

# TUBA!

*Informe*



## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

AS FACES DE UM PROBLEMA INVISIBILIZADO

---

• FICHA TÉCNICA •

EDIÇÃO

Isabel Gavião

Leopoldina Fekayamãle

Sizaltina Cutaia

COLABORADORAS

Ângela Samanjolo

Florita Telo

Ilda Maneira

Margareth Nangacovie

Xano Maria

REVISÃO

Isabel Gavião

Leopoldina Fekayamãle

DIAGRAMAÇÃO

Kamy Lara

*Todos os trabalhos artísticos utilizados nesta edição foram carinhosamente cedidos pelas(es) seguintes artistas angolanas(es):*

Cristiane Baltazar & Diana Monteiro | Eltina Santos  
Imanni Silva | Mwana Pwo (foto de capa) | Nark Luenzi  
Pamina Sebastião | Sarhai Graffiteira

**TUBA!**  
*Informe*

**VIOLÊNCIA  
OBSTÉTRICA**

*As Faces De Um Problema  
Invisibilizado*

5ª Edição  
Dezembro 2021



---

## INDICE

---

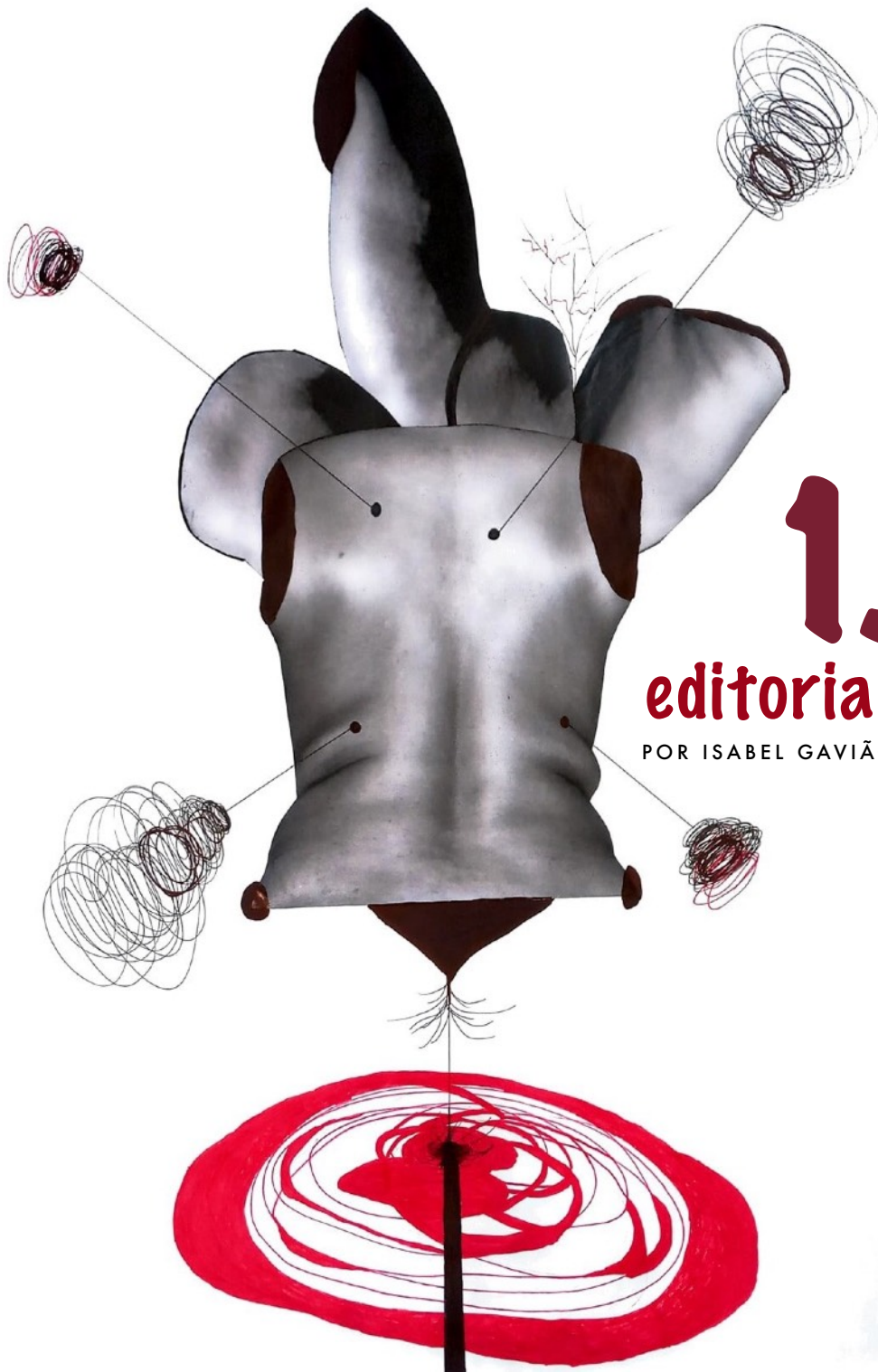
Editorial: Violência Obstétrica - As faces de um problema invisibilizado. <i>por Isabel Gaivão</i>	—	7
Sobre a mesa de centro do nosso feminismo! <i>por Leopoldina Fekayamãle</i>	—	11
Como a lei aborda a violência contra mulheres antes, durante e após o parto? <i>por Margareth Nanga</i>	—	17
Inquérito sobre violência obstétrica: Análise de Dados <i>por Sizaltina Cutaia</i>	—	39
Fístulas Obstétricas (FO) no contexto de Angola. <i>por Ilda Maneira</i>	—	53
Realidade de meninas e mulheres no Bié <i>por Ângela Samanjolo</i>	—	61
Histórias de Nascer - Análise de relatos sobre violência obstétrica <i>por Florita Telo</i>	—	73



É o caos!  
Não há espaço.  
Não há abraço.  
Há o medo  
E o desespero.  
Há o sentir-se só,  
Sem que ninguém tenha dó.  
Há, contudo, a esperança,  
Do nascer de uma criança,  
Com o choro da liberdade  
E o sorriso da serenidade.

