelo Portal G1 Pará no dia 21 de setembro de 2021<sup>43</sup>.

Outra situação de violência obstétrica no mesmo ano que chamou a atenção pela barbaridade, foi de um bebê teve a perna fraturada durante o parto no Hospital Ordem Terceira. A família registrou um boletim de ocorrência na Polícia Civil e a direção do hospital se pronunciou sobre o caso, justificando que o procedimento foi necessário para salvar a vida da criança. Infelizmente a ausência de leis específicas sobre a violência obstétrica faz com que casos como esses aconteçam constantemente no Pará. Este caso foi noticiado no Portal Roma News em. <sup>44</sup>

---

<sup>42</sup> Ver: [https://alepa.pa.gov.br/exibe\\_proposicao.asp?id=9797&sit=0](https://alepa.pa.gov.br/exibe_proposicao.asp?id=9797&sit=0)

<sup>43</sup> Ver: <https://g1.globo.com/pa/para/noticia/2021/09/21/mppa-denuncia-medicos-por-homicidio-culposo-de-bebe-que-teve-a-cabeca-arrancada-durante-parto-na-santa-casa.ghtml>

<sup>44</sup> Ver: <https://www.romanews.com.br/cidade/partos-traumaticos-realizados-em-belem-reacendem-debate-sobre-violenci/96731/>

Essas situações de violências obstétricas levaram a Câmara Municipal de Belém a realizar no mesmo ano uma sessão especial, o debate proposto pelo vereador Fernando Carneiro (PSOL) e reuniu pessoas ligadas a movimentos feministas, representantes de entidades de combate à violência contra a mulher e o público em geral. O Vereador destacou a violência obstétrica e falou que apresentou um projeto no ano passado que trata sobre esse assunto. “A ideia é criar uma campanha de informação com a confecção de uma cartilha por parte do poder público para ajudar as mulheres a identificar e denunciar esse tipo de violência. Infelizmente recebi o parecer contrário da comissão de justiça, mas já fiz alguns ajustes no PL para que ele possa entrar em votação”<sup>45</sup> (CMB, 2020).

Ainda em 2020 o Ministério Público do Pará juntamente com ProMulher (Procuradoria Especial da Mulher) da ALEPA, publicaram uma Cartilha de Proteção à Mulher: ações para o enfrentamento à violência doméstica e familiar (ALEPA, 2020). Apesar de ter um tópico sobre os tipos de violências não cita nem descreve nada sobre a violência obstétrica <sup>46</sup>.

Uma lei estadual aprovada em janeiro de 2020 causou muita revolta e manifestação de repúdio dos movimentos sociais de mulheres do Pará e da OAB-PA, essa lei foi a Lei 9.016/2020 que dispõe sobre a garantia à gestante da possibilidade de optar pelo parto cesariano no Estado, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. Este fato foi noticiado

A comissão da Mulher Advogada do Pará, manifestou-se com profunda consternação sobre a Lei, pois a mesma vai de encontro às recomendações da Organização Mundial de Saúde, a qual declara que, cesarianas se realizadas desnecessariamente e sem indicação médica, aumentam o índice de mortalidade materna. Os índices de partos cesáreos preconizados pela OMS são de 15% no Brasil esses índices chegam a 88% na rede privada e mais de 50% (cinquenta por cento) na rede pública. Portanto a realização da cirurgia já é uma prática constante nos hospitais e maternidade do país e do Estado do Pará não necessitando de uma Lei para garanti-las. A OAB-PA reitera ainda que a autonomia da mulher para um parto seguro e consciente exige, na realidade, a análise das questões sociais envolvidas, tais como

---

<sup>45</sup> Ver: <https://www.cmb.pa.gov.br/violencia-obstetrica-e-tema-de-sessao-especial/>

a estrutura da saúde pública no Brasil, a conscientização dos profissionais envolvidos sobre a saúde da gestante e a humanização do parto e o enfrentamento da violência obstétrica. Ademais, a Lei Estadual foi votada e aprovada sem qualquer discussão prévia com a sociedade civil, inclusive sem manifestação de mulheres, obstetras, enfermeiros e outros profissionais da área de saúde voltada ao parto. Logo, a Lei aprovada consiste em mais uma face da violência estrutural contra a mulher e pode piorar os alarmantes índices de violência obstétrica no país, o que a OAB-PA repudia. Estes fatos foram noticiados na página eletrônica da OAB-PA em 04 de fevereiro de 2020<sup>47</sup>.

Como colocado outrora os casos aqui relatados resultam de notícias veiculadas, boa parte ocorridas na cidade e Belém, e com repercussão em grandes canais de notícias. Na subseção seguinte prossegue-se com a demonstração de notícias relacionadas a questões inerentes de violência obstétrica, com foco no município de Marabá.

### **3.1 A cidade de Marabá perante a Violência Obstétrica: casos que tiveram divulgação na mídia**

Em Marabá, como na maioria dos municípios brasileiros não existe legislação municipal sobre o tema da violência obstétrica. A cidade conta com grupos de mulheres organizadas que lutam em defesa do direito da mulher, porém nenhum é específico sobre a violência obstétrica. Conta também com COMDIM (Conselho Municipal dos Direitos da Mulher) e a Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para as mulheres que fora criada em 2014, porém só se tornou lei em 2020 tendo seu plano de ação aprovado pela prefeitura em 2021. Diante disso, não foi encontrado nenhuma literatura, pesquisa ou trabalho científico sobre violência obstétrica na cidade de Marabá para embasar esta pesquisa, portanto usaremos fontes jornalísticas sobre casos de violência obstétrica que foram noticiados e encaminhados a denúncia ao Ministério Público e Defensoria Pública da cidade.

Em 2017 o Hospital Materno Infantil implantou a PNH (Política Nacional de Humanização) do SUS, através de uma mesa redonda e oficinas com o coordenador regional de saúde mental e apoiador da PNH Wagner Dias Caldeira do Ministério da

---

<sup>47</sup> Ver: <http://www.oabpa.org.br/index.php/noticias/7363-comissao-da-oab-pa-recebe-com-consternacao-publicacao-de-lei-estadual-que-garante-possibilidade-de-optar-por-cesarea-eletiva>

Saúde foi apresentando o “projeto acolhimento”, visando aprimorar o atendimento dos profissionais que trabalham na acolhida das usuárias do Hospital Materno Infantil. O setor responsável para desenvolver o projeto é o serviço de psicologia do hospital em parceria com estudantes da primeira turma de Psicologia da UNIFESSPA (Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará).

O projeto tem como slogan, dar acolhida, dar ouvidos, agasalhar, receber, atender e admitir. Após avaliação de alguns estudantes universitários identificou-se que a humanização no HMI, deveria começar pelo o acolhimento, que passa por setores como a portaria, recepção, triagem, técnicos de enfermagem e farmacêuticos, ou seja, aqueles que fazem os primeiros contatos com o público. A direção do HMI manifestou-se dizendo que vem tentando implantar o parto humanizado, inclusive o centro obstétrico já conta com uma fisioterapeuta, que acompanha as parturientes e utiliza de várias técnicas para ajudar num parto adequado. Essa notícia fora publicada na página eletrônica oficial da PMM (Prefeitura Municipal de Marabá) em 11 de outubro de 2017<sup>48</sup>.

De modo que em 2018 surgiu uma proposta de estadualização do HMI, pelo deputado estadual João Chamon MDB (Movimento Democrático Brasileiro) para passar o controle administrativo-financeiro para o governo do Estado. Visando resolver alguns problemas existentes na instituição inclusive o de cunho financeiro, pois a maternidade é municipal e atende vinte e duas cidades circunvizinhas a Marabá fazendo na prática o trabalho de uma maternidade estadual.

Posteriormente o deputado Estadual João Chamon (MDB) pronunciou-se dizendo que decidiu colocar a matéria em stand-by (regime de espera), depois de conversar com o vereador Pedro Correa, presidente da Câmara de Marabá, e com o médico Manoel Veloso. Vamos envolver a comunidade nesse processo, ouvindo o Conselho Municipal de Saúde, servidores públicos e até usuários. Nossa intenção é apresentar soluções para a melhoria do atendimento naquela unidade hospitalar, jamais criar polêmica”, informa o deputado João Chamon. O assunto não foi mais debatido nem levado a público. Esse fato foi noticiado no Blog do Hiroshi Bogea on Line em 29 de março de 2018<sup>49</sup>.

---

<sup>48</sup> Ver: <https://maraba.pa.gov.br/materno-infantil-implanta-politica-nacional-de-humanizacao/>

<sup>49</sup> Ver: <https://www.hiroshibogea.com.br/proposta-de-estadualizacao-hmi-sera-levada-debates/>

Em janeiro de 2019 Simone de Souza Nascimento, de 29 anos, procurou no HMI, pois já estava com 41 (quarenta e uma) semanas de gestação e seguindo orientação médica foi verificar se estava tudo bem. Ela foi internada e a cesariana foi marcada para o outro dia. Segundo a cunhada da parturiente ela não pode entrar para acompanhar Simone. Às seis horas da manhã quando o esposo da vítima foi até o hospital para pedir informações, apenas informam que a criança nasceu as quatro horas da manhã e que a esposa estava morta.

Aos familiares, o médico disse que a mulher sentiu dores, sofreu dilatação, a bolsa estourou e houve forte sangramento, o que causou parada cardiorrespiratória.

Edvaldo Sanches Furtado esposo de Simone relata que após ser informado sobre o nascimento da filha e morte da companheira entrou em choque, afirma ter pedido para ver a mulher e o que encontrou o deixou ainda mais perturbado com a situação.

Simone, estava deitada e coberta de sangue e a filha estava ao lado, sem roupa, deitada sobre um pano verde, chorando e agitada. “Eu me deparei com ela em uma sala, passei a mão na cabeça dela e vi que estava morta mesmo. Foi um constrangimento ainda maior ver o estado que ela estava lá, muito sangue, muito feio. Aí me deparei com a minha filha perto dela, só num pano, descoberta. Pensei em como ela deu à luz uma criança às 4h25 e essa criança está até 7 horas da manhã neste mesmo jeito? Chamei a enfermeira e falei ‘moça, a minha mulher tá morta e agora essa criança vai morrer também?’. (EDVALDO SANCHES, 2019)<sup>50</sup>

A vítima realizou o pré-natal corretamente no CRISMU (Centro de Referência Integrada à Saúde da Mulher), o qual não apontou qualquer anormalidade durante a gravidez. A secretaria de saúde de Marabá, informou a imprensa que a promotora Jane Cleide Silva Souza, do Ministério Público do Estado do Pará, solicitou apuração dos fatos junto à administração do HMI, ao CRM e à Comissão de Ética do HMI, além da formação de Comissão de Sindicância, que deverá ser formada por dois enfermeiros e dois médicos e que estes não sejam profissionais que participaram do atendimento. Essa situação fora noticiada no Jornal Correio de Carajás em 08 de janeiro de 2019 <sup>51</sup>.

Outro caso repercutido nos meios de comunicação foi o da parturiente Charleane Rodrigues dos Santos, de trinta e quatro anos, que morreu HMI em outubro de 2020, a vítima estava na décima oitava semana de gestação. Era uma gestação

---

<sup>50</sup> <https://correiodecarajas.com.br/hmi-familia-acredita-em-negligencia-medica/>

<sup>51</sup> Idem.

de risco, o bebê ainda muito prematuro também não resistiu. Uma das irmãs de Charleane desabafou dizendo: “Quantas pessoas será que têm que morrer nesse hospital pra alguém tomar uma providência. Falta humanidade, que eles não têm... coração”. Esse caso foi noticiado também no Jornal Correio de Carajás em 27 de janeiro de 2020<sup>52</sup>.

Ainda em 2020 três famílias de vítimas que acabaram morrendo no HMI se uniram para cobrar uma ação do MP-PA em Marabá sobre os casos de seus familiares que não tiveram respostas. O protesto na frente do prédio do MP-PA solicitava uma sindicância junto ao HMI e ao HR (Hospital Regional) para apurar os casos e a requisição de abertura de inquéritos policiais. Essa manifestação fora veiculada no Jornal Correio de Carajás em 06 de novembro de 2020<sup>53</sup>.

O ano de 2021 começou com a morte de um bebê ainda no útero da mãe no HMI. No dia 31 de dezembro de 2020, Claudenor Peixoto e Sarah Maria deram entrada na maternidade. A gestante que estava com diabetes gestacional foi atendida por dois médicos que avaliaram o nível de glicose no sangue e verificaram como estava o coração do bebê. A paciente foi submetida a tomar um soro junto com uma medicação para dor, posteriormente foi informada pela enfermeira que não poderia ser liberada, pois a glicose estava abaixo do normal, porém naquele momento não tinha médico para avaliá-la. O casal então decidiu ir para casa se alimentar e retornar mais tarde para o HMI. Ao chegar em casa Sarah sente muita sonolência e dorme por um bom tempo. Ao retornar para o hospital e auscultar o bebê o médico informa que o bebê se encontrava morto. Esse caso fora noticiado e rememorado no Jornal Correio de Carajás em 08 de fevereiro de 2021<sup>54</sup>.

Ainda no mês de janeiro de 2021 o casal Francisco Hélio e Ana Lucia foram até uma delegacia de polícia, denunciar a morte do filho no HMI. O casal procurou a delegacia de Polícia Civil para denunciar mais uma morte no HMI. O filho deles nasceu prematuro e, segundo os pais, o parto aconteceu no corredor da casa de saúde. Ele ainda chegou a chorar e poucos instantes depois, morreu. Ana Lucia e Francisco registraram Boletim de Ocorrência Policial e aguardam uma resposta das autoridades. Ana Lucia disse que “foi até o banheiro e no caminho, no meio do corredor, sentiu

---

<sup>52</sup> Ver: <https://correiodecarajas.com.br/paciente-morre-no-hmi-familia-cobra-providencias/>

<sup>53</sup> Ver: <https://correiodecarajas.com.br/familias-cobram-mais-celeridade-do-mp-sobre-mortes-materna-e-neonatal/>

<sup>54</sup> Ver: <https://correiodecarajas.com.br/mppa-pede-sindicancia-por-morte-de-bebe-em-maraba/>

fortes contrações, e o filho começou a nascer ali mesmo, embora ela estivesse grávida de apenas seis meses e sete dias”. Esse caso foi noticiado no Jornal Correio de Carajás em 16 de janeiro de 2021, inclusive com um título que evidencia que é bastante recorrentes mortes naquela unidade de saúde. O título da matéria é a seguinte: “Mais uma morte no Hospital Materno Infantil de Marabá”<sup>55</sup>.

Em março de 2021 foi aprovado no município de Marabá o 1º Plano Municipal de Políticas Públicas para Mulheres, instituído através da Lei nº 18.033 em 21 de maio do mesmo ano. Trata-se de um instrumento de gestão a ser implementado pelo poder público e pela iniciativa privada, o qual irá se tornar um importante guia na fiscalização e efetivação das políticas públicas no âmbito municipal. Júlia Rosa, presidente da Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para a Mulher de Marabá, lembra que os momentos de discussões ocorreram de forma democrática com socialização e proposição acerca das políticas públicas, nas diversas áreas, na certeza e reafirmação da importância de se avançar, a nível municipal, na garantia, promoção e defesa dos direitos das mulheres.

Art. 1º Fica instituído o Plano Municipal de Políticas Públicas para Mulheres de Marabá - PMPPM com a finalidade de promover as políticas públicas de forma a assegurar a igualdade de gênero, bem como estipular medidas e ações a serem implementadas para eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher no município de Marabá/PA em consonância com a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil (MARABÁ, 2021).

Entretanto no PMPPM (Plano Municipal de Políticas Públicas para Mulheres de Marabá) não tem nada específico em se tratando da violência obstétrica. Contudo a lei cita “Estimular as ações de prevenção relacionadas a medicina e saúde no ambiente de trabalho, com foco especial nas doenças que acometem o público feminino”.<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> Ver: <https://correiodecarajas.com.br/mais-uma-morte-no-hospital-materno-infantil-de-maraba/>

<sup>56</sup> Várias instituições e organizações colaboraram com a construção do plano como: o Tribunal de Justiça do Estado do Pará, na pessoa do Juiz Alexandre Arakaki, da Câmara Municipal de Vereadores de Marabá e da Comissão da Mulher no Legislativo, Ministério Público do Estado do Pará, na pessoa da promotora Aline Cunha, Defensoria do Estado do Pará, Ordem dos Advogados do Brasil – Seção Marabá, Governo do Estado, em especial o Pará Paz/Marabá, Fórum Permanente de Mulheres de Marabá, Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, Procuradoria Geral do Município, Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA), Faculdade Carajás e as secretarias municipais de Assistência Social, de Planejamento, de Educação, de Saúde, de Agricultura, Finanças e Segurança Institucional, Patrulha Maria da Penha (Guarda Municipal de Marabá, Polícias Civil e Militar). Além das

No plano de plano de ação- ações prioritárias, descreve-se qual a ação será implantada, quais órgãos ficarão responsáveis, qual produto, quem serão os parceiros e qual o prazo para excursão.

Objetivo II: Promover a ampliação, qualificação e humanização do atendimento e ações de atenção integral à saúde das mulheres na rede de saúde bem como estruturando os espaços de saúde responsáveis pelos atendimentos a mulheres vítimas de violência a fim de evitar a revitimização e violência institucional;

Objetivo III: Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais;( MARABÁ, 2021)

Dentre as ações elencadas no documento estão:

- Garantir formação continuada para as parteiras tradicionais e Doulas
- Articular a Implantação da ala neonatal- do hospital materno infantil
- Melhorar a assistência à gestação, ao parto e puerpério, reduzindo o número de cesárias e promovendo o acesso universal ao parto natural e humanizado.
- Incentivo e ampliação do Parto humanizado conforme diretrizes do Ministério da Saúde (MARABÁ, 2021).

Ao longo do trabalho percebemos que no Brasil as políticas públicas e consequentemente legislações a respeito da violência obstétrica são bastante descontínuas e fragmentadas, haja vista a inexistência de uma legislação federal própria. Em especial neste capítulo demonstrou-se consequências desse contexto que de uma maneira ou de outra certamente contribui para as situações relatadas pelos meios de comunicação, sejam num âmbito mais local como também em âmbitos mais abrangentes. Isto consequentemente choca bastante a sociedade como um todo, pois são situações que ocorrem em um período de grande vulnerabilidade e sensibilidade da vida das mulheres.

Então os elementos aqui trazidos de fontes secundárias nos trazem bastante conteúdos e que seguramente possibilitam o alcance do objetivo do presente capítulo. Feito isso partiremos para o próximo capítulo onde discorreremos sobre informações mais primárias e são fundamentalmente oriundas de usuárias e usuários que passaram por algum tipo de situação de violência obstétrica no HMI.

