



Data: 17.09.2020

Título: "As mulheres disseram-me: 'Senti-me como num talho'"

Pub: **SÁBADO**

QuickCom
comunicação integrada

Tipo: Revista Nacional Semanal

Secção: Nacional

Pág: 28;29;30

ENTREVISTA

Está a fazer a tese de doutoramento em Antropologia, no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, sobre violência obstétrica e coleciona histórias de partos muitas vezes traumáticos.

Por **Catarina Moura** (texto) e **Bruno Colaço** (fotos)

CATARINA BARATA

“As mulheres disseram-me: ‘Senti-me como num talho’”

O seu primeiro contacto com a ideia de violência no parto aconteceu por volta de 2003, quando uma amiga lhe contou que tinha tido vontade de estar de cócoras, mas a obrigaram a ficar deitada. Ainda não conhecia o termo violência obstétrica, mas foi o estudo desse tema que a sua carreira como antropóloga seguiu. Para o doutoramento, Catarina Barata está a entrevistar mulheres que sofreram esta violência e profissionais de Saúde que a reconhecem. Faz ainda parte da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP), onde ouve outros tantos relatos.

Que pedidos de ajuda recebeu a APDMGP desde a pandemia?

Há imensas questões durante a gravidez porque as pessoas se apercebem que não podem levar o seu companheiro para as consultas e até para o parto. As pessoas veem-se desesperadas. Já escrevemos à DGS, fizemos queixas, mas está a ser complicado.

O termo violência obstétrica não é sequer oficialmente aceite



Parto fisiológico

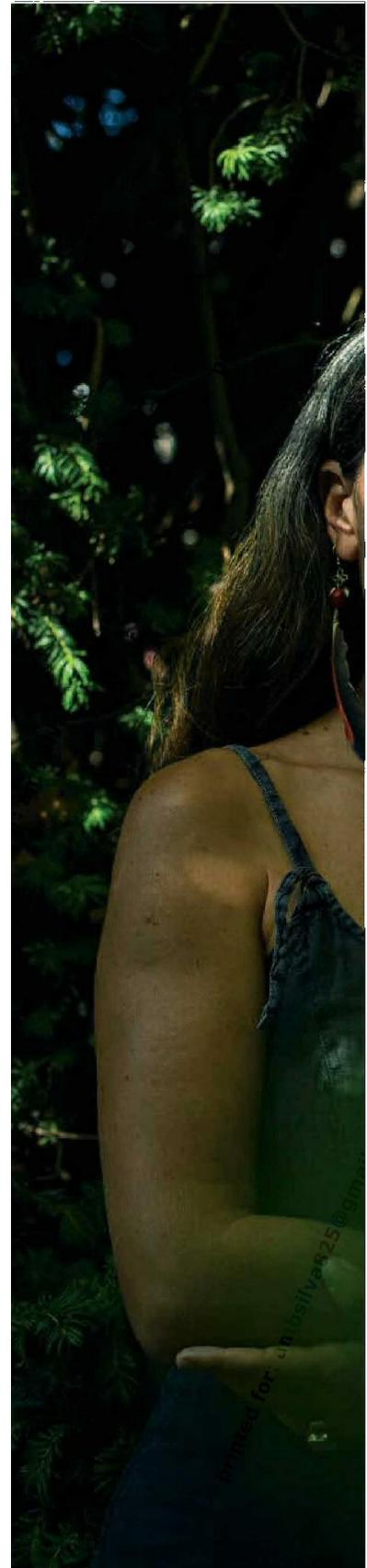
Menos medicalizado, que respeita a mulher e lhe dá estratégias não farmacológicas de alívio da dor. Seguindo a APDMGP, não é promovido em Portugal

Uma das razões apontadas era o número de pessoas numa sala.

Nós sabemos que não há razão para isto, é uma conveniência dos serviços e até isso é muito debatível. Uma vez uma enfermeira disse-me, “se os meus colegas se apercebessem do quanto facilita ter no parto uma doula ou uma figura que realmente está ali a ajudar a mulher, temos muito menos trabalho”.