Isabel Gavião

PAMINA SEBASTIÃO  
CORTESIA DE ARTISTA E DA GALLERIA FONTI, NÁPOLES



# 1. editorial

POR ISABEL GAVIÃO

# **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

## *As faces de um problema invisibilizado*

Há imagens que mesmo que vistas apenas uma vez não se esquecem. Há imagens que nos transmitem sentimentos, sentimentos que outras, de facto, sentem, e sentimentos nossos, de impotência, frustração e tristeza.

As imagens que se veem nas maternidades do nosso país não são imagens que se veem apenas uma vez. São imagens de todos os dias, mas que ainda assim parecem ser esquecidas e com elas são esquecidas as vidas daquelas mulheres, das que ficam lá fora, à espera de uma notícia, de prontidão para colmatar qualquer falha hospitalar, de prontidão para aconchegar e acalantar aquelas que estão lá dentro, à espera que o seu bebé nasça bem e com vida. Uma espera que parece não terminar e que se transforma, muitas vezes, numa esperança desvanecida, porque se está só e o pior já aconteceu.

A violência obstétrica constitui toda a acção ou omissão perpetrada contra a mulher durante a gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto. É sobre esta problemática que versa esta 5.<sup>a</sup> edição do TUBA!, que tem como objectivo descortinar um tipo de violência que tem vindo a ser invisibilizado e que demonstra uma clara violação dos direitos humanos das mulheres, uma violência que afecta gravemente a dignidade pessoal das mulheres e que traz consigo consequências que perduram uma vida inteira e que, muitas vezes, acabam por afectar o seu percurso de vida.

A Constituição da República de Angola consagra, no seu artigo 30.º, a inviolabilidade do direito à vida, estabelecendo que “O Estado respeita e protege a vida da pessoa humana, que é inviolável”. No seu artigo 31.º estabelece que “A integridade moral, intelectual e física das

“pessoas é inviolável”. Por outro lado, o seu artigo 21.º dispõe que é tarefa fundamental do Estado “assegurar os direitos, liberdades e garantias fundamentais” e “promover o bem-estar, a solidariedade social e a elevação da qualidade de vida do povo angolano, designadamente dos grupos populacionais mais desfavorecidos”.

Como poderemos ver ao longo dos artigos que compõem esta edição do TUBA!, no que respeita aos direitos sexuais e reprodutivos e mais concretamente no que respeita aos direitos das mulheres durante o seu processo reprodutivo, o Estado está longe de respeitá-los e de cumprir com as suas tarefas fundamentais, tendo em vista a concretização dos mesmos. Isto porque vemos a vida e a integridade (seja moral, física ou psicológica) das mulheres serem constantemente violadas, pelo que, em nossa opinião, no que concerne ao tema em análise, se encontram esvaziados os citados preceitos constitucionais.

Diante desta constatação e da preocupação em levar ao debate público o tema da violência obstétrica e todas as questões que este levanta, o Ondjango Feminista decidiu dedicar ao mesmo esta edição do TUBA!. Por ser um tema que precisa de uma reflexão urgente, porque evidencia a desumanização dos serviços de saúde, porque ocorre todos os dias e de forma sistemática, porque está aí e finge-se não ver, e como “não se vê”, não se fiscaliza, não se responsabiliza e, desta forma, se perpetua.

Assim, a 5.ª edição do TUBA!, à semelhança do que se verificou nas edições passadas, traz-nos um conjunto de artigos que abordam as várias questões levantadas por esta problemática e, como novidade, os resultados de um inquérito realizado pelo Ondjango Feminista relativamente ao tema em estudo, bem como uma análise feita a vários relatos sobre violência obstétrica que chegaram até nós.

O primeiro texto que se nos apresenta, com o título “Sobre a Mesa de Centro do Nosso Feminismo”, tem como autora Leopoldina Fekayamãle, que nos faz uma apresentação sobre o tema e traz uma visão geral desta problemática, tocando em vários pontos abordados mais aprofundadamente nos textos seguintes. Leopoldina Fekayamãle mostra-nos a relevância desta discussão e a razão pela qual esta deve estar no centro do Feminismo em Angola, isto é, ser uma das pautas da nossa luta pelos direitos das mulheres e meninas em Angola.

De seguida, Margareth Nanga apresenta-nos o enquadramento jurídico das questões obstétricas, tanto a nível internacional – documentos e convenções internacionais – como a nível nacional, destacando a Constituição da República de Angola, a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde, o Código Civil, o Código Penal e a Lei Contra a Violência Doméstica. Para além da legislação em vigor em Angola, este artigo traz-nos a experiência legislativa da Venezuela, que é um dos poucos países do mundo que consagrou num diploma legislativo a violência obstétrica como uma das formas de violência contra a mulher, tentando, desta forma, trazer-nos uma visão comparada e alternativas para o nosso contexto.

Com o objectivo de trazer a experiência de mulheres nas maternidades do país, Sizaltina Cutaia apresenta-nos os resultados de um inquérito realizado pelo Ondjango Feminista através das plataformas digitais, constando do mesmo questões relacionadas com a experiência das respondentes durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, desde o tipo de parto até o atendimento por parte do pessoal médico. Posteriormente, a autora traz uma discussão dos resultados, fazendo uma ligação com o nosso actual contexto e aquilo que se espera dever ser a actuação do Estado no que respeita ao problema em análise.

Uma temática também importante é a questão da fístula obstétrica, que nos é trazida por Ilda Maneira, e que se traduz numa lesão grave que afecta muitas mulheres, não só do ponto de vista físico, mas também psicológico, sendo causada por vários factores, desde factores médicos a factores culturais. A autora apresenta-nos um panorama geral deste problema e traz-nos um pouco a realidade de Angola no que a este respeita, demonstrando que se fosse dado o tratamento e a atenção que este tema merece, tal problema seria perfeitamente evitável.