---

entidades da sociedade civil como a Associação da Mulher de Marabá, Grupo Arco Íris da Justiça, Instituto Hosana Lopes de Abreu, Centro Social Liberdade, Diocese de Marabá, Acavim, Instituto Reviver, Movimento de Mulheres Margaridas e todas as demais instituições e associações de mulheres das zonas urbana e rural de Marabá.

#### **4. DESCREVENDO PARTOS E NASCIMENTOS NA ÚNICA MATERNIDADE PÚBLICA DO SUL E DO ESTADO DO PARÁ: UM ABISMO ENTRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO.**

*Eu vi a mulher preparando outra pessoa  
O tempo parou pra eu olhar para aquela barriga  
A vida é amiga da arte[...].  
Caetano Veloso.*

Tendo em vista que nos capítulos anteriores ficou bastante evidente pelas diversas fontes de informação e conhecimento muitas situações relacionadas a problemas tanto no que diz respeito a estrutura e funcionamento do HMI quanto, como também de toda uma política nas três esferas de governo que deixam muito vulneráveis usuários dos serviços de saúde no município de Marabá no que tange ao período gestacional, de parto e pós-parto. Somados a isso há ainda o fato de que na região do sudeste do Pará o HMI é a única maternidade existente situação que certamente agrava mais ainda problemas inerentes a isso.

Para esse capítulo optamos usar os depoimentos de três mulheres-mães que foram vítimas de violência obstétrica no HMI, a priori foi pensado também em discutir um questionário ao qual aplicamos por meio do aplicativo *Google Forms*. Foram obtidas 30 (trinta respostas), primeiramente isso foi uma alternativa pensada tendo em vista a dificuldade por conta da pandemia do Covid-19, causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), declarada pela OMS em 2020, ainda vigente e sobretudo na limitação de conseguir informações a respeito do HMI, pois durante o desenvolvimento da pesquisa a maternidade forneceu dados parciais, prejudicando o método de análise para os dados quantitativos. Além de os dados com informações genéricas e parciais tanto do HMI quanto MP-PA chegaram já na fase de término da escrita desse trabalho.

As mulheres que responderam ao questionário usaram os serviços disponíveis no HMI e participam de grupos do aplicativo Whats App aos quais a autora também participam. Nestes grupos participam apenas mulheres, nos dois grupos aos quais foram divulgados o questionário participam algo em torno de 100 (cem) mulheres. Porém, quando tivemos acesso a alguns dados, que serão apresentados à frente, percebemos que o universo amostral era muito pequeno diante do universo do HMI, em termos percentuais a amostragem de 30 (trinta) questionários respondidos não passava de algo em torno de 0,17% (zero vírgula dezessete por cento). Entretanto,

essa divulgação nos permitiu contato com três mulheres que tiveram experiências muito complicadas quando passaram pelo HMI, estes depoimentos serão mais a frente explanados e analisados. Para isso cumprimos todos os protocolos de ética em pesquisa, optamos também em preservar a identidade das depoentes. São depoimentos muito chocantes e nos trazem também, assim como o levantamento de matérias jornalísticas do capítulo anterior, muitas evidências do quanto são necessários ajustes e até mesmo a implantação de uma política pública de combate a violência obstétrica. Antes da apresentação dos depoimentos trazemos alguns elementos históricos e institucionais sobre o HMI.

#### **4.1 História do Hospital Materno Infantil de Marabá-HMI**

A cidade de Marabá-PA tem uma população estimada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 287.664 mil habitantes<sup>57</sup>. Com uma maternidade pública o HMI (Hospital Materno Infantil), porém atende vinte e dois municípios vizinhos por ser a única maternidade que possui UTI-Neonatal e UCI (Unidade de Cuidados Intermediários) -neonatal em toda região do sul e sudeste do Estado do Pará, fazendo atendimentos de média complexidade. É referência para região, pois atende inclusive casos de grávidas de risco e médio risco dessas cidades vizinhas. Além da maternidade no HMI a cidade conta também com três hospitais que também fazem partos, um hospital militar, um que presta serviços para prefeitura e também serviços privados e um totalmente particular. O Hospital Regional de Marabá atende casos de alta complexidade encaminhados de toda região e de várias especialidades, inclusive gestantes de alto risco.

O Hospital Materno Infantil de Marabá foi inaugurado em março de 2008, através de uma articulação do Conselho de Saúde da época que coletou quatro mil assinaturas na cidade para usar a verba destinada para a saúde em ampliação e instalação do HMI em uma unidade de atendimento antiga do núcleo da velha Marabá. Para a conquista do HMI a participação sociedade civil organizada fora fundamental, isso é evidenciado na fala da senhora Rosalina Izoton que durante muitos anos foi membra do CMS (Conselho Municipal de Saúde) e é uma importante liderança do

---

<sup>57</sup> IBGE (2021)

Grupo de Mulheres Arco-Íris da Justiça e nos concedeu uma entrevista em meados de novembro de 2021. Vejamos a seguir o trecho da fala:

Nós mulheres e conselheiros da saúde na época fizemos um abaixo assinado pro Estado. Aí veio uma pessoa representante do Estado em Marabá, né, se reuniu conosco. Nós colocamos toda a situação. Aí ele disse, “Pois, o Hospital vai sair...” “Pois o Hospital vai existir em Marabá, porque o Estado vai entrar com a contrapartida dele pra ajudar na manutenção, porque o prefeito daquela época que o mesmo atual botou mil e uma dificuldades, que não ia ter como manter esse hospital. O HMI saiu com muita luta, muita luta do conselho de saúde e de alguns grupos de mulheres organizadas”. (ROSALINA IZOTON, NOVENBRO DE 2021)

O relato da ex-conselheira de saúde é fundamental para entendermos que a maternidade nasce através da organização da sociedade civil, que, representada pelo conselho de saúde, cobra do Estado a implantação da nova unidade de saúde para a população. A cidade é liderada por um partido político de direita tradicional e conservador que é oposição do atual governo do Estado. O envolvimento das chamadas forças populares na presença do conselho de saúde no processo decisório sobre a alocação de recursos orçamentários em 2008 confirma que o poder de mobilização, dessas entidades representativas, pode intervir nas decisões do município, mesmo quando o gestor não tem interesse em aplicar determinada política pública.

De acordo Rosalina Izoton o prefeito em uma postura autoritária e antidemocrática que após a inauguração do HMI chegou a destituir o conselho de saúde eleito em 2006 e empossou um conselho de saúde com representantes da sociedade civil e representantes da prefeitura indicados por ele. Os antigos conselheiros entraram na justiça, mas tiveram que esperar quatro anos para poder participar do conselho novamente.

Ai eu sei que nós levamos pra justiça, fizemos todos os documentos, levamos para o Ministério Público, né. Eu sei que conversa vai, conserva vem, nós ganhava, e eles recorria, a prefeitura recorria...Ai nós entrava de novo, ai quando nós conseguia, eles recorria de novo. Ai até quando entrou o prefeito Maurino Magalhães. Nós entramos de novo, e eles se perderam com a data de recorrer, eu sei que nós acabamos ganhando a causa. Quatro anos depois”. Mas nós ficamos muito em cima do pessoal do Hospital Municipal, pro funcionamento deles. É... Dos equipamentos. Porque eles levaram muito equipamentos velhos, durante o tempo que a gente ficou fora eles botaram muitos equipamentos velhos, que já tava até dando problema de acidente nos trabalhadores de saúde. Aquelas mesas que já tinha até enferrujado. Eu sei que nós entramos lá e pedimos que tirasse todo aquele material, e que viesse um novo, aí fizeram um projeto pra equipamento do HMI, novos

equipamentos. Ai foi melhorando, melhorando. Mas ai a gente ficou pouco tempo por que... Porque quando aconteceu isso ai, a nossa gestão tava quase acabando. Ai a gente entrou quase pra terminar a gestão, né (ROSALINA IZOTON, NOVENBRO DE 2021).

Segundo blog da prefeitura de Marabá em 2008 o HMI foi inaugurado com 50 (cinquenta) leitos, sendo 42 (quarenta) para adultos, distribuídos nas enfermarias (dois de isolamento), 06 (seis) na sala de pré-parto (Centro Obstétrico) e oito infantis, na UCI neonatal. E, diferentemente da área de obstetrícia do HMM (Hospital Municipal de Marabá) (MARABÁ, 2008). De acordo a prefeitura, a maternidade foi pensada para atender cerca de 420 (quatrocentas e vinte) parturientes ao mês, sendo mais de 300 (trezentos) partos normais e a demais cesariana. Descreve ainda, na matéria, que o hospital contrataria 160 (cento e sessenta) servidores nesta fase inicial, sendo a maioria convocada do último concurso público e outros profissionais remanejados do Hospital Municipal de Marabá para à nova casa de saúde (MARABÁ, 2008).

No dia da inauguração em março de 2008 algumas mulheres de movimentos sociais organizadas na cidade ficaram sabendo que o HMI iria ser inaugurado, mesmo sem a ala infantil. Portanto, organizaram-se e fizeram um protesto na porta do hospital com faixas e cartazes solicitando a implantação da ala pediátrica ao prefeito e demais representantes políticos que estavam presentes (CORREIO DO TOCANTINS, 2008).

“Nós como mães e participantes do movimento de mulheres, sabemos mais do que nunca da importância do atendimento médico para as crianças. Perceba, ainda, que o HMI sem a ala infantil não resolverá o problema da saúde infantil em Marabá”, contextualizou Rosemayre Lima Bezerra, membro do Fórum Permanente de Mulheres de Marabá e Região.<sup>58</sup>

No relato de Rosalina Izoton a mesma coloca alguns elementos dessa situação:

No projeto inicial tinha “Hospital Materno Infantil”, era pra ser “Hospital Materno Infantil”. E no dia da inauguração tinha só “Hospital Materno”. O infantil não foi inaugurado, não tinha a Ala de Criança. Ou seja, se a mulher ganhasse o neném ali, o neném tivesse com algum problema, imediatamente tinha que tirar de lá, ou pro Municipal ... Porque não tinha ala da pediatria. Então o projeto era os dois “Hospital Materno Infantil”. Ai no dia da inauguração nós fizemos uma faixa, ficamos lá fora dizendo. “- Queremos a Ala Infantil”. O hospital é: Hospital Materno Infantil. (ROSALINA IZOTON, NOVENBRO DE 2021).

Dois anos depois foi implantado na maternidade 04 (quatro) UCI-neonatal. A ala infantil que estava descrita no projeto piloto do HMI em 2008 será implantada

---

<sup>58</sup> ver: <https://www.skyscrapercity.com/threads/marab%C3%A1-ganha-hospital-materno-infantil.590509/>

somente em 2019 com a adequação para os leitos de UTI-neonatal, através de parceria do governo do Estado. Importante ressaltar que não existe nenhuma matéria no site oficial da prefeitura de Marabá sobre a Inauguração da maternidade. Dessa forma, as informações acima foram retiradas do blog que a prefeitura alimentava em 2008, sob a forma de um boletim informativo e de um blog pessoal de um jornalista. A maternidade não disponibilizou demais informações, contudo confirmou que estavam corretas.

Em novembro de 2021, procuramos a maternidade para coletar dados e possível entrevista com alguém do setor responsável pela implantação de políticas públicas, porém foi informado que as perguntas deveriam ser respondidas por setores diferentes, então foi solicitado pelo setor administrativo que encaminhasse os questionamentos via e-mail para que os profissionais de cada setor respondessem por e-mail as perguntas. A pesquisadora não conseguiu realizar nenhuma entrevista com nenhum profissional para coleta de dados e as perguntas foram parcialmente respondidas. Segundo o administrativo do HMI a estrutura física da maternidade continua a mesma de 2008, não houve nenhuma ampliação. O quadro funcional em 2021 contava com 413 (quatrocentas e treze) servidores dentre eles (14 (quatorze) médicos obstetras; 6 (seis) médicas pediatras que são todas mulheres e lotadas na UCI Neonatal; 1 (uma) médica clínica geral; 22 (vinte e dois) enfermeiros (as); 4 (quatro) enfermeiras obstetras, 4 (quatro) fisioterapeutas; 4 (quatro) fonoaudiólogos(as); 4 (quatro) assistentes sociais; 2 (dois) psicólogos; 107 (cent e sete) técnicos(as) de enfermagem; 3 (três) técnicos em radiologia; 8 (oito) técnicos em enfermagem e instrumentador cirúrgico). É importante enfatizar que o técnico em radiologia foi contratado pelo concurso público em 2000; 2011 e 2021, ou seja, a cada década um profissional dessa área foi contratado, mesmo com a demanda de atendimento ter sido ampliada, está é uma das especialidades que tem mais reclamação na maternidade, pois só funciona no período diurno e em dias úteis, as parturientes que necessitam fazer um ultrassom nos sábados e domingos precisam sair do HMI para uma clínica que fica no outro núcleo da cidade. Outra informação importante é que os médicos anestesistas não são funcionários da maternidade, a prefeitura possui um contrato com a cooperativa de anestesistas que presta serviço para o HMI.

Contudo, por outro lado, temos o problema estrutural e de quadro pessoal para a implementação das políticas públicas de parto e nascimento, com o número de funcionários lotados na maternidade, o volume de atendimentos realizados mensalmente não condiz como o número de trabalhadores necessários para realizar um trabalho de qualidade e eficiência. São apenas 14 (quatorze) médicos (as) obstetras, que trabalham em regime de plantão para atender o atendimento ambulatorial com consultas, as internações, a sala de pré-parto e procedimentos cirúrgicos, tornando-se visivelmente impossível com esse contingente ínfimo de médicos (as) obstetras prestar uma assistência de qualidade para as mulheres.

No ano de 2020 a cidade de Marabá teve registrado no site da Secretária de Vigilância a Saúde 4.569 (quatro mil quinhentos e sessenta e nove) nascidos vivos, 114 (cento e quatorze mortes maternas) e 47 (quarenta e sete) mortes neonatais. Na tabela a seguir estão colocados esses números entre os anos de 2015 e 2020.

**Tabela 01:** Números de nascidos e mortes no município de Marabá 2015-2020

<b>Marabá</b>	<b>Nascidos vivos</b>	<b>Mortalidade Materna</b>	<b>Mortalidade Infantil e Fetal</b>
Ano 2020	4.569	114	47
Ano 2019	4.822	88	53
Ano 2018	4.943	84	50
Ano 2017	4.764	88	63
Ano 2016	4.751	92	52
Ano 2015	5.173	78	45

**Fonte:** Secretaria de Vigilância e Saúde/ Ministério da Saúde

Um detalhe importante no site da Secretaria de Vigilância e Saúde são disponibilizados os dados gerais do município e não especificamente do HMI, por isso solicitamos à maternidade os dados dos partos realizados de 2015 a 2021 em específico do HMI, assim como o número de morte materna e neonatal, os dados foram disponibilizados parcialmente. Não incluímos na tabela o ano de 2021 por não apresentar o quantitativo geral do ano corrente, portanto quando estiver um traço entende-se que não tivemos acesso ao dado, conforme apresentaremos na tabela a seguir:

**Tabela 02:** Números e tipologias de partos e mortes no HMI 2015-2020

<b>Hospital Materno Infantil</b>	<b>Parto Normal</b>	<b>Parto Cesário</b>	<b>Total de Partos</b>	<b>Percentual de Partos Cesários</b>	<b>Morte Materna</b>	<b>Morte Neonatal</b>
Ano 2015	2.958	1.660	4.618	35,94%	1	----- -
Ano 2016	2.752	1.848	4.600	40,17%	3	----- -
Ano 2017	2.745	1.732	4.477	38,68%	2	----- --
Ano 2018	2.815	2.181	4.996	43,65%	2	----- -
Ano 2019	2.784	2.454	5.238	46,84%	1	----- --
Ano 2020	2.899	2.457	5.356	45,87%	-----	----- -

**Fonte:** Dados disponibilizados pelo Hospital Materno Infantil para pesquisadora (2021)

Oriundos de fontes diferentes os números mostram discrepâncias profundas em especial os dados obtidos junto ao próprio HMI em que no período analisado as mortes maternas não passaram da casa das unidades, enquanto que nos dados obtidos na página eletrônica do Ministério da Saúde esses tipos de mortes são a cada ano na casa das dezenas e no ano de 2020 as mesmas ultrapassaram a casa das centenas. Quanto às cesarianas percebem-se a partir dos dados do HMI que estas no período analisado os índices sempre estiveram acima dos 35% (trinta e cinco por cento), índice este muito acima do que é recomendado pela OMS.

#### **4.1.1 Manifestação do Ministério Público do Estado do Pará sobre o Hospital Materno Infantil de Marabá.**

O Ministério Público do Estado do Pará respondeu ao ofício no dia dezoito de novembro sob o despacho 05300/2021, que no ano de 2021 existiam na Promotoria de Justiça de Direitos Constitucionais Fundamentais, Ações Constitucionais, Fazenda Pública, Família e Sucessão, dois procedimentos em andamento relacionados ao Hospital Materno Infantil de Marabá (HMI), o primeiro deles correspondia a

acompanhar e fiscalizar, de forma continuada, a estrutura física e o funcionamento do Hospital Materno Infantil (HMI) de Marabá

Este primeiro procedimento foi instaurado em março de 2021, Ao instaurar o procedimento determinou-se a realização de diligência “in locu” no Hospital Materno Infantil de Marabá pelo Oficial de Diligências e Engenheiro (GATI), a fim de que fosse verificado a quantidade de leitos clínicos, cirúrgicos, relação de insumos, medicamentos, número de profissionais, taxa de mortalidade ou se existe alguma comissão que avalia as causas dos óbitos e os registros sobre essas causas, bem como, seja verificada toda a estrutura física do referido Centro Saúde, como demais questões que entenderem pertinentes ao caso.

O Oficial de Diligências do MP apontou que naquele momento, o HMI dispunha de todas as condições estruturais, de material de escritório, medicamentos, insumos e material humano com condições satisfatórias para atender a população, ressaltando o aumento do atendimento de pacientes de populações vizinhas. O oficial, ainda ressaltou que a Unidade Hospitalar estava limpa, setores organizados, fluxo de atendimento das pacientes dentro das normalidades, sem intercorrências que merecessem registro.

Destacou ainda no documento que a Defensoria Pública Estadual do Pará ingressou com a Ação Civil Pública nº 0802527-06.2021.8.14.0028, em face ao município de Marabá, com o objetivo de compelir ao ente público a autorizar que os acompanhantes possam estar presentes nos partos realizados nas dependências dos hospitais de Marabá - PA, inclusive que houve manifestação favorável do Ministério Público, tendo sido deferida a liminar. Portanto, para o cumprimento da Lei nº 11.108/2005, já existe uma ACP, na qual o Ministério Público Estadual atua como “custus legis”.