Em geral as mulheres reconhecem isso como violência?

A pessoa está numa situação vulnerável. Muitas mulheres contam-me que um dos grandes choques durante o parto é, sendo tão donas de si próprias, ali sentiram-se completamente indefesas, não tiveram força para dizer “nem pensar”. É compreensível, o parto não é um momento para se estar a reivindicar direitos. O parto necessita de intimidade, de um ambiente seguro. Não do chamado processo de fuga, em que nos sentimos atacados, só queremos fugir e produzimos adrenalina - a



Área: 1185cm² / 91%

Tiragem: 100.000

FOTO

Cores: 4 Cores

ID: 6944201



1
"O parto necessita de um ambiente seguro. Não do processo de fuga e de produzirmos adrenalina"

hormona contrária à oxitocina que permite que o parto corra bem.

A OMS alerta para o perigo da sobredosagem de oxitocina sintética durante o trabalho de parto, para acelerar as contrações. Conhece casos em Portugal?

É um procedimento de rotina. Aliás, podemos afirmar que todas as intervenções obstétricas que estão à disposição são amplamente aplicadas e essa é uma das grandes manifestações de violência obstétrica em Portugal: o excesso de intervenções no parto. O parto fisiológico não é amplamente difundido e promovido. Há a perceção de que se não houver intervenção no parto não vai correr bem.

A necessidade de intervenção é explicada assim às mulheres?

Há duas situações: ou não se conversa ou conversa-se da maneira errada assumindo à partida que vai ser intervençionado. Nos cursos de preparação para o parto (assisti a dois) também se fala da fisiologia do parto, mas a maior parte das aulas são sobre as intervenções que vão acontecer, é dado como garantido. Sem grande informação sobre riscos ou efeitos secundários. No privado é muito comum ser apresentada à partida a solução da cesariana. Já ouvi histórias como "o médico disse-me que a minha anca é estreita". Do ponto de vista clínico, é complicado dizer antes de entrar em trabalho de parto que esta incompatibilidade fetopélvica vai acontecer, os ossos da bacia mudam de sítio para permitir a passagem do bebé. Além de não ser apresentada como uma operação cirúrgica, como de facto é.

2
Catarina Barata não põe de lado a hipótese de o racismo ser agravador da violência obstétrica, apesar de não haver dados

3
"O ponto do marido não é oficial. Alguém me contou de um médico no privado que disse: 'Vou deixar isto como novo'"

Os hospitais privados fazem mais cesarianas. Porquê?

As cesarianas são mais bem pagas do que os partos vaginais. Num parto vaginal, um médico pode estar 24h e recebe 300 euros; numa cesariana, 900 euros e está lá hora e meia – números que uma obstetra partilhou comigo. É lhes apresentada como uma solução hipersegura e fantástica. De facto hoje é muito segura, **4**



mas tem riscos em relação ao parto vaginal e é perversa a forma como foi generalizada – no privado anda nos 60%. Algumas são consequência de uma indução, que também tem riscos: o parto pode ainda não estar no momento e fica-se ali algumas horas. Se a isso acrescentamos o fator da imobilidade, que é muito comum nos nossos hospitais...

O movimento é uma das recomendações da OMS. Em que ponto estão os hospitais em relação a essas recomendações?

Impedir a mulher de se movimentar é muito prejudicial para o trabalho de parto, que precisa de verticalidade e do movimento. É importante que a mulher adote a posição que entender. Há mulheres que me contam que foram algaliadas porque durante a noite queriam ir à casa de banho e precisavam de pedir autorização. A enfermeira queria descansar e algaliou. Há dois ou três projetos que se distinguem por usar as recomendações da OMS para um parto positivo. O Hospital Garcia de Orta, em Almada, o da Póvoa de Varzim, que é conhecido por receber mulheres que atravessam o País para ir lá, adotou como estratégia clara a humanização do parto.

Há dados sobre as intervenções médicas no parto? Por exemplo, sobre práticas recusadas pela OMS como a manobra de Kristeller [aplicação de força sobre o útero para forçar o parto] ou desaconselhadas como a episiotomia [corte para ampliar o canal de parto].