Seguidamente temos o artigo de Ângela Samanjolo, que nos contextualiza sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres na Província do Bié e nos traz a realidade desta província relativamente à violência obstétrica, oferecendo-nos relatos na primeira pessoa de mulheres que sofreram este tipo de violência.

Por último, apresentamos o Dossier Histórias de Nascer, uma análise realizada por Florita Telo, que teve como base os relatos de violência, isto é, desrespeito e abusos sofridos por mulheres aquando da sua estadia na maternidade para darem à luz. Trataram-se de vinte e nove relatos, recolhidos através da campanha lançada pelo Ondjango Feminista nas suas plataformas digitais, e que nos permitiram trazer um maior conhecimento sobre esta realidade em Angola.

Com esta 5.<sup>a</sup> edição do TUBA!, o Ondjango Feminista pretende, mais uma vez, contribuir para a produção de conteúdo e trazer a público mais informação relativamente aos direitos das mulheres e meninas em Angola, trazendo um tema que, conforme já mencionado, tem sido invisibilizado e que afecta não só as mulheres, mas toda uma sociedade, porque quando as mulheres são afectadas, tudo o resto é igualmente afectado.

# 2. Sobre a mesa de centro do nosso feminismo!

POR LEOPOLDINA FEKAYAMÃLE

Angola é um país cuja maioria da população é feminina, de acordo aos dados do último censo<sup>1</sup>. Entretanto, nem por isso, as preocupações e anseios dessa maioria têm sido devidamente considerados para a definição de políticas públicas que promovam o bem-estar social. À semelhança de outros direitos, no que diz respeito aos Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSR) muito ainda precisa ser feito para que estes sejam efectivamente assegurados e garantidos às meninas e mulheres no país.

Por exemplo, temos uma das mais altas taxas de gravidez na adolescência do continente africano, o que revela uma série de insuficiências relativas ao acesso aos serviços de saúde pública e acesso à informação segura sobre saúde sexual e reprodutiva para as adolescentes e jovens no país. De acordo ao Relatório Analítico de Género do MASFAMU<sup>2</sup>, “mais de 1/3 de mulheres adolescentes, entre os 15 e 19 anos, já iniciou a vida reprodutiva” em Angola. Por conseguinte, o relatório reforça que “a gravidez e maternidade na

---

<sup>1</sup> INE. (2016). Resultados Definitivos do Recenseamento Geral da População e Habitação - 2014. Luanda: INE.

<sup>2</sup> MASFAMU. (2017). Relatório Analítico de Género de Angola. Luanda: MASFAMU.

adolescência são matéria de preocupação de saúde pública e um desafio de políticas públicas. Isso deve-se aos seus efeitos sobre a saúde das adolescentes e dos bebês, bem como pelas consequências sociais e económicas. Tais consequências incluem, dentre outras, **o abandono escolar, e a discriminação e ostracização social em relação à adolescente grávida**". Este quadro é apenas um, dentre outros exemplos, dos vários desafios que temos no país no que diz respeito à garantia dos Direitos Sexuais e Reprodutivos para as meninas e mulheres.

Enquanto feministas, viver em contextos sociais como o nosso significa enfrentar inúmeros desafios, em diferentes frentes. Várias são as pautas com as quais temos de nos debater, tanto que, muitas vezes, encontramos-nos aflitas pensando em que pautas "priorizar". No entanto, infelizmente, entendemos que não podemos lutar contra tudo de uma só vez, apesar da nossa urgência em vermos o fim de todas as formas de violência contra as meninas e mulheres em Angola. É assim que, nesta edição do TUBA decidimos focar no tema da Violência Obstétrica, afirmando o nosso desassossego relativamente a este problema e acentuando-o como um tópico importantíssimo nas pautas com as quais nos devemos preocupar na nossa prática feminista. Focar neste tema, aqui e agora, não significa deixá-lo de parte noutras ocasiões, pelo contrário, pretendemos continuar a abordá-lo na posteridade, mantendo-o o máximo possível sobre a mesa de centro do nosso Feminismo.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, considera-se violência obstétrica todas as formas de abuso durante o período que envolve o pré, parto e pós-parto, que vão desde os abusos verbais até à violência física. Em vários países, tais abusos têm contribuído para os índices de mortalidade materno-infantil. Em Angola, a violência obstétrica tem sido uma prática recorrente há bastante tempo,



prejudicando e marcando negativamente a vida de muitas meninas e mulheres, levando, inclusive, a mortes. Relatos chegaram-nos o tempo todo sobre casos deste tipo de violência nas unidades hospitalares do país, mas ainda assim continua sendo um problema pouco abordado pelas instituições públicas e privadas de saúde e continuamos sem ver ações de grande impacto tendentes à erradicação do problema.

Uma das causas que está subentendida na perpetuação deste tipo de violência é exactamente o facto desta ser raramente abordada e exposta publicamente. Isso, por várias razões: seja porque, por um lado, as vítimas se veem desamparadas pelo sistema de saúde, que não está estruturado para evitar este tipo de violência e que não garante uma responsabilização efectiva dos seus agentes quando a praticam, desencorajando-as a denunciarem ou a reportarem os abusos que sofrem; seja porque, por outro lado, o próprio Estado, enquanto principal entidade que deve assegurar todos os direitos reprodutivos das meninas e mulheres, furta-se das suas responsabilidades quando, muitas vezes, não investe em infraestruturas de saúde suficientes e devidamente equipadas, não aposta em recursos humanos suficientes para atender a demanda populacional, não garante devidamente e na maior proporção possível o acesso à informação sobre DSR, não cria e/ou disponibiliza todos os serviços de saúde necessários ao bem-estar das mulheres em fase de gestação, parto e pós-parto. Tudo isto, leva-nos a cada vez mais colocar o problema na mesa de centro das nossas pautas feministas.