Ainda sobre o primeiro procedimento administrativo o Ministério Público destacou que aguardava o Relatório Técnico do GATI – Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar do Ministério Público pra saber as atuais condições da referida maternidade, a fim de subsidiar a atuação funcional, uma vez que quando se fala em humanização de parto existem vários critérios técnicos a serem pontuados, não tão somente a questão do acompanhamento durante o parto.

Sobre o segundo procedimento administrativo foi instalado em outubro de 2021 cujo o objeto é acompanhar e fiscalizar políticas públicas relacionadas a vistoria

realizada pelo CRM/PA no Hospital Materno Infantil de Marabá -HMI. De acordo a promotora determinou-se que fosse oficiado ao Prefeito Municipal de Marabá e ao Secretário Municipal de Saúde, encaminhando cópia do Relatório de Fiscalização realizado pelo CRM/PA, bem como, solicitando informações. Em resposta, o Secretário Municipal de Saúde pontuou todas as irregularidades, estando pendentes algumas de cumprimento, por depender de trâmites administrativos (licitação). Destacou ainda que solicitará nova fiscalização do CRM/PA, a fim de verificar se houve ou não o cumprimento das recomendações expedidas pelo referido órgão fiscalizatório.

No relatório desta vistoria realizada no dia vinte e nove de setembro e protocolada em seis de outubro de dois mil e vinte e um disponível no site do MPPA o conselho regional de medicina aponta vários descumprimentos e irregularidades, bem como sugestão para garantir uma assistência humanizada para as gestantes usuárias do HMI. Dentre as ponderações estão: 1-Garantir que haja 03 médicos plantonistas e 02 pediatras neonatologista, pois no momento da visita havia apenas um médico e uma pediatra atendendo. 2- Construir as comissões de ética médica, pois no momento o hospital não possui nenhuma funcionando, principalmente as de controle de infecção hospitalar, de prontuários e de óbitos. 3- Climatizar o ambiente de atendimento que estava sem refrigeração no momento da fiscalização.4- Manutenção e higienização dos espaços físicos. 5- construir espaços adequados para pré-parto, parto e centro cirúrgico, seguindo as normas do Ministério da saúde.6- Recuperação das portas do centro cirúrgico.

Neste contexto, o relatório da vistoria realizada pelo Conselho Regional de Medicina vem corroborar, como o que descrevemos na dissertação, visando analisar como a política pública de parto e nascimento está sendo desenvolvida na prática, de forma que sua efetivação possa garantir as mulheres um parto livre de violência, como preconiza a OMS e a Rede Cegonha.

Evidentemente de que uma instituição como o HMI de uma importância regional, possuem universos e experiências diversas, tendo como perspectiva pesquisar situações de violência obstétrica na seção seguinte veremos relatos de experiências de mulheres usuárias nos últimos anos do HMI e significativamente vítimas de violência obstétrica.

## 4.2 Histórias de vidas traumatizadas pelo parto no HMI

Quando iniciei a pesquisa, receava não encontrar mulheres dispostas a narrar suas experiências de parto na cidade de Marabá, pois, naquele momento em meu julgamento, tratava-se de algo muito pessoal e íntimo. No entanto, de forma surpreendente, logo que compartilhei um questionário online pelo aplicativo *Google Forms*, passei a ser procurada por um número significativo de mulheres interessadas em colaborar com a pesquisa, dispondo-se a ajudar de alguma forma, com um desejo coletivo de, através da sua história do parto contribuir para que outras mulheres não precisassem passar pela experiência negativa, a qual elas passaram.

Outra situação, nesse levantamento de dados, que trouxe perplexidade, foi o fato de explicar para a mulher a garantia de manter sigilo e privacidade do seu nome, não usando sua identificação em nenhum momento do trabalho e obter como resposta: “ Mas se quiser citar meu nome não tem problema, eu não quero que outras mulheres passem pelo que passei naquela maternidade”, “se for para ajudar pode citar”, ou então “ Se isso servir para ajudar outras mulheres pode usar o meu nome”.

Diante desse cenário, é possível entender que elas viram na pesquisa uma oportunidade de externar e divulgar o tipo de violência que elas viveram no momento do parto, como algo a auxiliar outras gestantes. Dessa maneira, passei a ver esta dissertação não apenas como um trabalho científico, mas como uma contribuição social, feminista e humanizada para trazer esperança a outras mulheres que no futuro necessitem da assistência médica naquela maternidade.

No projeto de pesquisa dessa dissertação a proposta era de trabalhar apenas com o questionário online, por conta de estarmos vivendo uma pandemia, contudo, as dificuldades para obter dados consistentes surgiram por parte da instituição de saúde e dos órgãos fiscalizados, sobretudo, do Conselho de Saúde de Marabá, que não respondeu ao ofício, do Hospital Materno Infantil que apresentou dados parciais e o Ministério Público Estadual que respondeu através de um despacho com conteúdo genérico o qual já tinha sido usado no trabalho por esta disponível no site do MPPA.

Buscaremos identificar na fala das mulheres que sofreram a violência obstétrica, se as mulheres-mães conseguem reconhecer tais atitudes de maus-tratos como violência obstétrica, bem como se elas fazem denúncia para os órgãos competentes, e por fim descrever sobre os agentes fiscalizadores da sociedade, tanto no que tange a sociedade civil, como no tocante ao judiciário, para entender se as

políticas públicas para um parto humanizado de fato são garantidas para que as mulheres tenham partos livres de violência.

É preciso salientar, que não pretendemos esgotar o tema da violência obstétrica suas causas, origens e formas de combatê-la, mas buscar refletir sobre esse tipo específico de violência e como ele se sustenta silenciosamente na sociedade, e sob a forma de assistência médica. Por que as mulheres, que sofrem esse tipo de violência, não questionam o motivo pelo qual precisam passar por ações violentas justo na hora do nascimento? Averiguar se as mulheres-mães procuram denunciar os casos de violência obstétrica na cidade de Marabá, bem como trazer argumentos que podem auxiliar o pensar de como materializar as políticas públicas para parto e nascimento na maternidade-HMI.

Optei por focar nas histórias de três mulheres e trazer seus relatos para contribuir com o conjunto da dissertação, e, por meio de suas experiências, olhar o campo da assistência à saúde e problematizá-lo em busca de uma percepção dos limites e possibilidades de relação entre equipe médica que assiste e a parturiente assistida. Dessa forma, verifica-se a rotina de procedimentos e intervenções as quais foram submetidas as mulheres e bebês em suas experiências, analisando práticas da maternidade em questão, correspondem a uma assistência humanizada como preconiza a OMS e os objetivos Rede Cegonha.

Os nomes de todas as mulheres-mães foram substituídos, por nomes de flores, bem como os nomes dos profissionais citados no trabalho, foram substituídos por nomes fictícios, de maneira a preservar as identidades e garantir um mínimo de discrição e resguardo para as mulheres vitimadas. Mantive, no entanto, o nome das instituições sempre que citados, pois como não temos outra maternidade pública nem particular no sul e sudeste do Pará, é uma questão óbvia ligar as citações ao HMI.

As Mulheres-mães foram entrevistadas em suas residências, com todo protocolo de segurança (máscara, álcool e distanciamento) em razão da pandemia pandemia do Covid-19, causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), todas assinaram o TCLE (Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento) do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Pará, para isto fora emitido um número de protocolo por meio do código CAEE52364321.3.40000.8607, as entrevistadas receberam uma cópia devidamente assinada da autora no mês de novembro de 2021. Diante do exposto, peço licença como pesquisadora e mãe para adentrar no território

sagrado dessas mulheres e relatar suas experiências de parto nesta dissertação. O primeiro delas está na subseção a seguir e conta trações da história e da experiência de margarida, sigamos. Feitas estas considerações iniciais desta seção, na subseção seguinte traremos o relato das mulheres entrevistadas.

#### **4.2.1 Margarida, mulher negra, 29 anos, Primípara<sup>59</sup>, União estável, parto em outubro de 2015**

*Por me ostentar assim, tão orgulhoso  
de ser não eu, mas artigo industrial,  
peço que meu nome retifique.  
Já não me convém o título de homem.  
Meu nome novo é coisa.  
Eu sou a coisa, coisamente.  
(Carlos Drummond de Andrade)*

Margarida nos relatou que estava com quarenta e uma semanas de gestação, quando foi a maternidade para saber se estava tudo bem. Ao chegar para avaliação na maternidade ela foi examinada, sendo identificado que estava com três centímetros de dilatação. A médica encaminhou-a para sala de pré-parto e já aplicou o soro de ocitocina. Esse processo de internação faz parte da maioria dos hospitais/maternidades, sendo, assim, uma rotina na qual todas as mulheres são despidas, vestidas com a mesma bata (que inclusive deixa metade do corpo da mulher de fora), retiraram delas todos os pertences, acessórios, inclusive o telefone celular, para que ela possa adentrar a sala de pré-parto. A partir daquele momento você deixa de ser um sujeito e passa a ser uma paciente. Além da roupa, tiram-lhe também a opção de opinar sobre o trabalho de parto, pois o conhecimento técnico está apenas com a equipe médica, e a parturiente tem apenas que obedecer aos comandos e protocolos. Vejamos a seguir o relato nas próprias palavras de Margarida:

“Ai a médica já me encaminhou e me aplicou um soro de força, né, pra poder ter a passagem mais rápida, assim ela falou...Até então eu fui internada com três centímetros de dilatação e fiquei internada lá, sem sentir dor e tomando soro, continuei tomando soro, eu tomei três soros durante toda a noite... (MARGARIDA, NOVENBRO DE 2021).

Esse modelo de assistência médica ao qual Margarida fora submetida, conforme visto anteriormente, é denominado tecnocrático por Davis-Floyd apud Santos (2016), pois centra-se no hospital, no médico e no aparato tecnológico. Está

---

<sup>59</sup> Mulher que pariu ou vai parir pela primeira vez.

voltado para a relação com a instituição e com os profissionais que a representam, e estes profissionais, por sua vez, foram forçados num determinado padrão de ensino, o qual forma profissionais cada vez mais vinculados à tecnologia, aos aparelhos e exames, e menos capazes de se relacionar diretamente com seus pacientes.

No desenrolar das horas e ao entardecer, mais ou menos umas cinco da tarde, Margarida citou sem precisão o horário, por que dentro da maternidade a mulher não tem como saber a hora, pois fica sem nenhum tipo de acessório, sem celular e não tem relógio na sala de pré-parto, ficando à espera de que algum médico passe para fazer a avaliação:

“Tinha outra mulher lá do meu lado que ia fazer cesariana. Ai ele falou assim: - “Ah, já que todo mundo quer cesariana já pode preparar todo mundo que eu já vou fazer a cesariana em todo mundo, se for por isso.”...Ai até um enfermeiro falou assim: -“Não sei como o senhor quer fazer cesariana se não tem material pra fazer cesariana em todo mundo.” Então os enfermeiros saíram. De vez enquanto ia uma enfermeira lá verificar os batimentos do bebê, e só”... “Médico mesmo só apareceu duas vezes, que foi essa vez, que esse médico falou isso, da cesárea e depois a noite, eu entrei sozinha para a sala de pré-parto, não entrei com acompanhante, fiquei lá sozinha.... Aí eu estava muito nervosa e pedi pra enfermeira chamar meu acompanhante que estava lá fora, que era meu esposo. Ela o chamou, ele me disse que era onze da noite, pois eu estava sem celular, não tinha nada comigo, só eu com a bata, sem sandália, sem nada, sozinha.... Ele chegou lá, me acalmou, conversamos um pouco e depois voltou lá pra fora (MARGARIDA, NOVEMBRO DE 2021).

No relato da Margarida identificamos o que os autores como Diniz (2005); Ratner (2005), Tourquist (2004), descrevem como cascata de intervenções. A partir do momento que ela foi internada eles iniciaram a indução do parto provavelmente com medicações como a ocitocina sintética e posteriormente negaram a presença do acompanhante. O parto dela foi em 2015, dez anos depois da lei federal do acompanhante e ainda assim ela não teve o direito a estar com alguém de sua escolha na hora do parto.

Aí chegou um médico, um barbudo, eu acho que o nome dele era Júlio, se eu não estou enganada. Aí ele fez o toque, e disse assim: - “Você estar de seis a sete, eu vou estourar sua bolsa, e daqui pra meia noite você terá sua bebê, e depois você vai embora pra casa, amanhã cedo você já vai embora pra casa.”....Assim então eu confiei, né, ele é médico, ele estudou pra isso. Daí ele estourou minha bolsa, e a partir do momento que ele estourou minha bolsa é que eu comecei a sentir dor. Até então, eu fui internada era nove horas da manhã, já era onze horas da noite e eu não estava sentindo dor nenhuma (MARGARIDA, NOVEMBRO DE 2021).

Na narrativa de Margarida pude perceber que ao falar do dia do parto ela demonstra nervosismo, pois suas mãos suavam e seu semblante mudou. Naquele momento percebi que ela não fixava seus olhos nos meus, por vergonha ou para conter a emoção de lembrar aquele dia. Então, percebi que ela começou a olhar para cima e tentei deixá-la confortável não a encarando, nem questionando apenas ouvindo o relato daquela mãe.

“Ai só depois que ele estourou minha bolsa é que eu comecei a sentir dor, e sentir minha bebê na barriga assim todinha, podia pegar assim, que a gente sentia qual parte estava pegando, da cabeça, dos pés, porque não tinha mais líquido nenhum, parecia que tinha saído toda água...Passei a noite toda sentindo dor, das onze horas da noite, até o horário que ela nasceu que foi oito e dez da manhã, depois de uma noite inteira sem líquido na minha barriga. E eles deram a nota do parto, de oito pra nove, né. Que é o Apgar<sup>60</sup>” (MARGARIDA, NOVENBRO DE 2021).

Segundo ela, o parto foi “seco”, aconteceu na maca da sala de pré-parto. O atendimento médico no momento só aconteceu, depois que ela gritou de dor. Dessa forma, apenas após o descontrole da paciente, dois enfermeiros e um médico surgiram para auxiliar, pois ela estava só.

“E meu parto foi seco, um parto seco, literalmente seco, não deu tempo de ir nem pra sala de parto, eu tive ali mesmo, na sala de pré-parto por cima da maca, porque eu gritei ainda, não tinha médico, nem enfermeiro, nem nada.... Correu dois enfermeiros, e uma enfermeira e um médico, também não lembro qual era o médico, nessas horas também a gente nem pergunta, nem nada (MARGARIDA, NOVENBRO DE 2021).

No relato de Margarida deixa claro que o parto foi algo doloroso e bem difícil sendo usadas algumas intervenções desde o início para “auxiliar” segundo ela a ter um parto mais rápido com a administração da ocitocina sintética e amniotomia que é, quando se rompe a membrana que protege o bebê no útero conhecido popularmente como ‘estourar a bolsa’. O processo de ruptura mecânica da bolsa amniótica é descrito

---

<sup>60</sup> Consiste na avaliação de cinco itens do exame físico do recém-nascido, com 1, 5 e 10 minutos de vida. Os aspectos avaliados são: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Para cada um dos 5 itens é atribuída uma **nota** de 0 a 2. Uma nota de 8 a 10, presente em cerca de 90% dos recém-nascidos, significa que o bebê nasceu em ótimas condições. Uma nota 7 significa que o bebê teve uma dificuldade leve. De 4 a 6, traduz uma dificuldade de grau moderado, e de 0 a 3 uma dificuldade de ordem grave (DANONENUTRICIA, 2017).

nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal como uma intervenção médica não necessária” (BRASIL,2017).

Outra coisa que eu me lembro na hora dela (a criança) sair e que os dois enfermeiros ficaram jogando vaselina em cima de mim para a bebê sair, um ajudou empurrando minha barriga também, eu tinha pensado que na hora de sair tinha rasgado e na hora de costurar eu perguntei quantos pontos tinha dado pro médico e ele apenas respondeu: ah, não sei não, alguns aqui...Quando cheguei em casa eu percebi que eram muitos pontos, minha mãe contou sete pontos, tivemos que fazer curativo e passar pomada por vários dias de tanto que o corte foi grande e ainda hoje eu sinto a cicatriz no local” (MARGARIDA, NOVEMBRO DE 2021).

Na fala da entrevistada, em nenhum momento ela caracteriza essas intervenções como violência obstétrica. Na opinião dela, era apenas maus-tratos e estupidez por parte dos médicos. Outra observação é a visão da parturiente sobre o poder do médico sobre seus corpos, a mulher ficando em um momento de vulnerabilidade e sem condições de questionar qualquer atitude do médico que parecer ser o dono e controlador do parto, neste modelo tecnocrático, o qual permite a decisão e a intervenção sobre o corpo da mulher, com o argumento de auxiliar para que o parto seja mais breve<sup>61</sup>. É evidente essa relação de poder do médico sobre o corpo da mulher, o que também perpassa por uma questão de gênero, concretizada pelo fato dela estar vulnerável e não tem um acompanhante que possa auxiliar nas escolhas e decisões na hora do parto.

“Depois eu fui pra sala do pós parto como se nada estivesse acontecido, tá, minha bebê normalzinha, assim achando eu. Só que ela era a única bebê do quarto que não chorava, que não mamava, era uma bebê quietinha, quietinha, não fazia nada...Minha mãe até falava assim: - “Olha, como ela é bem durinha.” E a gente não sabia né, que estava acontecendo algo de errado. A gente achou muito estranho aquilo né, que ela era a única criança que não mamava, não chorava...Minha filha nasceu as oito e dez de manhã, quando deram umas sete horas da noite, meu esposo chegou, e viu que realmente estava errado e foi atrás de uma médica pra olhar a criança, porque até então não tinha ido nem uma pediatra, não tinha ido ninguém lá ver, avaliar a minha bebê...Ai elas ainda falaram assim para o meu esposo: - “Ah, mas a gente já perdeu três crianças hoje.”. Ai meu esposo respondeu assim pra ela: -“Ah, que dizer que minha filha vai ser a quarta? Você já passou mais de doze horas sem comer? Porque minha filha desde que nasceu não comeu.”.

---

<sup>61</sup> Esse tipo de situação nos remete a uma citação de Medeiros (2010) na qual traz uma citação do pensamento de Foucault (2008) em relação à dominação do corpo, conforme a seguir: “A descoberta do corpo como objeto e alvo do poder. um corpo passível de ser manipulado, modelado, treinado, “que obedece, responde, se torna hábil ou cujas forças se multiplicam.” (FOUCAULT, 2008 p. 117, apud MEDEIROS,2010).

Ai uma fisioterapeuta que foi lá visitar minha filha, quando ela chegou lá, ela falou:

“-Realmente, mãezinha, sua filha não estar normal, tinha a roupinha dela pra ela sentir frio, pra vê se ela chora.”