Não existe quantificação, embora exista a obrigação por parte dos hospitais de a registar. Esses números não são públicos. A APDMGP já pediu à DGS e nunca teve resposta. Sei de jornalistas que já pediram números aos hospitais e também não tiveram sorte. O termo violência obstétrica não é sequer oficialmente aceite. Posso afirmar, por relatos que recebi e dados a que tive acesso, que em Portugal se pratica manobra de Kristeller, episiotomia, falta de consentimento informado, imobilização forçada e abuso verbal. Há relatos de coisas aterradoras que se ouvem du-



Os profissionais de Saúde que questionam práticas obsoletas contam à antropóloga sofrer bullying

rante o parto. Há essa relação de poder e paternalismo de uma pessoa entrar numa instituição e a partir dali ter de se "comportar". Há mulheres a quem dizem para estarem caladas. Noutro momento não admitíamos.

Que histórias conhece em relação aos efeitos da episiotomia? Há mulheres que passados 10 anos têm dores ao ter relações sexuais.

Há ainda a questão do "ponto do marido", em que a mulher é suturada além do que devia e pode gerar infeções e dores durante anos. Há dados dessa prática? Isso é não oficial, é uma não questão. Alguém me contou de um médico, no privado, que disse "vou deixar isto como novo". A abordagem ultramedicalizada tem como pano de fundo uma certa misoginia, isto é, um certo desprezo pelas potencialidades do corpo feminino.



Episiotomia
Segundo o projeto Euro-Peristat, em 2010, 72,9% dos partos vaginais em Portugal envolviam o corte do períneo. Noutros países da Europa ronda os 3%

Por outro lado, a medicalização do parto ajudou a diminuir a mortalidade da mulher e do bebé no parto. Como é que se conjugam estes dois lados?
Não tem de haver contradição nenhuma. O acesso a tecnologias e intervenções médicas quando neces-

sárias é importantíssimo – e não é isso que está em causa. Por outro lado, o hospital não tem de funcionar como o talho. Foi o que as mulheres me disseram: "Senti-me como num talho, numa fábrica." As pessoas queixam-se de falta de individualidade. Quando se fala de violência obstétrica fala-se da ausência de cuidados adequados.

Nesta rotina do excesso de intervenções, como se lida com a questão da autoridade médica?

A autoridade médica nunca deveria ser "eu é que sei, isto tem de ser feito, ponto final", porque se trata do corpo de uma pessoa. Tanto em obstetria como noutras áreas. O papel do profissional de saúde deve ser fazer o diagnóstico, o acompanhamento e dar às mulheres todas as possibilidades para serem elas a escolher. Não é o médico que tem o direito à mulher. Deveria ser uma interação, acompanhar no processo, dar as opções mais seguras e garantir que, se for mesmo necessário uma cesariana, vai acontecer.

A violência obstétrica não tem um enquadramento legal próprio. O que protege a mulher?

Deve pedir o seu processo porque só assim pode fazer uma queixa no hospital. Pode fazer uma queixa à entidade reguladora de saúde e ao tribunal. São muito poucas as mulheres que o fazem, há o prazo de seis meses para pedir o processo e nos primeiros seis meses de um bebé nenhuma mulher quer lidar com esta questão – algumas contam que o que está escrito no processo clínico não é bem o que vivenciaram. Muitas dizem que só querem esquecer, que iria fazer-lhes mal entrar numa luta que acham que não daria em nada – há um descrédito do sistema judicial. Pode também recusar-se a ser atendida por um determinado profissional, se entrar em incompatibilização. Mas estamos a falar de equipas em que os profissionais se conhecem... Não quero parecer pessimista, há pequenas mudanças, mas depois há coisas que se diziam há 20 anos, como "quando o fizeste não gristaste tanto", e que parece que ainda se dizem. ■

Área: 1185cm² / 91%

Tiragem: 100.000

FOTO

Cores: 4 Cores

ID: 6944201