O **Protocolo de Maputo**, documento importantíssimo e revolucionário em relação aos direitos das mulheres em África, que Angola ratificou, no seu artigo 14º, na alínea b) do nº 2, diz que os Estados devem tomar medidas para “criar e reforçar os serviços de saúde pré e pós-natal e nutricionais para as mulheres, durante a gravidez e o período de aleitamento.” Medidas como esta, devidamente postas em prática no nosso país, constituir-se-iam em passos importantes no combate à violência obstétrica.

Documentos como o Protocolo de Maputo são imprescindíveis para lembrar-nos da importância de permanecermos atentas e vigilantes em relação a fazermos um acompanhamento e escrutínio dos processos de tomada de decisões de quem nos governa, procurando olhar sempre para até que ponto os direitos das mulheres são assegurados em todas as áreas. Infelizmente, muitas vezes os nossos Estados assumem compromissos que se esquecem de cumprir ou que deixam de parte, daí a importância de, nas nossas lutas e advocacias feministas, escrutinarmos as decisões e políticas públicas, mas também continuarmos a investir na consciencialização, na difusão de conhecimento para o máximo de mulheres possíveis sobre os seus direitos; e investirmos em chamadas para acção para que juntas fortaleçamos as nossas lutas por um país em que os nossos direitos sejam assegurados.



PROTÓCOLO DE MAPUTO

#### Artigo 14

Direito à Saúde e ao  
controlo das Funções de  
Reprodução

(...)

2. Os Estados Parte devem tomar medidas apropriadas para:

- a) assegurar às mulheres o acesso aos serviços de saúde adequados de baixo custo e a distâncias razoáveis, incluindo os programas de informação, de educação e comunicação para as mesmas, em particular, para aquelas que vivem em zonas rurais;
- b) criar e reforçar serviços de saúde pré e pós-natal e nutricionais para as mulheres durante a gravidez e o período de aleitamento ;
- c) proteger os direitos de reprodução da mulher, particularmente autorizando abortos médicos em caso de agressão sexual, violação, incesto e quando a gravidez põe em perigo a saúde mental e psíquica da mãe ou do feto.

É preciso lembrarmos que a conquista de direitos humanos não é estática, que direitos conquistados num determinado momento podem ser retirados ou negligenciados num outro momento, havendo assim regressão. Por isso, estarmos vigilantes importa e urge. Mas a nossa vigilância precisa ser conjugada com reflexões e acções colectivas, em lutas por acabar com males que afectam as mulheres tal como a violência obstétrica.

A violência obstétrica é um problema de saúde pública, na medida em que atinge um grupo de pessoas que, por sinal, perfaz a maioria da população; na medida em que é recorrente; e na medida em que impacta em alta gravidade negativamente as vidas das mulheres que passam (e passaram) pela mesma. É uma violação dos direitos humanos das mulheres e da sua integridade. Por isso, o nosso feminismo enquanto um dos caminhos políticos que escolhemos para reflectir em conjunto, definir acções colectivas, buscar alternativas tendentes à transformação social que melhore as condições de vida das mulheres em Angola, deve cada vez mais, agora e até onde for necessário, nomear e dar visibilidade à violência obstétrica como um problema de modos a que mais nenhuma mulher tenha a sua vida marcada por isso.

Que as nossas lutas feministas nos lembrem sempre que nenhuma menina ou mulher deve ficar para trás, seja por conta da violência obstétrica, seja por outro tipo de violência. A marcha continua!



# 3. Como a lei aborda a violência contra mulheres antes, durante e após o parto?

POR: MARGARETH NANGA

## INTRODUÇÃO

*“Onde a violência persiste, a saúde está seriamente comprometida”*

Harlem, 2002

Quando as mulheres não querem ou querem engravidar ou estão grávidas, pode acontecer que algumas sejam submetidas a procedimentos médicos que não autorizaram; outras podem não ter acesso a serviços de que precisem na rede pública; muitas não são suficientemente informadas sobre intervenções a que se sujeitam; outras não precisam de tais tratamentos e a esmagadora maioria, geralmente, não sabe como evitar que isso aconteça ou volte a acontecer.

Em cada uma destas circunstâncias, pode haver violência obstétrica.

A violência obstétrica é uma acção ou omissão lesiva que qualquer mulher pode sofrer durante o seu processo reprodutivo (e não apenas durante o processo de parto), num estabelecimento de saúde, ou por qualquer profissional desta área. Esse tipo de violência afecta apenas mulheres, pelo facto de estar associada à gestação e ao parto.

No contexto de Angola, esta edição do TUBA! deve constituir a primeira intervenção sobre a matéria. No mundo, a discussão sobre este tipo de violência é relativamente recente, embora existam directivas da Organização Mundial da Saúde desde a década de 80.

O actual debate sobre a violência obstétrica não aborda apenas a adequação da sua terminologia, mas, também, o modelo de assistência hospitalar ou doméstico, com recurso às parteiras tradicionais; a liberdade da mulher na garantia da sua saúde

---

<sup>1</sup> Margareth Nanga: Advogada especializada em litigância em direitos humanos; investigadora em direitos humanos, género, e pobreza no Centro de Investigação de Direito da Faculdade de Direito da Universidade Católica de Angola.

reprodutiva; o papel dos profissionais de saúde perante os direitos da mulher; a acessibilidade e a qualidade dos serviços de obstetrícia, e os mecanismos de prevenção e protecção contra a violência que se verifica neste sector.

Em Angola existem normas jurídicas contra a violência, existem protocolos médicos para procedimentos específicos, mas não existem ainda normas jurídicas específicas sobre a violência obstétrica. Qual é a relevância de estar regulada por lei? A importância reside no facto de que, por um lado, a lei legitimaria um conjunto de instrumentos institucionais contra este tipo de violência e, por outro, forneceria elementos claros de orientação, identificação, prevenção e combate às condutas que se enquadrem nesta forma de violência.