Quando a gente tirou a roupa dela, a gente viu que ela tinha feito cocô, meu esposo deu banho nela na água fria, porque lá é água da torneira, trocou ela e ainda assim ela não chorou (MARGARIDA, NOVEMBRO DE 2021).

Nesse momento, foi quando aconteceu a troca de plantão e uma nova pediatra entrou e foi avaliar a bebê, a qual identificou que realmente a criança não estava bem.

“Quando a doutora olhou o olhinho dela, viu que ela estava convulsionando, saiu correndo e levou diretamente pra a CTI ...E, assim que ela levou pra CTI, meu esposo foi verificar né, depois a gente ficou pensando, né, “Quantas convulsões ela pode ter dado durante o dia, e ninguém nem ter percebido.”...Porque minha filha nasceu, e não foi nenhum pediatra, nem um médico, nem uma enfermeira, nem um clínico, olhar ela, verificar se a criança estava bem ou não... (MARGARIDA, NOVEMBRO DE 2021).

No decorrer da fala de Margarida identificamos que o atendimento da maternidade é básico e padronizado, e, no pós parto as parturientes não recebem acompanhamento nem atendimento de nenhum médico especialista, são cuidadas apenas pela equipe de enfermagem. Os médicos só são chamados em casos graves ou quando surge algum problema, como foi o caso dela.

“Desde então ela ficou internada, na CTI, lá do Materno, por vinte oito dias dias, não se alimentava pela boca, só por sonda...Esse foi o tempo que esperamos até surgir um leito vago no regional (hospital de média e alta complexidade, administrado pelo Governo do estado do Pará e também sediado em Marabá) pra ela poder ir pra lá, pra fazer uma cirurgia da gastrostomia<sup>62</sup> pra colocar a sonda pra poder ir pra casa...Então ela ficou todos esses dias internada, e eu tinha direito de visitar minha filha apenas uma hora por dia, não tinha contato de pegar ela no braço, era só ali, vendo ela na incubadora e só...E as enfermeiras ainda falava pra mim não brincar muito com ela, não pegar muito ela, porque ela passava o dia enjoadinha, chorando querendo a mãe, e eu não podia nem pegar ela, não podia pegar minha filha.

Elas falavam assim:

- “Mãezinha, não mexe muito com ela, pra ela não acordar, porque ela passou o dia enjoadinha, chorando”. Mas com certeza chorando porque precisava do colo, de uma coisa mais afetiva assim, do que só fazendo aquilo ali por fazer, dando remédio, comida na hora certa... (MARGARIDA, NOVEMBRO DE 2021).”

---

<sup>62</sup> A gastrostomia é um procedimento cirúrgico que estabelece o acesso à luz do estômago através da parede abdominal. Método usado para as pessoas que não podem se alimentar pela boca por mais de trinta dias (PBMED, 2019).

Nesse momento, eu estava olhando para cima e tentando conter as lágrimas, que caíam sobre a máscara. Como mãe pensei: como pode uma pessoa de equipe médica ser tão fria e mecânica, ao ponto de negar a aproximação de uma mãe a sua filha primogênita, que ficava sozinha dentro de uma UCI, sem nenhum tipo de afeto ou carinho? Como aquela mulher suportou tudo aquilo? Como ela era forte... também me questionei acerca do Estado e da negligência de não conseguir implantar, na prática, políticas públicas necessárias para que a humanização do parir e do nascer seja uma rotina em nossa realidade.

Diante dessas sensações pelas quais sou tomada, corrobora a reflexão de Rosamaria Carneiro que descreve em sua tese sobre esse entrelaçar da vida pessoal e do ser pesquisadora-mãe. Chamando a atenção do quão complexo é pesquisar e analisar a antropologia do parto: “o encontro entre vida pessoal e vida de pesquisa, fazendo do “pessoal” não mais somente o “político”, mas também o acadêmico e o investigativo, com objetividade/subjetividade” (CARNEIRO, 2014, p. 17)

Como pesquisadora, continuei olhando em outra direção para não deixar a emoção tomar conta daquele momento e continuar com a entrevista, mas não há como negar que um sentimento de revolta e tristeza tomou conta de mim e que, naquele dia, não conseguir dormir a noite pensando em quanto o Estado é negligente e violento com as mulheres. Escrevi em diário de campo que mantive durante a realização da pesquisa estas situações subjetivas, seguindo as recomendações de minha orientadora, como ferramenta para auxiliar na hora da escrita a registrar as sensações sentidas.

Segundo Margarida, nesses vinte e oito dias, tiveram muitas enfermeiras que deixam ela ter um pouco de contato com a filha, na hora da visita.

Aí tinha algumas enfermeiras humanas que se sensibilizava de vez enquanto e deixava eu pegar ela ali no colo, cinco ou dez minutos, e só, depois eu voltava pra minha casa e minha filha ficava lá no hospital sozinha de novo. Naquela sala gelada e fria... (MARGARIDA, NOVEMBRO DE 2021).

Sobre a questão de desumanidade, Arendt escreve que “não significa que eles se tornem semelhantes a animais; e sob tais condições, o mais claro indício da desumanização não são a raiva e a violência, mas a sua ausência conspícua”. (ARENDR, 2011, p. 81). Os profissionais da saúde assumem essa característica quando se preocupam apenas em cumprir protocolos e fazer com que aquele corpo

tenha resposta positivas as intervenções e procedimentos adotados. A parte afetiva e psicológica foi excluída do processo, sobretudo no caso da Margarida que tinha um bebê recém-nascido que necessitava estar na presença da mãe, presença esta certamente fundamental para a recuperação da criança.

Ai depois que 28 dias ela foi transferida para o Hospital Regional, depois de vinte e oito dias, o médico cirurgião chegou a ir visitar ela no Materno umas três vezes pra ter certeza que ela ia precisar da cirurgia ou não né...Ele viu que era necessário porque ela não mexia a boquinha, podia fazer qualquer tipo de movimento nela, ela não mexia, era como se ela tivesse tido um derrame. E lá no Regional, fizeram todos os exames, fizeram tomografia, e nada! Não descobria nada. Pra eles, ela não tinha nada, ela apenas não comia. Não acusava nada nos exames que ela fazia, na tomografia, no mapeamento cerebral, não descobriam, aqui eles não descobriram, aqui em Marabá... (MARGARIDA, NOVEMBRO DE 2021).

Depois da cirurgia, o bebê ficou mais duas semanas internadas para observação, tempo em que eles ensinarem a Margarida como cuidar de uma criança com sonda, como dava banho e alimentação, sendo que os primeiros meses de vida do bebê foram no hospital. Margarida chegou a procurar as instituições responsáveis por fiscalizar e cobrar do Estado o cumprimento da lei, contudo, não houve nenhum retorno sobre a denúncia. Em pesquisa no site do Ministério Público do Pará identifiquei que o processo dela foi arquivado dez dias depois da denúncia, pois, como eles não contrataram advogado nem foram na defensoria pública, para recorrer, a denúncia realmente foi arquivada. Vejamos mais um trecho da entrevista onde a mesma relata isso:

A gente procurou a justiça, acho que depois de um ano. Até porque a gente não tinha nem cabeça pra isso, a gente tava procurando saber o tratamento pra ela. Fomos em outras cidades para ver se tinha jeito...Mas, acho que foi só mais um caso arquivado, porque até hoje nunca chamaram a gente para uma audiência pra uma conversar, pra saber o que realmente aconteceu...A gente registrou B.O (Boletim de Ocorrência) e levou pro Ministério Público. No Ministério Público apenas disseram que iam verificar com o médico, e depois iam marcar, não sei se era uma audiência ou se era só uma conversa entre as duas partes né. Quanto a do médico, quanto a do hospital, quanto a nossa né, pra saber as duas partes do ocorrido...Mas até hoje, minha filha fez seis anos agora em 2021, e até hoje, nunca, nunca, chamaram a gente pra nada, nem pra uma conversa, nem nada...Eu ainda tenho o papel do Ministério Público que foi aberta a ocorrência (MARGARIDA, NOVEMBRO DE 2021).

Ainda de acordo Margarida, a família só conseguiu um diagnóstico após cinco anos, procuraram vários médicos, fisioterapeutas, e nenhum conseguia afirmar o que tinha acontecido com a bebê.

Hoje nós fomos embora para Imperatriz, para fazer os tratamentos de fisioterapia, hoje é que eu estou passando pelo psicólogo pra ter todo esse amparo que era pra ter tido no começo. Eu me culpei muito, porque pensava que tinha sido minha culpa, que era pra ter tido ela mais cedo, se culpando né, a gente se culpa por muita coisa...Mas graças a Deus, hoje ela está bem evoluída, mas ela ainda usa sonda. Depois disso a gente fez um tratamento com um fonoaudiólogo aqui em Marabá, da maneira errada, então minha filha criou vários traumas de comida, já era pra gente ter tirado a sonda dela...Mas graças a Deus a gente encontrou uma equipe muito boa lá em Imperatriz e estamos na luta aí pra tirar a sonda, pra andar, e fazendo a fisioterapia e tudo, conforme manda né (...)

Hoje temos um diagnóstico, o que ela teve foi falta de oxigênio no cérebro, o que automaticamente se torna paralisia cerebral, que é o PC. É o que ela tem hoje. Foi na hora do parto que faltou oxigênio. Uns dos médicos, uns dos tantos médicos que eu fui, foi um médico lá de Belém que diagnosticou, porque os outros nenhum afirmou...Eu perguntava: - "Mas doutor, o que pode ter acontecido?"...Porque na minha gestação foi toda tranquila, eu não tive nenhuma ocorrência, eu fiz todos os exames, fiz os ultrassons, eu fiz tudo certinho. E estava tudo ok. Ai ele falou, esse médico falou, que é um neurologista:

- "Com certeza foi na hora do parto, porque a senhora ficou muito tempo sem líquido, à criança muito tempo sem líquido. Então ela dentro da sua barriga com líquido, ela fica protegida, assim que o líquido saí você tem que colocar ela pra fora pra poder respirar. E como ela ficou mais de doze horas dentro da sua barriga sem o líquido, ela ficou sem respirar, respirando pouquíssimo, e foi esse o motivo."... (MARGARIDA, NOVEMBRO DE 2021).

Aqui se manifesta um aspecto importante a ordem médica tecnocrática brasileira em não reconhecer a mulher como protagonista do seu parto, o médico é quem conduz e dita as regras através da técnica e das intervenções, muitas vezes desnecessárias como foi o caso de Margarida.

Ao final da entrevista Margarida relatou que a família sofreu muito, pois ficou desestabilizada, ela não pode voltar a trabalhar e o esposo teve que procurar um outro tipo de trabalho que não tivesse local e horário fixo para se dedicarem ao tratamento e acompanhamento da filha. Através da fala de Margarida percebemos o quão forte foram os resultados da violência obstétrica na vida pessoal daquela família. O Estado deveria ser responsabilizado pelo transtorno causado naquela família, porém foi omissivo, inclusive com o MP-PA arquivando o caso por eles denunciado.

Como resultado, consequências e sequelas para mãe e para o bebê, de forma definitiva, pois a família teve que se reorganizar em outra cidade a procura de suporte médico, sendo que a criança ficou com muitas limitações. Evidencie-se, dessa maneira, que os médicos se relacionam com as parturientes como se fossem coisas, não existe uma visão holística sobre o parto, sendo objetivo maior é finalizar o processo com o bebê vivo. As políticas de humanização da assistência ao parto

demonstram-se incipientes na prática, pois não cumprem as recomendadas pela OMS/ Rede Cegonha e outras diretrizes incentivadas pelo Ministério da Saúde para que a mulher tenha um parto respeitoso e sobretudo, livre de violência. Concluída assim o relato de Margarida na subseção seguinte faremos elementos da experiência de Vitória-Régia.

#### **4.2.2 Vitória-Régia, mulher parda, 31 anos, secundípara, casada, parto em fevereiro de 2020**

“Para Foucault, o biopoder é exatamente o domínio da vida sobre o qual o poder estabeleceu o controle e defende a vida e a manutenção desta através do Estado” (BERTOLINI,2018)

Vitória-Régia narra que estava com trinta e duas semanas de gestação quando a bolsa estourou. O bebê ainda estava prematuro e o Hospital Materno Infantil é a única maternidade que faz partos de prematuros na região, então ela dirigiu-se até lá para avaliação.

“Eu fui para o materno, né que é a única maternidade que faz parto prematuro aqui em Marabá, que tem a UCI, porque eu tenho plano de saúde, mas no hospital particular daqui não tem UTI neonatal... Aí eu cheguei lá, tive o primeiro atendimento com o médico que fica lá na entrada, né, aí ele já me fez o toque e tudo, viu que era bolsa rota...Aí ele me mandou logo para a sala de pré-parto, aí eu cheguei lá fiquei aguardando no meio das mulheres que também estavam em trabalho de parto. Aí eles me falaram que não ia poder fazer o parto, porque, como a bebê era prematura, o pulmão poderia não estar funcionando, eu teria que ficar aguardando de um dia para o outro pra tomar aquelas injeções que é pra amadurecer o pulmão do bebê, e no outro dia fariam a cesariana...Aí eu tomei, fiquei aguardando o leite de quase quatro horas da manhã, até uma hora da tarde, fiz uma ultrassom lá, na sexta, e fiquei internada (VITÓRIA-RÉGIA, NOVEMBRO DE 2021).

No outro dia, Vitória-Régia relata que recebeu a notícia de que eles não iriam realizar o parto, pois nenhum médico queria se comprometer em realizar a Cesária, por ela estar apenas com trinta e duas semanas. Outra informação que deixou a parturiente surpresa é que não teria como realizar o exame de ultrassom naquele dia, pois sábado e domingo não fica nenhum profissional de plantão para realizar esse procedimento.

“Eu tive que sair do materno por conta própria, vim aqui pra Climec (hospital privado sediado em Marabá), num sábado a tarde, eu mesmo paguei a ultrassom. Vim com a bolsa estourada, correndo o risco de pegar bactéria, tudo enquanto. Quando fiz a ultrassom a pediatra falou assim: “não entendo

por qual motivo, eles ainda fizeram seu parto”, porque a minha bolsa estava totalmente sem líquido, sem nenhum pingão de líquido, minha filha poderia sair com problemas, ou morrer a qualquer momento...aí voltei pra lá, e foi muita luta pra conseguir um parto” (VITÓRIA-RÉGIA, NOVEMBRO DE 2021).

Ela relatou que este é um procedimento padrão na maternidade: a saída de gestantes no sábado, domingo ou feriado para realizarem exames de ultrassom em clínicas ou hospitais particulares da cidade, porque a maternidade não oferece esse exame no fim de semana ou feriados.

Tentamos falar com várias pessoas, que conheciam a diretora, enfermeiras e até o médico, mas eles não queriam realizar a cesariana... Só quando a advogada foi acionada e foi lá na maternidade que eles falaram que iam fazer o parto. Aí quando eu estava lá pronta pra fazer o parto, o doutor Caio ainda foi lá me afrontar, dizendo que por ele, ele não iria fazer aquele parto, que estava fazendo aquele parto obrigado. E acabou que ele não fez o parto, ele trocou com outro médico que estava lá, ele foi lá só me afrontar... (VITÓRIA-RÉGIA, NOVEMBRO DE 2021).

A sociedade médica não aceita que o poder de decisão na hora do parto seja da mulher ou da família. É uma disputa de poder, na qual o médico tem autoridade para decidir. No caso da Vitória-Régia, mesmo correndo risco de vida eles não queriam fazer o parto para não correr o risco do bebê morrer na hora da cesariana. Mesmo ela estando de acordo e sabendo dos riscos que o procedimento poderia trazer, não havia outra alternativa a não ser realizar a cirurgia de urgência.

Eu fiquei me tremendo todinha, eu ficava me tremendo dos pés a cabeça, o meu medo era dela morrer. O tempo todo, desde a hora que eu entrei lá. Ainda mais que eles não queriam fazer o parto, eles queriam esperar mais dois dias me aplicando remédio, sendo que eu não tinha um pingão de líquido, a menina estava sem líquido, à menina podia nascer com problema ou não ia sobreviver. O problema é que eles tratam assim, como se todos os casos fossem iguais... (VITÓRIA-RÉGIA, NOVEMBRO DE 2021).

A maternidade realizou a cesariana, e, segundo a mãe, devido demora no atendimento, ela já estava sem líquido. Os médicos não conseguiram tirar o bebê da barriga com facilidade e praticaram procedimentos similares ao parto normal, empurrando a barriga dela, acredito que ela se referia a manobra de kristeller que constituem violência obstétrica, pois precisaram apertar a barriga dela, para a criança nascer.

Tiveram que me apertar, me apertar, como se fosse um parto normal e aí tiraram ela, ela chorou quando ela nasceu. O que foi um bom sinal. E já foi pra lá pra pediatra ver se tava bem, nem me mostraram ela (VITÓRIA-RÉGIA, NOVEMBRO DE 2021).

Quando questionada se o esposo pode acompanhar o parto dela, relatou:

“Eles falaram que poderiam acompanhar, mas só que ele não acompanhou, ele me disse que a enfermeira foi falar com ele, e falou que tinha outro rapaz também pra entrar, e era melhor eles não irem porque tinha outras mulheres lá, e as mulheres poderiam se sentir constrangidas deles estarem lá. Ai eles resolveram ficar por lá, por onde eles estavam mesmo. Então ele não me acompanhou não. Ele só foi nos ver no quarto.” (VITÓRIA-RÉGIA, NOVEMBRO DE 2021).

O parto dela aconteceu em fevereiro de 2020, ou seja, não estava em vigor ainda um decreto da Prefeitura Municipal de Marabá que proibia a entrada do acompanhante em decorrência da Pandemia do Covid-19, e ainda assim ele não conseguiu acompanhá-la.

Aí depois quando eu estava no corredor, porque eles deixam a gente no corredor aguardando, aí que o enfermeiro veio e falou que ela estava bem, que ela estava lá na UCI, mas que ela ia retornar e entrar junto comigo no quarto, porque ela tinha nascido bem de saúde...Ficamos 5 dias internadas porque ela não sabia mamar e eu tive aquela cefaleia pôs anestesia (VITÓRIA-RÉGIA, NOVEMBRO DE 2021).

Uma observação importante feita por ela é que as enfermeiras auxiliaram bastante sobre a amamentação, indo no quarto várias vezes ao dia para tentar ver se a bebê conseguia fazer a pega da mama, porém por ela ser muito prematura ela não conseguia mamar. Na maternidade, eles têm um banco de leite e todo tempo foi ofertado leite materno para filha dela. “E nós saímos da maternidade e ela ainda não pegava o peito, então o hospital dava o leite do banco de leite para ela” (VITÓRIA-RÉGIA, NOVEMBRO DE 2021).

Quando questionada se ela achava que sofreu violência obstétrica, ela respondeu que sim, mas enfatizou apenas a questão de não quererem realizar o parto. Para ela o fato do médico ter ido no quarto afrontá-la e o esposo não ter a acompanhado elas durante o procedimento não configuravam violência obstétrica. Em sua compreensão, foram apenas grosserias do médico e rotina do hospital em não deixar o acompanhante entrar. Em nenhum momento ela questionou o descumprimento da lei do acompanhante.

O médico, eu não vi o médico, ele não vinha falar com a gente. Quem vinha era uma enfermeira... E várias vezes ela foi lá, e disse que o médico disse, que ele não ia fazer o parto, que ele não queria fazer o parto, porque ele não queria se responsabilizar, porque ele tinha medo que acontecesse alguma coisa e culparem ele, o que podia vim acontecer com o bebê... E se morresse na minha barriga, pelo menos foi na minha barriga, e não na mão dele. Porque se morresse na minha barriga, quando eles fossem fazer o parto, a menina, já estava morta, eles não tiveram culpa entendeu. Era isso que eles

queriam...Os que estavam de plantão falava que não ia fazer sozinho, só fazia se tivesse outro médico, o outro médico não queria fazer também. E eu estava só escutando esse povo falando isso imagina como estava meus nervos (VITÓRIA-RÉGIA, NOVEMBRO DE 2021).

O discurso e a prática dos médicos, no caso da Vitória-Régia, aconteceram como aponta Foucault, (2004), o discurso sobre a saúde das mulheres, prescreve, a partir disso, quais procedimentos devem ser adotados, que condutas devem ser evitadas, quem deve ficar fora. Um aspecto importante a ser levantado é que, no caso das gestantes da rede particular, a maioria dos médicos tecnocratas marcam a cesariana eletiva a partir das trinta e nove semanas de gestação, mesmo sem nenhuma intercorrência. O caso dela corrobora com o que descrevemos no primeiro capítulo de acordo com OLIVEIRA (2008) quando descreve que gestantes de baixo risco são encaminhadas para cesariana eletiva, enquanto as gestantes de alto risco não recebem os cuidados necessários. No caso dela que precisava de uma cesariana de urgência para salvar a vida da filha a equipe médica não quis realizá-la por receio do óbito vir a acontecer na hora da cirurgia. Os médicos chegaram a comentar com as enfermeiras que se no outro dia ela fosse avaliada novamente e a bebê estivesse morta não seria por negligência médica seria uma fatalidade.

A questão é a desumanidade da equipe médica, a equipe médica, eles não olham nem na tua cara. Desde o momento que eu fui lá, que eu entrei que fui pra sala de cirurgia, eles nem olham na minha cara...Eu não sei o nome do médico que fez a Cesária porque ele nem se apresentou, são muito frios, desumanos, tratam todas as mulheres como se fossem iguais. Trata todo mundo como se fosse uma **coisa** (grifo nosso) ...E não interessa se você é branca ou preta, amarela, de onde você vem, se tem esposo, se tem família ou não. Na avaliação deles é daquela maneira, né, então é complicado mesmo. Bem difícil (VITÓRIA-RÉGIA, NOVEMBRO DE 2021).

A entrevista da Vitória-Régia foi a segunda que realizei e novamente apareceu a palavra “coisa” no depoimento dela, assim como no depoimento da Margarida, isso me chamou a atenção e me fez questionar esse sentimento de objeto do qual a mulher experimentar para se tornar mãe. Davis-Floyd apud SANTOS (2016) critica justamente o fato de que o hospital se torna uma fábrica e o corpo da mulher é visto como uma máquina e o bebê o produto, de um processo de manufatura industrial, em uma lógica fordista de assistência ao parto. Percebe-se o paciente como objeto e tem-se uma relação alienada e fria do profissional de saúde em relação a parturiente no modelo tecnocrático. Nenhuma das duas sabia do conceito sociológico de coisificação, e mesmo assim elas tiveram esse sentimento na hora do parto, ou seja,

elas conseguiram identificar que o respeito a individualidade da mulher não existe para os médicos tecnocratas na hora do parir, seja ele um parto normal ou cesariano.

Não foi mencionado por elas o sentimento de não ser vista como alguém que tem direito a um parto respeitoso, foi enfatizado o fato de se sentirem como um objeto, ficando evidente o poder do médico em transforma as parturientes em coisa, delas se sentirem desprovidas de respeito e do seu protagonismo no momento do parto. O que para a literatura do parto humanizado é caracterizado como violência obstétrica física, psicológica, verbal e negligência médica.

- Segunda parte. Pós-parto da Vitória-régia

Ai quando a gente chegou em casa, eu reparei que ela estava meio ruim, assim, estava diferente, porque ela dormia muito, e nesse dia ela estava incomodada. A bebê ,ela se mexia, chorava...Aí quando foi a noite, estava só eu e meu marido aqui, ai eu falei “Acho que ela não está muito bem, não sei, ela tá diferente. Aí ele estava com ela no colo, ele olhou assim, e viu que ele estava ficando roxa, roxa, roxa, aí ele... Fazia era hora que eu estava falando pra ele “eu acho que ela não está bem”. Eu sentia que ela não estava bem. Aí ela foi ficando roxa, aí ele falou: - “ Meu deus do céu! Bora levar ela para o hospital.” “Eu estava deitada aqui no sofá, porque eu não cheguei a subir a escada, menina, operada do jeito que eu estava, eu só pulei do sofá com a roupa que eu estava, eu só peguei minha filha, entrei no carro morrendo de chorar (VITÓRIA-RÉGIA, NOVEMBRO DE 2021).

Ela relata que chegou a ir em um hospital que fica próximo à sua casa, porém estava fechado, então decidiram voltar para a maternidade, porque eles deram a orientação de que caso acontecesse alguma coisa ela poderia voltar até trinta dias.

Aí voltei lá, aí nesse atendimento eles não deram muita atenção, porque eu já tinha saído do hospital, não tinha mais leito pra internar bebê, aí fui atendida ali na pediatria, ela disse que era refluxo...A menina estava toda roxa, e eu quase estourei minha cirurgia nesse dia. Não me deram mais nenhum tipo de assistência, pra bebê a pediatria passou um negócio lá pra refluxo, depois que conseguiram coisar ela lá... Aí por fim eles pediram pra gente aguardar, já era de madrugada já, ficamos de observação, lá fora com a bebê em observação, mas do lado de fora na recepção lá na frente (VITÓRIA-RÉGIA, NOVEMBRO DE 2021).

Para Vitória-Régia o atendimento infantil é precário na maternidade, mesmo tendo pediatria de plantão, eles não têm outro suporte para atendimento de urgência e emergência. A UCI e UTI são usadas para os bebês que nascem lá, outro tipo de atendimento não acontece com os bebês. O Hospital tem as duas especialidades: materna e infantil, mas para ela ficou evidente que eles não têm estrutura física para atendimento infantil.

No outro dia cedo eu fui procurar um pediatra, para ter um atendimento descente e até hoje não sabemos o que aconteceu, porque eu fiz todos os exames e não deu refluxo, ela nunca teve refluxo. Inclusive, a pediatra particular falou que o hospital tinha que ter feito exames nela, como ela era prematura, eles tinham que ter feito uma bateria de exames pra saber como ela estava né, de cabeça, de coração, de pulmão. E lá no HMI não fizeram nada eu tive que pagar pra fazer tudo particular, e foram vários exames que eu fiz nela, aí você imagina quem não tem condições de pagar? e os exames deu tudo normal, graças a Deus... Se fosse algo grave tinha que levar pra fora, tratar fora né. Porque o hospital não ia dá suporte, eles não deram suporte nem quando eu cheguei lá pra ver o que era quando ela ficou roxa (VITÓRIA-RÉGIA, NOVEMBRO DE 2021).

Vitória-Régia não levou o seu caso a conhecimento do Ministério Público nem qualquer outro órgão fiscalizador, pois, segundo ela, teve vontade de denunciar, mas não fez por receio de no futuro precisar de alguma assistência e sofrer represálias. É importante ressaltar que na maternidade não existe ouvidoria, nem qualquer tipo de canal de avaliação ou reclamação para que as mulheres-mães possam dar o retorno de como foi o atendimento naquela instituição de saúde.

#### **4.2.3 Quando a violência obstétrica leva ao Óbito: Violeta, mulher parda, 36 anos, múltipara, casada, parto em janeiro de 2021.**

[..]Maria, Maria  
Mistura a dor e a alegria  
Mas é preciso ter força  
É preciso ter sonho, sempre  
Quem traz na pele essa marca  
Possui a estranha mania  
De ter fé na vida.[..]  
(Milton Nascimento)

“[...] o direito de vida e morte, sob essa forma moderna, relativa e limitada, como também sob sua forma antiga e absoluta, é um direito assimétrico. O soberano só exerce, no caso, seu direito sobre a vida exercendo seu direito de matar ou contendo-o; só marca seu poder sobre a vida pela morte que tem condições de exigir. O direito que é formulado como “de vida e morte” é, de fato, o direito de causar a morte ou de deixar viver” (FOUCAULT, 2017, p.146).

Violeta estava com trinta e sete semanas de gestação, teve uma indigestão, foi ao Hospital Materno Infantil para solicitar uma medicação e quando chegou, ao ser avaliada, verificou-se que a glicose estava baixa. Por ser uma paciente diabética foi medicada com soro e um remédio para dor. Quando a medicação acabou o esposo dela foi chamar o médico para nova avaliação, porém foi informado que o médico não estava lá.

Sabendo que eu era diabética. Sabendo que eu estava grávida de trinta e sete semanas já pra dar a luz, o que é gravíssimo. Ele jamais poderia ter abandonado meu caso ali, naquele momento. Inclusive, ele me deu uma injeção pra eu dormir. Por isso que ele foi embora e disse que só voltava às nove, porque ele achava que eu ia ficar dormindo (VIOLETA, NOVEMBRO DE 2021).

Então o casal decidiu ir para casa se alimentar e retornar mais tarde para nova avaliação. Ao chegar em casa Violeta sentiu muito sono, dormiu e quando acordou já não sentia mais o bebê mexer, então retornou à maternidade para saber se estava tudo bem.

Quando eu chego lá, vou direto para sala, para ser atendida na triagem, porque eu já avisei que eu não estava sentindo o meu filho mexer, há tantas horas. Quando eu falo isso, eu fui encaminhada para a triagem imediatamente. Da triagem, a doutora Frida perguntou o que estava acontecendo. Eu falei: “Doutora, eu fui atendida nessa madrugada, tive uma indigestão”. Vim aqui, tomei uma injeção, não sei o nome, só sei que é antialérgica, e meu filho não mexe desde então”. Ela me colocou na mesa, pra ouvir né, os batimentos dele, quando ela colocou, já começou meu desespero, porque eu não ouvia mais os batimentos do meu filho e o semblante dela, como se tivesse baixado a pressão dela.

O semblante dela mudou, porque ela queria achar uma solução ali. E pediu pra continuar, enquanto isso ela já foi acionar a minha cesariana, ela não quis saber de nada, ela foi lá, e pediu pra que todos se preparassem pra fazer uma cesariana de urgência.

A enfermeira que estava do meu lado, a técnica. Eu a abracei chorando “Perdi meu filho!”. E ela chorou junto comigo. E ela falou: Calma, agora vamos trocar sua roupa, fica calma, os médicos vão fazer de tudo. Talvez ele tá dormindo, os batimentos baixaram. Vamos tentar ver. Fica calma, não perde a fé, esperança (VIOLETA, NOVEMBRO DE 2021).

Nesse momento ela foi encaminhada para cesariana de urgência sozinha, o esposo tentou entrar, mas eles alegaram que por causa da pandemia do Covid-19, causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), e do decreto municipal de março de 2020<sup>63</sup> que proibia o acompanhante por tempo indeterminado em todas as instituições de saúde de Marabá alegando cumprir uma das diretrizes do Ministério da saúde no sentido de não aglomerar para conter a transmissão do vírus. Foi encaminhada para fazer o cardiotocografia. Para SAFFIOTI (1994, p. 154). “A violência é a manifestação, fundamentalmente, de estruturas de poder”, na narrativa de Violeta podemos perceber como essa estrutura de violência verbal se manifesta por meio dos médicos da maternidade.

---

<sup>63</sup> ver: <https://maraba.pa.gov.br/gestao-prefeitura-publica-decreto-de-restringindo-viagens-horario-de-atendimento-e-autorizando-trabalho-remoto/>

“No momento do exame ele falou assim: é sua primeira cesariana?” Aí eu falei “– Não, é minha quarta cesariana.”. Ele respondeu:

“– E a senhora não vai fazer laqueadura de trompas?” Foi à primeira coisa que ele me falou, qual era o meu parto, e já foi logo, me confrontando se eu não ia fazer uma cesariana. De uma forma grosseira! Não queria saber se eu tinha família, se eu tinha tido algum aborto, nada. Exatamente como ele é acostumado a tratar todas aquelas mulheres, que infelizmente sem recurso, sem informação, né. sozinha ali, naquele lugar, eu era só mais uma pra ele.

– Doutor, eu não tenho como falar isso com o senhor agora. O meu filho tá morto dentro da minha barriga. Eu não vou discutir isso com o senhor agora.

– Ah, mas o seu esposo sabe? O seu esposo então tem que fazer, a vasectomia!

Aí eu falei assim: “– Doutor, isso não cabe agora, e depois eu converso isso com meu esposo, isso diz respeito a mim e a ele, não vou ficar conversando com o senhor agora, eu preciso de ajuda, o meu filho tá morto”. E eu gritava “– Socorro!” (VIOLETA, NOVEMBRO DE 2021).

Segundo Violeta, o médico não se preocupou nem um minuto em acalmá-la, ou tentar de alguma forma consolá-la, e continuou perguntando quantos filhos ela tinha. Até que ela virou o rosto de lado e não respondeu mais. Ele colou o aparelho na barriga e falou que tinha escutado alguma coisa. Talvez pudesse ser o coração, mas na verdade era o cordão umbilical.

Pode ser que seja, o coração do bebê, vamos aguardar. E saiu da sala, foi isso que ele fez, ao invés de me levar imediatamente para o centro cirúrgico. Sozinha, com um bebê morto na minha barriga, ou seja, eu também correndo risco de vida de ter também uma hemorragia. Foi quando a doutora Frida, milagrosamente, entrou na sala, colocou mais uma vez o aparelho na minha barriga, e falou:

– Isso aqui é o cordão umbilical dela, não é o batimento do bebê, vamos pro centro cirúrgico, tirem ela daqui urgente (VIOLETA, NOVEMBRO DE 2021).

Ela foi encaminhada para o centro cirúrgico para a anestesia, os médicos ficaram discutindo regulamentação hospitalar na frente dela. Na descrição de Violeta podemos observar o modelo tecnocrata de parto na prática, como descrito no primeiro capítulo da dissertação. Bem como nos apresenta DAVIS-FLOYD *apud* MAIA (2010, p.43) a ideia do corpo como máquina; o paciente como objeto; a alienação do paciente pelo profissional; diagnóstico e tratamento de fora para dentro; organização hierárquica; padronização da assistência; autoridade e responsabilidade apenas do profissional.

No primeiro atendimento na maternidade ela sofreu com negligência, no segundo atendimento mesmo sabendo que seu filho estava morto ela ainda sofre uma sequência de violências obstétrica como verbal, psicológica e física. Diante disso, o debate sobre as relações de gênero aqui tratadas faz-se fundamental para contribui

na compressão que as diferenças entre homens e mulheres inscrita na sociedade, nos corpos, nas mentalidades e na ciência não é um dado natural, elas são socialmente construídas, podendo ser percebido, quando se compreende as relações que elas estabelecem com os demais atores na nossa sociedade. Nesse caso de negar um direito fundamental o direito a assistência à saúde.

Só mandam pro materno infantil bucha, só mandam problema. Esse tipo de caso, uma diabética, tem que mandar pro regional, que, que essa mulher tá fazendo aqui?”. “– Agora a gente vai tá com esse B.O. aqui, a gente vai ter que resolver isso aqui, fazer uma cesariana, que isso aqui não é um hospital de referência, pra fazer um tipo de cirurgia dessa, numa mulher dessa, diabética, e esse bebê precisaria de um cuidado maior (VIOLETA, NOVEMBRO DE 2021).

Na hora da aplicação da anestesia, mais ocorrências de maus-tratos. O médico que aplicou a anestesia ficou pegando na barriga dela para ver se achava algum sinal vital do bebê, porque eles não tinham certeza ainda se estava morto.

Eles não me colocaram oxigênio, e eu comecei a grita:  
– Estou com falta de ar, coloquem o oxigênio.  
Porque eu já tinha tido outras cirurgias, então eu sabia o que eu tava falando.  
– Eu estou sem ar, socorro! Enquanto isso ele apertava o pé do meu filho, tava aqui, ele apertava, tentando achar algum sinal vital.  
Foi aí que ele gritou comigo  
– Pare de falar! Eu estou tentando achar os seus sinais vitais. Olha essa unha aqui, não era pra você está com essa unha. Equipamento sucateado, porque todos os meus outros partos, eu não tive problema nenhum de achar os meus sinais vitais.  
Enquanto ele tentava achar, até que essa enfermeira colocou o oxigênio em mim. Ela graças a Deus, mais humana um pouco do que os dois brutamontes médicos. Quando ela colocou, eu virei novamente o meu rosto só para um lado, pra não ter que vê-lo, e fiquei aguardando ser aberta pela cirurgia cesariana. E tirem meu filho (VIOLETA, NOVEMBRO DE 2021).

Violeta relata que ficou o tempo todo acordada e rezando para suportar aquele momento de dor e desumanidade ao mesmo tempo.

Eu pedia todo tempo para Deus, nossa senhora um milagre, que o meu filho chorasse, eu queria que o meu filho chorasse. Falei “Meu Deus, talvez ele só esteja sufocado, quando ele sair ele chora”. E aí, quando meu filho saiu, eu escutei a Dra. Frida falar:  
– Leva, leva, leva.  
Porque ela queria ver se conseguia trazer ele de volta, mas o meu filho já tava morto há algumas horas, pela medicação que o doutor Júlio passou. O meu filho entrou em sofrimento fetal, o que fez com que o meu filho parasse o coração dele, e a partir desse momento, eu só pedia o milagre (VIOLETA, NOVEMBRO DE 2021).

Segundo Violeta a pediatra levou o bebê para ver se tinha como salvá-lo, enquanto eles terminavam a cesariana. Posteriormente ela foi levada para sala ao

lado onde as mulheres que passam por essa cirurgia ficam aguardando junto com outras puérperas. Nesse contexto, a medicina exerce um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre o controle dos processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos reguladores (FOUCAULT, 2010, p. 212).