Portanto, estando desde já claro que Angola ainda não regulou de forma específica a violência obstétrica, este artigo vai discutir o tratamento que as leis existentes podem conferir a esta abordagem, e que tipo de enquadramento normativo pode ser feito.

No primeiro ponto, o artigo vai fazer um breve enquadramento do conceito de violência obstétrica, com recurso a marcos nas áreas da saúde.

No segundo ponto, será feito um enquadramento sócio-normativo dos cuidados obstétricos, analisando aspectos como a obrigação constitucional e convencional de o Estado prover serviços de saúde em quantidade e qualidade. Por fim, faremos uma abordagem comparada entre as diferentes normas jurídicas em Angola e a *“La ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia<sup>2</sup>”*, da Venezuela, considerada a primeira lei de um Estado a consagrar o conceito de violência obstétrica.

---

<sup>2</sup> Lei orgánica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência.

Uma nota impõe-se, no sentido de esclarecer que a medicina não é a minha área do conhecimento, mas tendo sido necessário abordar este tema, na perspectiva do direito, mostrou-se importante socorrer-me da medicina para um enquadramento adequado da temática. A minha intenção não é, obviamente, a de oferecer uma perspectiva médica ou clínica, que não são do meu domínio académico; entretanto passarei ali próximo, para identificação de práticas lesivas e, por conseguinte, violentas. Assim, embora possa mencionar algumas intervenções e até tentar explicá-las um pouco, peço de antemão todo o perdão que seja necessário se de alguma forma for incorrecta, inadequada ou pouco clara – será mesmo, e apenas, porque sou uma pobre jurista.

## **1. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O QUE É?**

### **1.1. Obstetrícia e suas regras**

A obstetrícia é a especialização médica que estuda e orienta os serviços de saúde para as mulheres grávidas ou que desejam engravidar. A sua função é zelar pelo bem-estar da mulher e do feto.

Há diferença entre ginecologia e obstetrícia. Aquela ocupa-se da saúde sexual e reprodutiva da mulher em todas as fases da sua vida, com excepção dos períodos de gravidez, de que se ocupa a obstetrícia. Daqui se conclui que nem todas as mulheres necessitam ou necessitarão de cuidados obstétricos.

Em muitos países existem protocolos para cuidados obstétricos, actualizados conforme os avanços da medicina. Estes protocolos têm carácter técnico e natureza normativa não jurídica. No geral, estabelecem o conjunto de procedimentos que devem ser aplicados no acompanhamento das mulheres grávidas e sugerem uma aplicação ponderada, informada, negociada, adequada e oportuna às condições e

aos riscos a que a mulher grávida, profissionais de saúde e família da gestante estão sujeitos.


A obstetrícia é resultado do desenvolvimento de áreas de especialização de atenção à mulher grávida na medicina. A gestação e o parto sempre foram considerados eventos domésticos e privados; a hospitalização dos partos iniciou no final do século XIX e difundiu-se universalmente durante o século XX.

O processo de hospitalização dos partos trouxe muitas inovações, como a utilização de medicamentos e tecnologia no processo de parto; assistência especializada em casos com riscos complexos; centralismo das obstetras no processo de bem-estar físico e emocional das mulheres grávidas e a esfera de relações interpessoais entre a gestante, a sua família e a equipa médica.

A ou o obstetra intervém **a)** durante a gravidez por meio de consultas, exames, orientações ou prescrições médicas. A forma de realizar as intervenções no seu corpo (o toque vaginal ou o procedimento para ecografia), o processo de comunicação (com verdade, respeito, adequação) são factores importantes para avaliar a existência ou não de violência; **b)** no trabalho de parto por meio de orientações, intervenções físicas e medicamentosas. As intervenções típicas desta fase são a punção venosa, a ocitocina, a amniotomia e a analgesia raqui-peridural; e **c)** durante o parto, com orientações, intervenções físicas, medicamentosas e cirúrgicas. Os tipos de intervenção mais frequentes nesta fase são a litotomia – é a posição deitada de barriga para cima, a manobra de Kristeller – que é a aplicação de pressão na parte superior do útero (ao que parece está banida), a episiotomia – corte na região de períneo, e a tricotomia – raspagem dos pelos púbicos (também proibida pela OMS).



Estas intervenções não são isentas de riscos e complicações, e podem provocar dores permanentes ou desnecessárias, quer físicas como emocionais. Algumas vezes são realizadas de forma **abusiva, negligente, sob maus tratos físicos e verbais** (chapadas e palavras ofensivas). Outras vezes essas intervenções são necessárias, mas não são aplicadas (**omissão lesiva**).



*“...quando  
fizeste nem  
gritaste...”*

É neste cenário que se levanta a questão da violência obstétrica como resultado da acção ou da omissão dos profissionais de assistência nessa área, das instituições de cuidados obstétricos e/ou do Estado.

## **2. ENQUADRAMENTO JURÍDICO DAS QUESTÕES OBSTÉTRICAS**

### **2.1. Violência obstétrica: em documentos internacionais e convenções relevantes**

A violência obstétrica é um tema bastante recente. Ainda não se encontra definida de forma específica nos principais instrumentos internacionais de protecção dos direitos das mulheres. A sua abordagem tem sido motivada por académicos e movimentos sociais de defesa dos direitos das mulheres. Existem, porém, documentos normativos internacionais relevantes para o enquadramento do tema da violência em geral, e contra a mulher em particular.

#### **a) A Convenção sobre a Eliminação de Todas as formas de Discriminação contra a Mulher – CEDAW**

A CEDAW foca a sua narrativa na discriminação contra as mulheres e não na violência contra as mulheres. Para CEDAW, discriminação é “toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha

por objecto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício de direitos, oportunidades, condições, pela mulher”.

Os n.ºs 1 e 2 do art.º 12.º de CEDAW tratam, especialmente, do acesso à saúde e cuidados médicos antes, durante e depois da gravidez. O n.º 1 estabelece que é obrigação do Estado “eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos”; “o direito de acesso ao serviço médico”. No n.º 2 é orientado que se reconheça o “direito à garantia de assistência apropriada durante a gravidez, parto e pós-parto”.