E enquanto isso, eu chorava muito, foi quando a Dra. Frida entrou e falou “– Violeta, nós tentamos de tudo, mas nós não conseguimos. Eu falei “– O meu filho morreu doutora? Aí ela só balançou a cabeça. E ela falou – Não se preocupa, eu vou tirar você daqui, vou colocar você num quarto, aqui só tem enfermaria, mas eu vou fazer o possível pra você ficar sozinha com seu esposo nesse quarto, até ver o que nós vamos fazer com você, resolver sua situação (VIOLETA, NOVEMBRO DE 2021).

Então, a médica se sensibilizou e pediu para o esposo dela entrar e ficar com ela lá no corredor até o momento de conduzi-la para enfermaria ou quarto.

Eu disse “– Doutora, eu quero ver meu filho.” Aí ela falou assim “– Você tem certeza?” “– Eu quero muito ver o meu filho, quero ver o rosto do meu filho.”. Quando ela me perguntou se eu tinha certeza, eu pensei que ele tava com algumas manchas no corpo, porque já tava morto, machucado, eu imaginei o pior. Aí ela falou “– Tá bom, então vou chamar seu esposo e vou pedir pra trazê-lo”.

Aí me tiraram da sala, onde tava as outras grávidas. Até mesmo por precaução, porque eu poderia dar algum tipo de escândalo né. Me tiraram da sala, me colocaram no corredor do centro cirúrgico. Meu esposo chegou abatido, já com a notícia, pegou no meu ombro. E as enfermeiras, as técnicas, a técnica, eu acho que era técnica, ela estava dentro do centro cirúrgico, ela que colocou o oxigênio no meu nariz, ela que veio com meu filho, e ela veio assim, com um ar, falando:

“– Olha o tamanho desse menino, olha que coisa linda que é ele”. Como se o meu filho tivesse vivo ali. Eu não entendi, mas eu não tinha forças pra falar, eu tinha acabado de sair de uma cirurgia. E primeiro ela colocou na maca, pra meu esposo ver, ela não trouxe direto pra mim, aí ela abriu o lençolzinho, eles colocaram uma frauda no meu filho, uma frauda descartável, e o meu esposo tirou essa única foto dele (VIOLETA, NOVEMBRO DE 2021).

Senti-me como relata CARNEIRO (2011), em sua tese sobre mulheres que vivem um parto humanizado e se vê depois mobilizada, para efetuar trabalhos de conscientização e de militância, e passam a fazer antropologia influenciada pela vivência pessoal, pondo em cena a árdua tarefa de descrever e aproximar-se, mas também estranhar. Numa inspiração levis-straussiana, tendo que aplicar a cientificidade e para a capacidade de realizar a metacrítica ao próprio campo e mundo em que se vê inserida.

“E aí eu peguei meu filho no colo, o meu filho perfeito, corado! O meu filho não parecia que estava morto, não estava esbranquiçado, as unhas do pé, estavam rochinhas já, mas as unhas das mãos, não estavam, peguei a mãozinha dele, beijei.

E foi a primeira coisa que eu quis notar, se as unhas dele estavam roxas, que é um dos primeiros sinais quando para a circulação, e as mãozinhas não estavam roxas, só o pé, as unhas do pé, as unhas da mão, não. Então eu beijei a mão do meu filho, e pedia pra Deus pra ressuscitar ele, aí eu lembrei de uma vez de ter assistido um vídeo, onde uma mãe tinha perdido seu filho, e ela pegou o bebê morto nos braços, e começava cantar pra ele, e nesse momento que a mãe começou a cantar, o bebê ressuscitou no colo dela.

E eu queria fazer a mesma coisa. E aí eu comecei a ter a reação da anestesia, que é os tremores, o frio, o calafrio. Nesse momento, quando o meu esposo viu, ele não ligou que era a reação da anestesia, ele pensou que eu estava tendo um ataque, emocional, e ele ficou com medo do bebê cair dos meus braços, ele falou assim:

– Amor, amor, você tá passando mal, entrega o neném, entrega o neném”. Aí eu disse “– Não”. Eu não tinha força, só falava assim: – Não, deixa ele aqui” E aí, a técnica veio. “- Mãezinha fica tranquila, fica tranquila” E foi colhendo ele dos meus braços, eu não tinha força.

Aí o meu esposo falou assim – violeta, é o melhor, tá bom, vamos confiar. É melhor do que você ficar com ele no colo meu amor, você pode ter lembranças ruins, você já o viu. Foi a primeira e última vez que vi meu filho (VIOLETA, NOVEMBRO DE 2021).

Segundo Violeta, o esposo dela foi perguntar qual era a causa da morte do bebê e eles responderam que era porque a mãe era diabética. O esposo dela não aceitou, porque eles têm outros filhos e isso não era a causa do óbito. Eles informaram que apenas o Instituto Médico Legal-IML poderia fazer esse diagnóstico e que se tratava de um procedimento muito burocrático, sendo necessário que ele pagasse para isso. Mas não explicaram de que forma ele poderia fazer a solicitação. Ele conseguiu orientação através de um amigo advogado, o qual orientou que fazia-se necessário primeiramente registrar um Boletim de Ocorrência para posteriormente solicitar a biopsia ao IML, e assim ele fez.

E aí, o meu esposo com muito medo, porque escutou que eu tive uma pequena hemorragia, ele falou assim: “– Eu quero transferir a minha esposa pro regional.

E um dos médicos falou – Mas o caso dela, não é de transferência. Ela está estável.

Aí ele falou – Mas se a minha esposa piorar, morrer? Não vou correr o risco, eu já perdi o meu filho, não vou perder você.

Então, ele moveu céus e terras, pra conseguir me colocar no regional. Um amigo nosso, conseguiu a minha entrada no regional, pelo fato do meu filho ter morrido. Então, foi uma questão de urgência pelo laudo, que conseguiu a minha entrada no regional, em poucas horas, eu já tava sendo transferida.

Quando eu cheguei no regional, eu fui muito bem cuidada, não tive nenhum tipo de reclamação dentro daquele centro médico, ali é um hospital de verdade (VIOLETA, NOVEMBRO DE 2021).

Ela destaca que ficou dois dias no Hospital Regional do Sul e Sudeste do Pará, um na UTI e outro na enfermaria. Todo tempo teve o acompanhamento do esposo. Para ela o pior momento foi quando saiu do hospital e teve que ir para casa porque ela ainda não tinha acreditado que aquilo tudo tinha acontecido com ela.

E nós dois muito chorosos, a gente, demorou pra cair à ficha, muitos meses, muitos meses. Eu digo pra você, que até hoje, a dor, ela é amenizada, mas a saudade. Eu tô relatando isso aqui pra você, e todos os detalhes do dia, vem a minha mente, é impossível não vir”.

Quando eu recebi a alta, a noite, por volta de seis da tarde, que, eu cheguei em casa, por volta de sete da noite, a minha frustração maior era chegar sem o meu filho, pro irmão dele ver. Que era o Gabrielzinho, ele estava ansioso pelo irmão. Então aquele momento, que eu entrei no carro, pra vir pra casa, eu me desesperei. Ali eu chorei muito. E quando eu cheguei aqui no condomínio, eu sequei todas as minhas lágrimas, que eu não queria que o meu filho visse, então estavam todos sentadinhos no sofá, me esperando, não puderam me abraçar. E o Gabrielzinho, só olhou pra mim, e falou: “– Mamãe, eu queria o meu irmão, mas eu sei que ele tá no céu” Aí eu falei “– Tá bom, meu amor, a mamãe vai tomar um banho, tá bom?!”

Eu não queria falar com os meus filhos, porque aquilo ali, pra mim, tava sendo doloroso. Então eu entrei no banheiro e lá que eu chorei, chorei por horas (VIOLETA, NOVEMBRO DE 2021).

Violeta relatou que ficou por vários dias sem conseguir comer direito, sem se levantar da cama, com o emocional muito abalado, em processo de luto. Depois veio a fase do pós-parto, com o *baby blue*<sup>64</sup> sem o bebê e com o processo fisiológico de aleitamento materno iniciando, o que causava muita dor.

E aí o médico, já tinha me passado todos os medicamentos, para não encher o peito de leite. Eu pensei. – Eu não vou tomar, o meu peito não vai encher, eu tenho certeza que não vai, não vai, não vai”. E quando meu peito começou a encher, e aquela dor, de não ter meu filho para mamar, eu tomei aquele medicamento, pra amenizar a minha dor. Que eu não queria ver aquilo, o meu seio encher de leite, sem ter meu filho aqui (VIOLETA, NOVEMBRO DE 2021).

O esposo dela foi quem resolveu todos os problemas burocráticos sozinho, inclusive do enterro, então ele estava extremamente abalado e tentando se manter firme para dar força a ela.

Na hora do enterro ele estava só, aí uma amiga nossa, ligou pra ele, pra saber como ele estava. Quando ele falou que estava no IML, ela falou – Estou indo pra aí agora, me espere.

Ela foi, e foi ela, que deu todo o auxílio pra ele, nesse momento de dor. Eu estava internada na UTI nesse momento, no hospital regional. E aí, meu esposo fez todo o processo, de certidão do óbito com ela, foi na funerária, fez todo o trabalho, foi no cemitério. Tudo. Ele sofreu só.

E aí depois eu perguntei, como tinha sido, e aí ele me falou que no IML precisa abrir o tórax, pra colher os pedacinhos de cada órgão, aí depois, costura-se, e aí que entrega né, o corpo. Aí minha mãe até falou “– Ou, era pra você ter pego uma roupinha, pra ter colocado nele”. Mas ele falou que a dor dele, era tão grande, que ele não conseguiria vesti-lo. Tãmanha era a dor que ele estava sentindo. Ele não conseguia tirar ele do paninho que ele estava.

---

<sup>64</sup> O baby blues é o nome dado a um período logo após o parto, onde muitas mulheres passam por uma fase de angústia e muita tristeza

Então ele só o deixou no paninho, comprou um terço, colocou na mãozinha dele, e colocou ele no caixão, pra ser enterrado...E aí, essas imagens ficaram na cabeça dele. Essas imagens não estão na minha cabeça, mas está viva na cabeça dele, então isso dói muito pra ele (VIOLETA, NOVEMBRO DE 2021).

Ela descreve que dias depois ele não suportava tanta dor e ela tinha que acalotá-lo, porque ainda havia as outras crianças que precisavam do apoio deles.

Meu esposo tava muito abalado, as vezes mais do que eu, a própria mãe. Muitas vezes, eu tinha que dar mais força pra ele, porque ele chegava a chorar por horas, sem parar, por horas sem parar. Não conseguia comer, então, ele gritava, gritava o nome do bebê.

– Meu filho. Eu quero meu filho!. Então, eu digo pra você, que foi uma dor, um calvário.

Hoje nós temos o propósito de ajudar outras mães, outras crianças daquele hospital. Que a gente chama de casa do terror, hospital do terror, hospital materno infantil do terror. O propósito de salvar famílias, crianças, mães que passam por isso. Então meu filho também veio para este propósito (VIOLETA, NOVEMBRO DE 2021).

Ela encerra a entrevista falando da dor de perder um filho:

E hoje, eu posso testemunhar pra você que, essa saudade, eu acho que, essa saudade, eu acho ela vai existir pra sempre, mas a dor, ela vai sendo amenizada. E a saudade que a gente sente, é como se ele tivesse sido criado, é inexplicável...é uma coisa que, não tem como explicar isso, é só sentida (VIOLETA, NOVEMBRO DE 2021).

De acordo Violeta, todos os órgãos da justiça foram acionados por eles mas infelizmente o Ministério público arquivou a denúncia de improbidade. As outras denúncias estão correndo civil e criminalmente. Mas o delegado chamou o esposo dela para conversar e deixou claro que não existe uma inteligência da polícia em Marabá para interpretar o laudo do IML (Instituto Médico Legal), devido falta desse profissional, por esse motivo, o caso dele estava sem andamento.

E aí estamos aqui nesse processo de luta, pra tirar todos esses profissionais, negligentes e assassinos, da frente de lá, que esse hospital seja reformulado. Que nunca mais aconteça isso com nenhuma família. E que quando aconteça, de uma mãe perder seu filho, que seja de causas naturais, e não por negligência médica, e não por violência obstétrica”. Esse médico, Júlio, ele é um assassino. Ele matou o meu filho com um medicamento. E ele vai continuar fazendo isso, enquanto ele não ser parado. Ele não foi nem afastado? Você acredita.

E agora a gente espera que essa justiça seja feita, pelo nome do nosso filho. Que esses médicos sejam tirados, que esses médicos sejam banidos, que eles paguem pelo erro deles (VIOLETA, NOVEMBRO DE 2021).

Os casos de negligência, inacessibilidade a informação, tratamento humilhante, maus-tratos e danos corporais, na hora do parto, que hoje denominamos de violência obstétrica é conhecida das mulheres-mães a muito tempo e independe da via de parto. Essa prática é um assunto pouco divulgado na sociedade estando presente na pauta apenas dos movimentos feministas e nos grupos de mulheres ligados ou não a saúde.

A intenção de sintetizar relatos das mulheres-mães se relaciona com o desejo de dar voz a essas mulheres que sofreram a violência obstétrica no Hospital Materno Infantil de Marabá e provocar um encontro das sensações do leitor com a experiência das mulheres aqui relatadas.

Os relatos, trazendo as emoções de suas narradoras, nos levam a pensar sobre as marcas que as intervenções feitas desnecessariamente e de forma agressiva podem deixar nas mulheres. Não pretendemos, no entanto, analisar o impacto psicológico causado pela violência obstétrica a essas mulheres, contudo, é uma questão que fica evidente na fala de todas elas o quando foram traumatizadas por vários tipos de violência na hora do parto.

Esse cenário coaduna com os resultados dos dados detectados de uma pesquisa da pesquisa “Nascer no Brasil” da fundação Perseu Abramo realizada em 2011, já citada no primeiro capítulo da dissertação acerca dos direitos reprodutivos das mulheres brasileiras, cuja amostragem, de ordem significativa, indica, dentre outras questões relevantes sobre o ser mulher no Brasil, os casos de violência obstétrica indicados pelas mulheres entrevistadas. Segundo este aspecto pesquisado, uma a cada quatro mulheres sofrerem violência obstétrica no parto.

Sem contar que a estrutura defasada e a falta de regulamentação de violência obstétrica tanto a nível federal, tanto a nível estadual e também municipal certamente contribui ainda mais para o agravamento de situações as quais submetem mulheres a este tipo específico de violência.

### **4.3 A Doula Como Instrumento Para Humanizar o Parto**

A doula como descrito no primeiro capítulo deste trabalho, é uma profissional que auxilia a parturiente dando apoio emocional à mulher por meio de métodos não farmacológicos para alívio da dor, todos baseados em evidências, podendo estender seus serviços ao pós-parto com auxílio a amamentação e cuidados com o bebê. No Brasil existe um movimento atual pelo resgate da valorização do processo fisiológico

do parto e nascimento, alguns profissionais da área da saúde e alguns ativistas em defesa do parto humanizado vem fazendo um trabalho de conscientização e de provocação do Estado para que políticas públicas sejam implantadas e para que as mulheres sejam respeitadas e tenham seus direitos garantidos na hora do parto.

Tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) como o Ministério da Saúde, reconhecem e incentivam a presença da doula durante o trabalho de parto. A presença da mesma tem demonstrado resultados positivos para um parto onde a puérpera possui autonomia e protagonismo do parto, além de oferecer um serviço humanizado ainda é possível reduzir os custos com o parto, visto que, além de diminuir as intervenções médicas o tempo de internação das mães e bebês também é reduzido.<sup>65</sup>

De acordo com a cartilha Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada à Mulher, do Ministério da Saúde são atribuições da acompanhante treinada

Além do apoio emocional, deve fornecer informações à parturiente sobre todo o desenrolar do trabalho de parto e parto, intervenções e procedimentos necessários, para que a mulher possa participar de fato das decisões acerca das condutas a serem tomadas durante este período. Durante o trabalho de parto e parto, a acompanhante:

- orienta a mulher a assumir a posição que mais lhe agrade durante as contrações;
- favorece a manutenção de um ambiente tranquilo e acolhedor, com silêncio e privacidade;
- auxilia na utilização de técnicas respiratórias, massagens e banhos mornos;
- orienta a mulher sobre os métodos para o alívio da dor que podem ser utilizados, se necessários;
- estimula a participação do marido ou companheiro em todo o processo; e
- apoia e orienta a mulher durante todo o período expulsivo, incluindo a possibilidade da liberdade de escolha quanto à posição a ser adotada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 64 - 67).

No Brasil a atuação das doulas tem sido referenciada em 2001, através da diretriz de políticas públicas de saúde “parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher”<sup>66</sup>, neste documento foi reconhecido o papel social da Doula e sua importância para efetivar a humanização no parto.

Entretanto não temos no Estado do Pará nem no município de Marabá nenhuma Lei para garantir o acesso em maternidades e hospitais as Doulas, por isso elas encontram muita dificuldade de acesso, geralmente com inserção limitada nas instituições do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como de instituições de saúde

---

<sup>65</sup> Ver: <https://www.doulas.com.br/artigo.php?cod=22>.

<sup>66</sup> Ver: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf).

privadas. Importante salientar que a Capital do Estado possui a Lei de acesso a doulas nas maternidades e hospitais de Belém, porém é uma lei municipal.

Para Artemísia, Doula desde 2016, entrevistada pela pesquisadora as principais dificuldades em ser doula em Marabá é “Entrar na sala de parto. Nós não somos bem vistas, apesar de não fazer absolutamente nada, nem falar absolutamente nada contra médico, contra a equipe ou contra o hospital”.

Para ela a equipe médica ainda não entendeu qual o papel da Doula no processo de parto, não se ensina isso na graduação, então eles têm um preconceito com o trabalho realizado pelas Doulas, sendo que o apoio emocional dessas profissionais vem contribuir para que o parto seja mais rápido e harmonioso para a mulher que está em trabalho de parto. “Quando eu vou doular, eu acabo doulando a mulher que me contratou, e as outras que estão ao redor, porque você acaba auxiliando de alguma maneira”.

Ainda segundo a doula é preciso que a parturiente produza hormônios para o parto, e o fato da mulher está sozinha, em um lugar frio, sem apoio de ninguém faz com que ela fique com medo e apreensiva fazendo com que ela tenha mais dor e sofrimento.

“E isso é comprovado cientificamente, que a adrenalina, inibi a produção de ocitocina. Quando uma mulher estar com medo, ela libera adrenalina, e durante o parto a gente precisa de oxitocina que é o hormônio do amor, do bem estar, do prazer. É o que vai ajudar nas contrações, é o que vai ajudar na dilatação. Então, a mulher durante o trabalho de parto dela, ela precisa se sentir acolhida, amada, ela precisa se sentir respeitada”.

No Brasil temos um PL 8363/2017<sup>67</sup> da deputada Erika Kokay - PT/DF, tramitando na Câmara que dispõe sobre o exercício profissional da atividade de Doula, o PL já teve o deferimento da mesa diretora e da comissão de mulheres da Câmara, seguindo o rito normal para a aprovação. É importante reiterar que o município de Belém capital do estado do Pará possui a Lei de doulas desde 2017 pela Lei Nº 9274 DE 11/05/2017.<sup>68</sup>

A principal função da doula é fornecer apoio emocional e informações baseadas em evidências<sup>69</sup>. Importante dizer que Parteiras são bem diferentes de Doulas, as

---

<sup>67</sup> Ver:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2148936#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20exerc%C3%ADcio%20profissional,Doula%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAscias.&text=Regulamenta%C3%A7%C3%A3o%2C%20exerc%C3%ADcio%20profissional%2C%20doula%2C,mulher%2C%20gravidez%2C%20atividade%20profissional>

<sup>68</sup> Ver: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=343760>.

<sup>69</sup> Ver: <https://www.doulas.com.br/artigo.php?cod=21>.

Parteiras contemporâneas possuem graduação em obstetrícia ou enfermagem obstétrica e só atendem gestações e parto de risco habitual ou baixo risco. A doula não é uma profissional da área médica, portanto não realiza nenhum trabalho ligado a enfermagem ou obstetrícia, por mais que tenham Doulas que também são enfermeiras ou técnicas de enfermagem, as mesmas no momento que estão assistindo a parturiente não exercem atividades de enfermagem.

Segundo Artemísia, ela decidiu ser Doula por ter identificado que essa parte da atenção médico-hospitalar precisava de um acompanhamento e um apoio emocional mais humanizado *“Eu trabalhei por muito tempo como professora e acompanhando alunos em estágios, e umas das áreas que eu percebi que precisava ser mais humanizado foi o parto e pós-parto sempre via e achava desumano as mulheres parirem só”*, ela reitera ainda que outras partes do hospital autorizam a entrada de acompanhantes *“eu via, pacientes masculinos, homens, na clínica cirúrgica com braço quebrado, e eles tinham direito de acompanhante, e via as mulheres no pós-parto sem direito de acompanhante, cuidando delas e do bebê sozinha”*. Segundo a Doula esse foi um dos motivos que fizeram com que ela começasse a dar esse suporte emocional para as gestantes.

A Doula oferece apoio físico e emocional para a gestante e para toda família, geralmente realizam encontros na residência da gestante para abordar temas da gestação e do dia do parto como: plano de parto<sup>70</sup>, as fases do trabalho de parto, dor do parto, preparo do períneo, pródomos, puerpério, entre outros temas que fazem parte da gestação, parto e pós-parto ainda pouco compartilhado e divulgados pelas mulheres e instituições de saúde, como a sexualidade da mulher após o parto e a solidão materna.

Segundo a Doula Artemísia quando a mesma agenda a visita para conversar com o casal grávido ela orienta sobre várias fases desde a gestação, parto, puerpério e quando questionada se ela explica o que é sobre violência obstétrica *“Sim falo, quando vamos construir o plano de parto”*. Outra pergunta foi sobre o conhecimento dessas gestantes sobre a VO *“De jeito nenhum! Nenhuma delas sabia o que era Violência obstétrica”*. O que destaca a Doula também como um instrumento de

---

<sup>70</sup> O plano de parto é uma carta, ou declaração curta, onde a gestante pode relacionar suas preferências para o Trabalho de parto e parto. Pode ser feito ao longo da gestação, pode ser uma lista, uma planilha, ou mesmo uma carta. Tem objetivo de deixar registrado o que a mulher não quer que seja realizado no seu corpo, caso no momento do trabalho de parto ela não consiga se manifesta ou decidir sobre algumas intervenções que possam acontecer. Disponível: Protagonistas do Parto: Plano de Parto.

conscientização para essas gestantes, visto que não temos nenhuma cartilha de orientação sobre violência obstétrica no Brasil para as gestantes que estão fazendo pré-natal, então é um assunto de pouca visibilidade.

No trabalho de parto, a doula também informa sobre medicações e intervenções médicas, traduz termos médicos complicados e explicando os procedimentos hospitalares para a puérpera e família, visando melhorar os impactos de um ambiente tradicionalmente frio como o hospital num momento de grande vulnerabilidade da mulher. Usam métodos como músicas, luz baixa e dança para distrair a parturiente e tentar tranquilizá-la no momento das contrações.

Para alívio da dor a Doula oferecem métodos não farmacológicos, como massagens, técnicas de relaxamento e respiração, exercícios, caminhada, banhos, imersão em água quente, compressas, aromaterapia, dicas de posições de maior conforto para o trabalho de parto e para o parto em si. A Doula também dá o suporte emocional ao acompanhante que pode ser ou não o pai da criança. Importante salientar que em hipótese alguma o acompanhante deve ser substituído pela Doula, para isso temos a Lei federal 11.108 (BRASIL, 2005), que garante este direito. Portanto ela auxilia demonstrando que é um nascimento e o papel do pai ou acompanhante é fundamental para a mulher que está parindo.

No pós-parto, a doula oferece ainda apoio emocional sobre assuntos como amamentação, depressão pós-parto, recuperação física e emocional do parto, conexão mãe-bebê e cuidados básicos com o recém-nascido, sempre com evidências científicas e intuito de auxiliar a família nos primeiros dias do nascimento do bebê que tendem a ser desafiadores com uma nova rotina para toda família.

Segundo a cartilha Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada à Mulher, do Ministério da Saúde após o nascimento a Doula pode ainda:

- informa e orienta a mulher quanto à dequitação e ao clampeamento do cordão;
- estimula a colocação do recém-nascido sobre o abdome materno, num contato pele a pele, estimulando o início da sucção ao peito materno e favorecendo o vínculo afetivo mãe-filho; e
- posteriormente, informa e orienta também quanto ao início e manutenção do aleitamento materno. Todas estas atividades, além de melhorar a vivência experimentada pelas mulheres que dão à luz, parecem ter uma influência direta e positiva sobre a saúde das mulheres e dos recém-nascidos. Devem, portanto, ser estimuladas em todas as situações possíveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 64 - 67).

Para Duarte(2015), as pesquisas têm mostrado que a atuação da doula no parto pode: diminuir em 50% as taxas de cesárea; diminuir em 20% a duração do trabalho de parto; diminuir em 60% os pedidos de anestesia; diminuir em 40% o uso da ocitocina; diminuir em 40% o uso de fórceps.<sup>71</sup> Portanto um importante instrumento para reduzir o número excessivo de intervenções dos partos no Brasil, bem como diminuir o número de cesarianas eletivas e de violência obstétrica nas maternidade e hospitais brasileiros.

De acordo a Doula Artemísia depois da pandemia do covid19, declarada a partir do mês de abril de 2020, ela não conseguiu realizar o trabalho de Doula, pois através da portaria da prefeitura que impedia aglomeração e circulação de pessoas, os hospitais e maternidades da cidade também proibiram a entrada do acompanhante.

“Não entra nos hospitais, nem no particular, nem no público. Essa questão da proibição da entrada do acompanhante, sempre existiu, eles nunca conseguiram cumprir a lei, pouquíssimas mulheres entram acompanhadas para parir e com a pandemia eles usam de documentação do decreto municipal para proibir o acesso tanto da Doula quanto do acompanhante. Os bares já foram liberados, o shopping já pode entrar a quantidade de pessoa que quiser os shows já foram liberados, mas o único local que ainda se usa esse decreto é o Hospital Materno Infantil”.

No dia 08 de julho de 2021 o site da Defensoria Pública do Estado do Pará publica uma nota sobre, a garantia do restabelecimento do direito à acompanhante de escolha das gestantes e parturientes no âmbito dos hospitais municipais da cidade de Marabá. Segundo o defensor Luiz Marcelo Macedo de Sousa O direito estava suspenso pelos decretos municipais de Nº 25/2020 e Nº118/2020, publicados no ano passado. E embora o município afirme que essa restrição foi imposta apenas na pandemia do novo coronavírus, já foram ouvidos inúmeros relatos de que isso acontecia anteriormente. No entanto, o município não podia restringir esse direito irrenunciável nem mesmo na pandemia do covid19, já que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Agência Nacional de Saúde (ANS), emitiram notas técnicas dizendo que não pode ser afastado o direito do(a) acompanhante durante a gestação, desde que observados os protocolos de segurança<sup>72</sup>.

A determinação da Defensoria pública do Estado do Pará deixa claro em sua matéria que a maternidade sempre teve problemas em cumprir a Lei do acompanhante de 2005, reafirmando a fala da Doula Artemísia.

---

<sup>71</sup> Ver: <https://www.doulas.com.br/artigos.php>.

<sup>72</sup> Ver: [http://www.defensoria.pa.def.br/portal/noticia.aspx?NOT\\_ID=4655](http://www.defensoria.pa.def.br/portal/noticia.aspx?NOT_ID=4655).

Para a Doula Artemísia para mudar a realidade da violência obstétrica nas maternidades do Brasil seria preciso “treinamento, fiscalização, não existe nenhum órgão fiscalizador, não existe formação continuada para esses profissionais tem médico lá com 60 anos de idade que nunca mais se atualizou, na época dele era normal realizar episio em todas as pacientes e ele reproduz isso até hoje. E ter um setor somente para denúncia, que a pessoa possa sair do hospital ou da maternidade e denunciar. Porque não existe esse setor, e se ele existe, ele não está de uma forma facilitada para que as mulheres possam denunciar. Logo a VO fica escondida”.

Por fim a Artemísia diz que é necessário que as gestantes do nosso país estudem sobre o parto, puerpério, amamentação, pois é fundamental a mulher se empoderar de informação e saber o que vai acontecer com ela nesse processo de gestação até o puerpério, é uma transformação na vida da mulher, isso deveria ser abordado no pré-natal. *“Por isso acho que deveria ter curso sobre isso, treinamento, serem instruídas antes de entrar na sala de parto”* ou então as maternidade e hospitais disponibilizarem *“Uma pessoa ou psicóloga que explique para ela o que vai acontecer, que diga para ela o que realmente pode fazer lá dentro, e que ela possa entrar mais tranquila, e não sinta medo na hora do parto”*.

Portanto a presença da Doula vem para fortalecer emocionalmente a gestante, é considerada uma grande ferramenta para humanizar partos e nascimentos, pois auxilia nas decisões da parturiente, na superação da mulher com relação a dor, fazendo com que ela tenha um parto mais respeitoso, humanizado, e sobretudo com menos intervenções, conseqüentemente com menos violência obstétrica, ressignificando a autonomia dessa mulher.

Assim então levantadas, discutidas, apontadas, analisadas bastante evidências a respeito das temáticas damos por concluído o trabalho e a seguir apresentaremos nossas considerações finais.

## 5. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PARA NÃO FINALIZAR

Com esta dissertação me propus a dar visibilidade a três mulheres-mães que tiveram seus partos na maternidade-HMI no município de Marabá. Trabalhar com o relato delas nos possibilitou entender e identificar um tipo específico de violência contra a mulher: violência obstétrica, bem como, trazer à tona situações vivenciadas por elas para identificar, por meio de suas narrativas, o quão esta violência é recorrente durante a assistência ao parto, na única maternidade do sul e sudeste do Estado do Pará. Na oportunidade, foi possível perceber como não acontece, na prática, a materialização das políticas públicas de parto e nascimento na referida instituição de saúde.

Ao longo do trabalho, foi demonstrado que o problema da violência na atenção obstétrica é histórico, e, por isso, além de ser um tipo específico de violência contra a mulher, consiste em uma violência social. Destacamos, dessa forma, momentos de mudanças, tanto na questão da institucionalização do parto, quanto alguns tímidos avanços na legislação e inserção de políticas públicas para melhorar a assistência ao parto no Brasil.

Quanto à revisão de literatura, foi basilar a corroboração de teorias de autores como Tesser; Diniz, (2015), os quais orientam que para haver uma prevenção quaternária, termo específico da área da complexidade médica, que, traduzida pelos autores, representa a necessidade de realizar dois tipos de ações: uma individual/comunitária, associada à informação no pré-natal, e outra de instância maior, que seria uma mudança política e institucional.

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

Nesse sentido, conforme nos coloca Dye (1984), a política pública, como se vê no cenário da pesquisa, é a definição "do que o governo escolhe fazer ou não fazer", dessa maneira, podemos dizer que, até o momento, conforme constatações que se confirmam pela pesquisa feita em 2010, pela Fundação Perceus Abramo, a opção dos

governos federais, estaduais e municipais é de não efetivar a política pública de garantia à realização do parto sem violência.

Para tal mudança de contexto, é basilar que gestores estaduais e municipais, principalmente, adotem as políticas públicas, minimamente orientadas pelas regulamentações federais, como já tem acontecido no Estado do Rio de Janeiro e em Belo Horizonte. Tendo como ponto focal também a formação dos gestores das instituições de saúde, para que se rompa com o modelo hegemônico tecnocrata, que rege o parir e o nascer, usado ultimamente por várias maternidades e hospitais no Brasil, inclusive na maternidade citada nesta dissertação.

Nesse sentido, embora possamos perceber um pequeno avanço nas últimas décadas, com a promulgação da Lei Federal do acompanhante e a implantação do programa de assistência às parturientes brasileiras denominado de “Rede Cegonha”, que incorpora alguns princípios da humanização nas suas diretrizes e definições para gestão do SUS, e impõe à sociedade e aos governos a tarefa de garantir melhorias na atenção à saúde da mulher, essas medidas, pelo que foi coletado nesta pesquisa, são insuficientes para enfrentar efetivamente esse tipo específico de violência.

Outro problema identificado na pesquisa, por meio da narrativa das participantes é o desconhecimento destas sobre o termo “violência obstétrica”. Assim, essa invisibilidade é legitimada, não apenas pela indiferença da esfera jurídica, mas também pela esfera social, e nesse sentido é imprescindível que os movimentos sociais de mulheres do município de Marabá façam o aprofundamento sobre o tema, tendo em vista sua urgência, além de denunciar casos de violência obstétrica que acontecem, sendo indubitavelmente perceptível a necessidade do debate ininterrupto com a sociedade. Somado a isso, as análises também nos motivam a provocar a mobilização do Conselho da mulher e da Coordenadoria da mulher a realizarem ações educativas e informativas para empoderar essas mulheres com relação ao tema da violência obstétrica.

Foi observado, ainda, o descumprimento de outras legislações na maternidade, que poderiam diminuir ou até mesmo inibir práticas de violência obstétrica como a Lei 11.108/2005 que garante o direito a um acompanhante por parte da gestante, de sua livre escolha. A ausência dessas ferramentas nas maternidades e hospitais do Brasil ainda convive com as tentativas, do poder público, de justificar o não recebimento dos acompanhantes das parturientes, mas, o que fica evidente, é que se trata de uma lei

que tem quase duas décadas e, por isso, deveria ser respeitada. Nos três relatos apresentados, na presente dissertação, nenhuma das mulheres teve acompanhante. Segundo Nascimento, et al.(2010), o apoio emocional de alguém da confiança da parturiente no momento do parto, propicia tranquilidade, reduz medo e ansiedade, além de evitar possíveis intervenções e violências obstétricas que acontecem rotineiramente quando a mulher encontra-se sozinha na hora do parto. Esse acompanhamento é fundamental para que a mulher sinta-se amparada no momento de dor e transformação causado pelo processo do parto.

Além disso, a escuta analítica indicou a falta de publicidade e transparência das atividades do HMI, haja vista a nossa dificuldade de acessar informações. Os dados foram precariamente fornecidos, pela referida instituição, em um documento profundamente discrepante, em relação aos dados do Ministério da Saúde, evidenciando, dessa forma, a falta de um canal institucional, ou da ouvidoria do município, em que as usuárias possam fazer denúncias, reclamações ou até mesmo avaliar a assistência prestada. Essa busca por dados deu-se com o encaminhamento de ofício para o HMI, Ministério público, conselho de saúde, conselho da mulher, grupo de mulheres Arco-íris da justiça e Coordenadoria da mulher. A maternidade encaminhou respostas parciais, através de uma mensagem de Whatsapp, alguns números aos quais detalhamos numa das tabelas contidas no capítulo quatro deste trabalho, bem como o quadro funcional atual. Essa situação dificultou a coleta de informações e também foi frequente quando procuramos o Conselho Municipal de Saúde e o próprio Ministério Público Estadual, este, nos momentos finais da construção deste trabalho, também demonstrando dificuldades de acesso a informações, enviou uma resposta, a nossa solicitação encaminhada, através de um despacho que evidenciava, de maneira muito genérica, uma série de irregularidades não só no HMI como também em outras instituições de saúde do município, conforme é possível ver nos anexos, desta pesquisa.

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

Para isso, é necessária, primeiramente, uma mudança na formação acadêmica dos profissionais de saúde, pois, o aparelho formador continua preparando profissionais dentro do modelo intervencionista e considerado indevido, para um parto humanizado. Esse desafio conclama a ação do Ministério da Educação, alterando a grade curricular dos cursos de saúde nas universidades para que sejam trabalhadas disciplinas que implantem os fundamentos da Medicina Baseada em Evidências-MBE, no que tange o parir e o nascer, conforme as orientações e diretrizes nacionais e internacionais sobre atendimento humanizado, baseados nos direitos humanos e para um atendimento obstétrico seguro e digno. Sobretudo, há que enfatizar o quão a violência obstétrica fere o princípio da dignidade humana assegurado no artigo 1º inciso III, na Constituição Federal de 1988.

No caso da maternidade-HMI é necessário, que seja feita uma série de mudanças e adequações para garantir um parto humanizado às mulheres. Primeiramente, fazer-se necessário melhorar a estrutura física da maternidade, visto que esta atende demandas não apenas do município de Marabá, ou seja, isso é um problema que também envolve o descaso do governo estadual para com a assistência à saúde das mulheres. Para ter um atendimento digno e humanizado seria necessária uma maternidade de média e alta complexidade na cidade para atender a região, visto que, Marabá é uma cidade polo do sul e sudeste do Pará. Sem contar que a estrutura do HMI é a mesma desde a sua inauguração em 2008 e a implantação da ala infantil se deu anos, somente após a intervenção da sociedade civil organizada e do Ministério Público Estadual. A ampliação do quadro de profissionais, também consiste em uma urgência, sendo necessário ampliar o efetivo de profissionais da enfermagem obstétrica no quadro funcional, pois há apenas quatro enfermeiras obstetras para garantir o atendimento nas vinte e quatro horas de atendimento.