A CEDAW assenta em três princípios fundamentais: igualdade substantiva, não-discriminação e responsabilização do Estado (aplicável não só ao Estado estrito senso, mas também às entidades privadas no interior deste Estado).

**b) A Resolução n.º 48/104, de 20 de Dezembro da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 1993, que incorpora a Declaração sobre Eliminação da Violência Contra a Mulher.**

Esta declaração é um marco no combate à violência contra a mulher porque encoraja os Estados a reconhecerem certas formas de violência como específicas para mulheres. O documento não aborda a violência obstétrica em particular, mas alarga o conceito de violentador para o Estado e outras pessoas colectivas.

Na al. c) do seu art.º 2.º estipula que a violência contra a mulher abrange actos de violência física, sexual e psicológica praticada ou tolerada pelo Estado.

Nas alíneas b) e c) do art.º 4.º vem estatuído que na obrigação dos Estados, não apenas de combater, mas de eliminar a violência contra a mulher, inclui-se “abster-se de qualquer acto de violência” e “realizar todas as diligências” necessárias e adequadas para o efeito.

Estas normas elaboradas numa perspectiva ampla e elástica permitem abarcar realidades novas como a violência obstétrica, encorajando os Estados a trabalhar na prevenção, responsabilização dos agentes, e na reparação das vítimas de violência através da actuação de órgãos e medidas administrativas, judiciais, policiais e de cooperação internacional para o efeito.

**c) A Resolução WHA49.25 da 49.<sup>a</sup> Assembleia-Geral das Nações Unidas de 1996, sobre “Prevenindo a Violência: prioridade de saúde pública”.**

Esta resolução instituiu a necessidade de uma abordagem interdisciplinar sobre violência e saúde; encoraja os Estados a trabalhar na identificação dos diferentes tipos de violência na respectiva sociedade, e a sua relação com os sistemas de saúde, sendo esses os primeiros serviços a que as vítimas recorrem. Portanto, evidencia a importância da qualificação do pessoal médico e de como este possui (ou deve possuir) “capacidade técnica” específica para lidar com vítimas de violência.

A grande expectativa deste documento é a de apontar os sistemas de saúde como parte fundamental no tratamento da violência, o que é verdade. Entretanto, a resolução não prevê que o mesmo sistema pode ser o violentador, nem oferece um direcionamento claro ou preciso nesse contexto.

**d) Declaração da OMS para a Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-tratos Durante o Parto em Instituições de Saúde.**

No ano de 2014, a Organização Mundial da Saúde apresentou esta declaração afirmando que a violência contra a mulher durante o parto apresentava “um quadro sombrio”, apesar do registo positivo do aumento do número de mulheres a utilizarem serviços de saúde

hospitalares como resultado dos significativos esforços para a promoção “do acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva de forma segura, aceitável e de boa qualidade” ao longo dos anos.

A declaração constata que nas situações de violência há uma notória violação da confiança entre a mulher gestante e a sua equipa médica e que o “desrespeito e os maus-tratos durante e após o parto” são mais graves “pelo momento, especialmente vulnerável das mulheres, provocando impacto significativo sobre a mãe e a criança”.

O documento destaca as seguintes formas de violência: humilhação profunda e abusos verbais; procedimentos médicos coercivos e não consentidos (inclusive esterilização); falta de confidencialidade; não obtenção do consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos; recusa em administrar analgésicos; grave violação da privacidade; recusa de internamento; cuidados médicos negligentes durante o parto, levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida; detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições por incapacidade de pagamento.

O documento presta especial atenção a categorias de mulheres mais vulneráveis socialmente, como as portadoras de deficiência, imigrantes e seropositivas.

Para a superação deste cenário e alcance de um “direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo direito a uma assistência digna e respeitosa” é proposto maior cooperação para o desenvolvimento social; início, apoio e manutenção de programas para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde materna com forte enfoque no cuidado respeitoso, como componente essencial da qualidade da assistência; destacar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa; produzir dados relativos a práticas respeitosas e desrespeitosas na assistência a saúde, com sistemas de

responsabilização e apoio significativo aos profissionais; e envolvimento de todos os interessados, incluindo as mulheres, neste processo.

### **e) O Protocolo de Maputo**

O Protocolo à Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos, relativo aos direitos da mulher em África ou Protocolo de Maputo, trata da discriminação (al. f) do art.º 1.º e art.º 2.º) e da violência contra a mulher (al. j) do art.º 1.º). Esta consagração no mesmo documento permite-nos distinguir os elementos que integram um e outro conceito. Embora ambos os estados sejam incapacitantes, cada um opera de um jeito distinto na incapacitação de exercício de direitos pelas mulheres. Essa distinção é fundamental para a qualificação (especialmente jurídica) na identificação da natureza do acto, ou seja, se é discriminatório ou é violento.

O art.º 14.º do Protocolo de Maputo tem como epígrafe o “direito à saúde e às funções de reprodução”, que foca o seu conteúdo na consagração do direito de a mulher controlar a sua reprodução de forma livre e protegida; ter garantido o direito a ser “educada” sobre serviços como o planeamento familiar; direito à saúde acessível geograficamente, adequada ao contexto e compreensível; e direito a serviços de saúde e nutricionais antes e depois do parto.