Percebe-se, desse modo, a necessidade da garantia ao acesso das doulas na maternidade. Duarte(2015), tendo em vista que a atuação da desta profissional no parto pode diminuir os índices de intervenções como cesariana, uso de oxitocina, entre outras citadas no último capítulo da dissertação, pois a doula faz com que as mulheres tenham mais segurança no momento do parto e ainda inibi possíveis violências cometidas pelos profissionais presentes na hora do parto.

Outra alternativa para enfrentar os problemas evidenciados na pesquisa como maus tratos às mulheres-mães, a falta de estrutura, a efetivação de práticas de parto

humanizado, a ampliação do quadro funcional seria a implantação de uma Casa de Parto, tal qual a instalada no município de Castanhal, no município de Marabá. Essa alternativa por atender predominantemente gestantes de baixo risco provavelmente diminuiriam as demandas do HMI. A implantação de uma casa de parto é amplamente possível tendo em vista que a mesma faz parte de diretrizes, objetivos e recomendações da Rede Cegonha, inclusive com a disponibilização de recursos e projetos para a implantação e implementação.

A divulgação sobre o tema ainda é insuficiente o que faz com que a violência obstétrica seja invisibilizada diante de tantas violências sofridas pelas mulheres. Foi identificado que temos poucas produções científicas sobre violência obstétrica no Brasil. No âmbito estadual, foram realizadas buscas exploratórias para que pudessemos nos aprofundar sobre o tema, porém encontramos pouca produção científica, por isso recorreremos a fontes primárias de jornais locais e posteriormente para alicerçamos a análise dos relatos.

Nesse sentido, é preciso que a academia também acolha, estude e pesquise sobre violência obstétrica, realizando palestras, congressos, visando aprofundar a abordagem científica e, sobretudo, fomentando o debate para retirar o tema da invisibilidade social.

Para garantir o acesso à informação do que é a gestação, o que acontece no corpo da mulher gestante, o que é o parto, pós-parto e principalmente o que é a violência obstétrica para as gestantes do Brasil seria necessário substituir a carteirinha de vacinação e pré-natal da gestante convencional por uma cartilha informativa contendo todas essas informações acerca do parto, junto às informações da carteirinha de vacinação, para serem distribuídas às mulheres gestantes no momento do pré-natal, tanto na rede pública quanto na rede privada, assim como é feito com a carteirinha de vacinação da gestante e do recém-nascido.

Dentro dessas proposições, cabe ainda a atenção e a valorização de um instrumento para diminuir a violência obstétrica ainda subutilizado no Brasil é o plano de parto, pois, a gestante precisa de um mínimo de conhecimento sobre a gestação e parturição para optar e deixar escrito seus medos e anseios sobre o desejo de como deveria ser “o seu parto”, além de ser um recurso que facilita a comunicação entre gestantes e profissionais da saúde é também uma forma de educar e conscientizar a mulher grávida sobre o que acontece com o corpo e o processo de parturição que virá

acontecer. Além de fazer com que exista uma individualidade para cada parto, retirando a padronização dos procedimentos e protocolos que fazem com que a mulher se veja como uma “coisa”, como descrito pelas mulheres participantes dessa pesquisa, que não se sentiam como um ser humano dotado de direitos e particularidades.

Outra proposição para que possamos humanizar a assistência ao parto é à formação continuada de enfermeiras obstetras e capacitação de doulas comunitárias voluntárias, bem como, a implantação de centros de parto normal, com supervisão da atuação. Na Rede cegonha existe a possibilidade de criação de casas de partos, mas infelizmente foi inaugurado apenas uma casa de parto em cada Estado brasileiro e posteriormente com a mudança de governo não tivemos mais incentivos para que novas casas de parto fossem inauguradas no país. No Estado do Pará temos apenas uma casa de parto na cidade de Castanhal região metropolitana Belém/PA. Outro elemento imprescindível é reconhecer o trabalho da parteira tradicional, integrando-a no sistema de saúde e estabelecendo referências para encaminhamento de complicações.

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

Nesse sentido, ainda existem questões e inquietações relevantes a serem respondidas, reflexões mais profundas da situação e da condição da mulher no momento do parto, os quais foram surgindo a partir do fenômeno do parto como objeto de estudo e que devem ser analisados no campo de investigação. Desse modo, não pretendemos encerrar o debate, ou seja, o trabalho registra um anseio de prosseguir no aprofundamento sobre a violência obstétrica, como em uma tese, dada a complexidade do presente objeto de estudo, visando investigar outros aspectos dentro desse universo que perpassa a violência obstétrica, a fim de promover uma mudança

concreta nessas condutas equivocadas que ferem e maltratam mulheres no pré-parto, parto e pós-parto.

Esta pesquisadora se propôs a contribuir através de palestra e debates para que a sociedade tenha conhecimento do tema, e, dessa forma, aceitamos o convite para realizar duas palestras para tratar do assunto na semana internacional de combate a violência contra a mulher, dada a tamanha necessidade e carência de profissionais que trabalham sobre a violência obstétrica no município.

Pretendemos ainda publicar artigos científicos com os resultados encontrados nesta pesquisa, bem como, juntar-me aos movimentos sociais de mulheres para que se apropriem das questões aqui levantadas, fomentando a realização de uma audiência pública e fazendo denúncias para instâncias nacionais e internacionais com a finalidade de enfrentar e combater o problema da violência obstétrica no município de Marabá. Por fim, aspiramos compartilhar esta pesquisa com os cursos de direito, saúde coletiva, fisioterapia, psicologia, enfermagem, medicina e ciências sociais do município de Marabá para fomentar novas pesquisas sobre a temática.

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

Mesmo com as limitações de ser apenas mais um trabalho sobre as temáticas aqui abordada, acreditamos que o mesmo cumpriu seus objetivos e deixa a sua contribuição, claro que sem jamais esquecer e desejar de que outros trabalhos sobre a temática e os temas aqui abordados possam vir inclusive com abordagens de outros campos de conhecimento como a saúde pública, o direito, a psicologia, a antropologia, o serviço social e áreas da saúde como um todo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000100013&script=sci_arttext). Acesso em: 11 out. 2021.

AMORIM, Melania Maria Ramos de; KATZ, Leila. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Feminina**, [S.l.], v. 36, n. 1, p. 47-54, jan 2008.

ARGENTINA. **Ley Nº 25.929/2004 de q7 de setembro de 2004**. Ley Nacional de Parto Respetado. Buenos Aires, 2004. Disponível em: [https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/siteal\\_argentina\\_0842.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_argentina_0842.pdf). Acesso em: 12 set. 2021.

ARTEMIS. **Pelo fim da violência contra as mulheres**. São Paulo, 2014. Disponível em: <https://www.artemis.org.br/o-que-e-o-centro-cultural-artemis>. Acesso em: 12 jan. 2021.

BARDIM, L. Análise de conteúdo. Lisboa, edição 70. 2011.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 7633 de 2014**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>. Acesso em 10 de março de 2021.

BRASIL. **Constituição Brasileira 1988**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.

BRASIL. **Portaria Nº 4.459 de 24 de junho de 2011 do Ministério da Saúde**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Brasília, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 15 de novembro de 2021.

BRASIL. **Portaria Nº 1.067 de 04 julho de 2005 do Ministério da Saúde**. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Brasília, 2005. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=193664>. Acesso em: 15 de novembro de 2021.

BRASIL. **Portaria Nº 985 de 05 de agosto de 1999**. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. Brasília, 1999. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-29-1999-08-05-985>. Acesso em: 15 de novembro de 2021.

BRASIL. **Lei Nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm). Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. **Decreto Nº 1.973, de 1º de agosto de 1996.** Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994.. Brasília, 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1996/d1973.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm). Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8078compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm). Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm). Acesso em: 28 abr. 2021.

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

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de experiências femininas de parto humanizado.** 2011. (Doutorado em Antropologia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2011.

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

\_\_\_\_\_. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, p. 627-37, 2005.

\_\_\_\_\_. **Entre a técnica e os direitos humanos:** possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. Tese (Doutorado em Medicina) São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001

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

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

DINIZ, Simone Grilo e DUARTE, Ana Cristina. **Parto normal ou cesárea? o que toda mulher deve saber (e todo homem também).** São Paulo: Editora UNESP, 2004.

DYE, Thomas D. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs, N.J.: PrenticeHall. 1984.

FIGUEIREDO, Vera de Oliveira Nunes; LANSKY Sônia. Fóruns perinatais no âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e das Redes Perinatais na Amazônia Legal e Nordeste (PQM). In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Cadernos Humaniza SUS** Volume 4: Humanização do parto e nascimento. Brasília, 2014. Disponível em: [https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf). Acesso em: 10 de out. 2021.

FOUCAULT, Michel. "O sujeito e o poder". In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul (Orgs.). Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 131-149.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993.

-----. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

-----. *Arqueologia do Saber*. São Paulo: Editora Forense Universitária, 2002.

-----. *História da Sexualidade II. O uso dos prazeres*. São Paulo: Graal, 2007.

-----. *História da Sexualidade I. Da vontade de saber*. São Paulo: Graal, 2005.

-----. *História da Sexualidade III. Cuidado de si*. São Paulo: Graal, 2004.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (FIOCRUZ). **A Revolta da Vacina**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2>. Acesso em: 15 de novembro de 2021.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Política de Saúde da Mulher comemora 25 anos**: indicadores mostram os resultados da ampliação do acesso da mulher aos serviços de saúde. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-de-saude-da-mulher-comemora-25-anos>. Acesso em: 15 de novembro de 2021.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO & SESC. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. São Paulo, 2010. Disponível em: [www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf](http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf). Acesso em 02 de julho de 2019.

BAUER, Martin W. & GASKELL, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002.

GEERTZ, Clifford. *Nova luz sobre a antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

GUEDES, Aline. **Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil Agência Senado**, Brasília 28 de ago. de 2018. Disponível em: <https://www12>.

senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas. Acesso em: 12 out. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidade e Estado: Pará**. IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/>. Acesso em: 15 de abr. 2021.

IZOTON, Rosalina. *Entrevista concedida*, Marabá, 2 de nov. 2021.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

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

MARABÁ. **Lei nº 18.033, de 21 de maio de 2021**. Institui o Plano Municipal de Políticas Públicas para mulheres no Município de Marabá. Marabá, 2021. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pa/m/maraba/lei-ordinaria/2021/1804/18033/lei-ordinaria-n-18033-2021-institui-o-plano-municipal-de-politicas>. Acesso em: 12 set. 2021.

MELLO, Michelle de. Venezuela comemora dois anos do plano nacional de parto humanizado: País é o primeiro a criar uma política de Estado que incentiva o nascimento de maneira natural. **Brasil de Fato**, Caracas 31 de julho de 2019. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/especiais/venezuela-comemora-dois-anos-do-plano-nacional-de-parto-humanizado>. Acesso em: 12 out. 2021.

MINAS GERAIS. **Lei 23.175 de 21 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=23175&comp=&ano=2018>. Acesso em: 12 jan. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Rede Cegonha**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/cegonha>. Acesso em: 15 de novembro de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste**: relatório final. Brasília, 2012. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/01/RELATORIOFINALPQMfinal.pdf>. Acesso em: 15 de novembro de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2004. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf). Acesso em: 15 de novembro de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 15 de novembro de 2021.

OLIVEIRA, M.I.C. et al. **Qualidade da assistência ao parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro(RJ), 1999-2001**. Revista saúde pública. São Paulo, v.42, n.5, p. 895-902,2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/T6TMQsjqScfGbh9X8683WnJ/?format=pdf&lang=pt>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf;jsessionid=CA0650675DF81B121961F15F6E7CC62D?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=CA0650675DF81B121961F15F6E7CC62D?sequence=3). Acesso em: 17 de abr. 2021.

PALHETA, Fernanda. MP de Marabá-PA reúne com SESP, representantes do Hospital Regional e HMI para discutir saúde. **Folha do Bico**, Augustinópolis 24 de fev. de 2014. Disponível em: <https://www.folhadobico.com.br/mp-de-maraba-reune-com-sespa-representantes-do-hospital-regional-e-hmi-para-discutir-saude/>. Acesso em: 12 out. 2021.

PARÁ. **Lei Nº 9016 de 30 de janeiro de 2020**. Dispõe sobre a garantia à gestante da possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. Belém, 2020. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=389430>. Acesso em: 12 set. 2021.

PARANÁ. **Lei 19.701 - 20 de Novembro de 2018**. Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. Curitiba, 2018. Disponível em: [http://portal.assembleia.pr.leg.br/modules/mod\\_legislativo\\_arquivo/mod\\_legislativo\\_arquivo.php?leiCod=51636&tipo=L&tlei=0](http://portal.assembleia.pr.leg.br/modules/mod_legislativo_arquivo/mod_legislativo_arquivo.php?leiCod=51636&tipo=L&tlei=0). Acesso em: 12 set. 2021.

PETERS, B. G. **American Public Policy**. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986.

PETERS, B. G. **The Politics of Bureaucracy**. White Plains: Longman Publishers. 1995.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CASTANHAL (CASTANHAL). **Centro de parto normal de castanhal**: onde a vida nasce de forma mais natural e humanizada. Castanhal, 2019. Disponível em: <http://www.castanhal.pa.gov.br/centro-de-parto-normal-de-castanhal-onde-a-vida-nasce-de-forma-mais-natural-e-humanizada/>. Acesso em: 15 de novembro de 2021.

RAMOS, Tânia Regina. **Falas de gênero**. Florianópolis: Editora Mulheres, 1999.

REDE DE HUMANIZAÇÃO NO PARTO (REHUNA). **Difusão de conhecimentos**. Brasília, 2021. Disponível em: <http://localhost/rehuna/nossa-historia#difusao>. Acesso em 02 de julho de 2021.

SAFFIOTI, Heleieth. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 2001.

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2017. Disponível em: [http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097\\_2017\\_lei.html](http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html). Acesso em: 12 set. 2021.

SCOTT, Joan. “Experiência”. In: SILVA, Alcione Leite; LAGO, Mara Coelho de Souza;

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v.8, n.16, 2015, p.20-44. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 de mai. de 2021.

TESSER, C. D., KNOBEL, R.; AGUIAR ANDREZZO, H. F.; DINIZ, S. G. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.10, n.35, 2015, p.1-12.

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

TORNQUIST, Carmen. Suzana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002.

TORNQUIST, Carmen. Suzana. **Parto e poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). As faces da violência obstétrica. 2021. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/jordi/172-violenciaobstetrica/violencia-obstetrica/>. Acesso em: 11 out. 2021.

VENDRUSCOLO, Cláudia Tomasi; SALING, Krueel, Cristina. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Série: Ciências Humanas**, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de 23 de abril de 2007**. Caracas, 2007. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 12 set. 2021.

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

## **ANEXOS:**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da pesquisa: Parir e nascer em Marabá: Da violência obstétrica a efetivação das políticas públicas de humanização do parto, a partir do relato das mulheres-mães na única maternidade pública do Sul e do estado do Pará.

Nome do responsável: Heidiany K. S. Moreno  
Número do CAAE:(inserir após aprovação pelo CEP)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegura seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante/responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

#### **Justificativa e objetivos:**

A pesquisa “Políticas públicas para humanização do parto e nascimento: violência obstétrica e trauma na vida das mulheres-mães, na única maternidade pública do sul e sudeste do Pará”. Propõe descrever sobre as políticas públicas de humanização do parto na maternidade Hospital Materno Infantil de Marabá- HMI. Ouvindo as mulheres-mães que tiveram parto na maternidade e através desses relatos analisar como está sendo na prática a implantação dessas políticas públicas. Bem como verificar perante a maternidade se existe a implementação de políticas públicas ligadas a humanização do parto e se a maternidade consegue fazer um atendimento humanizado e respeitoso para as parturientes da cidade de Marabá, por meio de rotinas e protocolos humanizados conforme orientação da OMS e Rede Cegonha.

#### **Procedimentos:**

Participando do estudo você está sendo convidada a responder um questionário online do google forms com 37 perguntas, sendo 31 objetivas e 6 subjetivas sobre o seu parto e nascimento do seu filho(a) na maternidade HMI e como foi sua experiência na maternidade. O questionário possui perguntas simples e nenhuma delas é obrigatória, caso não se sinta confortável em responder alguma delas não há problema. O nome será mantido em sigilo e usaremos o nome de flores para descrever as respostas subjetivas.

#### **Desconfortos e riscos:**

Você **não** deve participar deste estudo se caso não se sentir confortável em falar sobre seu parto e experiência na maternidade Hospital Materno Infantil de Marabá-HMI. Os riscos são mínimos como desconforto, incômodo ou vazamento de dados, para amenizar os riscos a sua identificação será mantida em sigilo e não será usada no trabalho, pois usaremos nomes de flores para as respostas subjetivas,

portanto caso os dados sejam compartilhados posteriormente na publicação do trabalho em hipótese algum seu nome será mencionado.

**Benefícios:**

É preciso dar voz as mulheres-mães que tiveram seus partos e nascimentos na maternidade Hospital Materno Infantil para que possamos melhorar o atendimento as parturientes, assim como verificar se existe a implantação de políticas públicas para um parto humanizado e

**Roteiro semi-estruturado para entrevista com as mulheres-mães que tiveram partos no HMI de Marabá. Realizado pela pesquisadora Heidiany k. S. Moreno, mestranda da Faculdade Latino-americana de Ciências sociais- FLACSO. Com o título “PARIR E NASCER EM MARABÁ: Da violência obstétrica à efetivação de políticas públicas de humanização do parto, a partir do relato das mulheres-mães na única maternidade pública do Sul e do estado do Pará”.**

- 1) Quando aconteceu seu parto no hospital materno infantil de Marabá e como foi a entrada na maternidade?
- 2) Caso a entrevistada não fale livremente outras perguntas serão realizadas como:
  - A) Você entrou sozinha ou teve direito ao acompanhante de sua livre escolha?
  - B) Foi realizado algum procedimento médico sem lhe comunicar?
  - C) Te negaram água ou alimentos durante o trabalho de parto de um dos seus filhos?
  - D) Alguém gritou com você ou fez alguma piada sobre as contrações ou qualquer momento do trabalho de parto?
  - E) Foi oferecido alguma forma de medicamento para alívio da dor?
  - F) Durante o trabalho de parto em qual posição você ficou para o bebê nascer? Você teve a opção de escolher a posição que achava mais confortável do momento do nascimento?
  - G) Utilizaram ocitocina, soro (para acelerar o trabalho de parto) sem seu consentimento?
  - H) Durante seu trabalho de parto, alguém subiu em cima de você ou fez força na sua barriga para o bebê nascer?
  - I) Realizaram episiotomia (corte vaginal/"pic") sem uma indicação clínica, aviso prévio, ou sem anestesia durante seu trabalho de parto de um dos seus filhos?
  - J) Você sabe o que significa violência obstétrica?
  - K) Você considera ter sofrido violência obstétrica em algum momento do nascimento do(s) seu(s) filho(s)?