Este artigo é crucial para se estabelecer as bases da discussão dogmática, que nesse caso é necessária. Como pode ser interpretado? Começemos pelo título, que junta “direito à saúde e às funções de reprodução”, que:

- a) Mostra quão interligados estão esses direitos, por mais que representem categorias isoladas. Os direitos reprodutivos supõem direitos individuais, sociais, económicos, culturais, todos interligados;



MEU CORPO, MIMAS REVELA  
Aquarela e esmalte sobre tela  
10x100cm

Imanni





- b) Expressa que a mulher, enquanto ser humano, pode exercer direitos individuais no seu próprio e exclusivo interesse, ou seja, sem que tenha de considerar a vontade do marido, da mãe, da amiga ou do tio;
- c) Reconhece a complexidade dos serviços e dos procedimentos médicos, portanto a prestação dos mesmos deve ser precedida de actos de educação da mulher sobre os mesmos;
- d) Estabelece que a saúde enquanto direito não basta que se realize de acordo com as regras médicas, sendo fundamental que seja adequado e acessível, ou seja, tem de se adaptar o quanto possível à realidade da mulher e ao seu contexto pessoal, comunitário e social;
- e) Os direitos reprodutivos existem antes e continuam depois da gravidez. Esta continuidade demanda igualmente continuidade de serviços, não só de saúde;
- f) Pode-se proteger. A protecção é relativa à capacidade de amparar, evitar, prevenir ou defender. Esta capacidade tanto pode ser manifestada pelo indivíduo como pelo Estado. Neste caso, a protecção de direitos humanos é uma das principais obrigações para os Estados, que devem cumprir por meio de instituições, condições, mecanismos e recursos para evitar que estes direitos sejam violados, amparar e defender as vítimas e evitar violações futuras, criando leis, condições e instituições que apliquem estas leis.

## **2.2. Enquadramento da violência obstétrica no quadro normativo angolano**

Desde a década de 90 que a questão de género tem merecido particulares desenvolvimentos institucionais, normativos e sociais em Angola, desde a criação da Secretaria de Estado para a Promoção da



Mulher, ao surgimento de um Ministério próprio, com programas específicos e concretos. Apesar das muitas fragilidades do institucionalismo público de género, a Lei tem sido uma das grandes ferramentas e instrumento na narrativa de género.

### **a) A Constituição da República de Angola (CRA).**

A CRA é a lei suprema e estabelece os princípios fundamentais da ordem normativa angolana. Ela determina as balizas para as leis ordinárias, sob pena de inconstitucionalidade.

O art.º 1.º é claro ao estabelecer que um dos princípios fundamentais da república de Angola é a dignidade da pessoa humana; seguindo para as alíneas b) h) e k) do art.º 21.º que asseguram os direitos humanos à não discriminação e igualdade; o n.º 1 do art.º 77 consagra o direito à saúde na maternidade e o n.º 3 do mesmo artigo o dever de fiscalizar a iniciativa privada no sector da saúde; e finalmente o direito à tutela jurisdicional efectiva, no art.º 29.º.

### **b) A Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde – Lei n.º 21-B/92, de 28 de Agosto.**

A Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde de Angola institui o Sistema Nacional de Saúde, tendencialmente gratuito, com características universais de equidade, gestão descentralizada e participativa (art.º 23.º).

O art.º 13.º estabelece o estatuto do utente com base nos seguintes direitos:

- Direito a escolher os serviços de saúde.
- Liberdade de decidir sobre receber ou recusar cuidados de saúde;
- Ser tratado de modo humanizado, com prontidão, correcção técnica, respeito e privacidade;

- Direito de reclamar e apresentar queixa;
- Direito de ser indenizado, em caso de danos ou prejuízos;
- Direito de defesa dos seus interesses.

Enquanto diploma que estabelece as regras gerais aplicáveis, é importante para a organização e funcionamento dos hospitais públicos e privados, gestão e formação do pessoal médico e definição das políticas de saúde. No caso particular, o diploma é particularmente relevante no reconhecimento dos direitos que as mulheres possuem no acesso aos serviços de saúde, sejam públicos ou privados.

### **c) O novo Código Penal.**

O direito criminal é uma área recorrente quando se trata de responsabilização e protecção ou tutela de bens que o Estado, através do direito, define como sendo importantes ou fundamentais em determinada sociedade. No caso da violência obstétrica, o que se procura proteger é a liberdade e integridade física e psicológica da mulher perante os profissionais de saúde. Tendo isto em vista, procuramos as normas que identificam especialmente profissionais de saúde, funcionários públicos ou condenem actos e condutas contra a liberdade ou integridade das vítimas.

- Art.160.º (crime de ofensa grave à integridade física) para quem ofender o corpo ou a saúde física e psíquica de outra pessoa, causando-lhe deformidade, mutilação genital, diminuição ou perda de sentidos, órgãos ou função, doença dolorosa ou perigo de vida;
- Art.164.º (crime de ofensa à integridade física por negligência) para quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa, em consequência da inacção quando deveria

agir, ou pela acção insuficiente quando deveria fazer mais, ou pela desatenção aos cuidados ou providências que deveria tomar;

- Art.166.º (crime de intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos) para médico ou pessoal legalmente autorizado pela pessoa, mas que a ponha em perigo de vida ou perigo de ofensa grave para o corpo ou saúde dessa pessoa;
- Art.170.º (crime de ameaça) sobre quem ameaçar a liberdade de alguém, causando medo ou inquietação;
- Art.179.º (crime de intervenção médico-cirúrgica sem consentimento) sobre o médico realizar intervenção ou tratamento médico sem o consentimento da paciente ou utente.
- Al. I) do art.º 382.º (crimes de lesa humanidade) sobre quem mutilar ou realizar qualquer tipo de experiência médica ou científica que não seja determinante para o tratamento médico ou do interesse das vítimas.

#### **d) A Lei Contra a Violência Doméstica – Lei n.º 25/11, de 14 de Julho.**

Este diploma é particularmente relevante pelo facto de o seu âmbito de aplicação estender-se a actos de violência que aconteçam em hospitais, por força da al. c) do art.º 2.º.

A violência doméstica é aqui definida como toda a acção ou omissão que cause lesão ou deformação física e dano psicológico temporário ou permanente, que atente contra a pessoa (art.º 3.º). As classificações que mais se adequam à violência obstétrica estão definidas no art.º 3.º, nomeadamente violência psicológica – “qualquer conduta que cause dano emocional, diminuição da autoestima, prejudique ou perturbe o desenvolvimento psico-social”, violência verbal – “toda acção que envolva utilização de impróprios,

acompanhados ou não de gestos ofensivos, que tenham como finalidade humilhar ou desconsiderar a vítima”, e violência física – “toda a conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da pessoa”.

### **e) O Código Civil**

No código civil os direitos de personalidade parecem ter relevância particular para a compreensão da dimensão privada ou particular da violência obstétrica. A personalidade jurídica adquire-se com o nascimento com vida, enquanto que a capacidade jurídica pressupõe que, além da vida, a pessoa tenha qualidades para exercer direitos e responder por eles.

Os artigos 66.º e 68.º indicam expressamente que a personalidade jurídica começa com o nascimento com vida e termina com a morte. Os direitos de personalidades dizem respeito à dimensão física e moral do seu titular, e existem para proteger a sua privacidade e pessoalidade, como o domínio sobre o próprio corpo, ideias próprias, honra e decências particulares, espaço privado e bens pessoais.

O art.º 70 institui o princípio da tutela geral da personalidade e estabelece que a lei protege qualquer pessoa de ofensas ilícitas ou ameaças de ofensas à sua personalidade física ou moral, e o direito de a pessoa proteger-se e utilizar meios para proteger a sua personalidade e responsabilizar quem o tenha feito.

O art.º 81.º institui o princípio da relativa inalienabilidade dos direitos de personalidade. Alguns direitos de personalidade são pessoais e indisponíveis, outros podem ser cedidos ou ser alvo de transação jurídica pelo seu titular. É o caso de autorizar uma operação, que é uma lesão física justificada, ou a cedência da nossa imagem a uma causa por meio de foto, nome ou voz, etc.

### 3. DIREITO COMPARADO: COMO OUTROS PAÍSES ESTÃO A REGULAR A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

#### 3.1. A Lei Venezuelana contra todas as formas de violência contra a mulher e a Lei contra a violência doméstica em Angola.

A Venezuela é dos poucos países do mundo que consagrou num diploma legislativo a violência obstétrica como uma das formas de violência contra a mulher. A noção vem descrita no n.º 13 do art.º 15.º do III capítulo da *“La ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”*<sup>3</sup>.

*Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.*

Analisemos essa norma por partes:

#### a) Apropriação do corpo e do processo reprodutivo das mulheres por pessoal médico.

O diploma utiliza o termo “pessoal de saúde” ao invés de “médicos”, referindo-se, portanto, a todos os demais profissionais que intervenham na prestação de serviços à mulher. O papel do pessoal médico é o de assegurar a saúde e o bem-estar da mulher e, posteriormente, do feto. Sendo que na gravidez se desenvolve uma relação de dependência, é importante referir que há decisões que a mulher toma no interesse da preservação da vida do feto.

A apropriação do corpo e do processo reprodutivo pressupõe que a equipa médica sub-roga-se na posição de tomar as decisões pela

<sup>3</sup> Tradução: A violência obstétrica é entendida como a apropriação do corpo das mulheres e dos processos reprodutivos pelo pessoal de saúde, que se expressa num tratamento desumanizador, num abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo uma perda de autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre o seu corpo e a sua sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres.

mulher, sem considerar a sua liberdade ou os seus interesses pessoais. Muitos profissionais não são claros nas informações que transmitem às mulheres, impossibilitando o conhecimento para uma decisão adequada. Este comportamento é também designado por autoritarismo ou paternalismo médico.

Por outro lado, a norma não se refere à violência obstétrica como prerrogativa de mulheres já grávidas, subentendendo que mesmo as mulheres que não desejam engravidar e procuram serviços médicos para planeamento ou troca de métodos podem ser afectadas por este tipo de violência.

### **b) Tratamento desumanizado**

O tratamento médico é essencialmente um processo de serviços de cuidado voltado para pessoas, com objectivo de promover o seu bem-estar físico e mental. Assim, toda a intervenção dos profissionais de saúde deve estar informada por valores e práticas que tenham em atenção a pessoa em si e a sua condição no momento de utilização dos serviços médicos. Esta consideração obrigará a ter-se em atenção princípios éticos, direitos e interesses das mulheres, apesar da sua condição ou estado.

O tratamento desumanizado pressupõe actos em que a mulher é destituída da sua humanidade, ou seja, reconhecendo-a, sobretudo ou apenas, como meio ou objecto ao invés de sujeito. Por outro lado, o tratamento desumano pressupõe a prática de actos agressivos e ofensivos contra a mulher, afectando o seu estado físico, emocional ou moral (a honra).

### **c) Abuso de medicação**

O abuso pode ser definido como uso excessivo de algo, no caso, medicamentos. Aqui pode ser uma manobra, operação, ou a

administração de fármacos que seriam dispensáveis. O excesso resulta da desnecessidade, explicada pelo ultrapassar da dose recomendada.

#### **d) Patologização dos processos naturais na reprodução**

O processo físico do parto expressa-se por manifestações físicas próprias. Neste sentido, algumas destas reações podem ser prescritas como doenças ou banidas pela medicina, por alguma razão. Se se mostrar desnecessário, é o que se designa por patologização de processos naturais.

#### **e) Perda da autonomia e liberdade das mulheres sobre os seus corpos e sexualidades**

A retirada da liberdade e autonomia das mulheres acontece pelo acto de apropriação dos profissionais de saúde, que utilizando o argumento da autoridade, desconsideram o conhecimento, a vontade e os interesses das mulheres. Por outro lado, a norma vem resgatar o lugar da mulher no controlo sobre a sua sexualidade e reprodução. Mostra, ainda, que há uma forte relação entre reprodução e sexualidade, e que a protecção de uma tem efeito na outra.

#### **f) Impacto negativo na qualidade de vida das mulheres**

O processo reprodutivo não se esgota com o parto. Há interligação com outras dimensões da vida da mulher que têm de ser consideradas no processo.

### **CONCLUSÃO**

A violência obstétrica é um tema desconhecido em Angola, embora se mostre bastante relevante para a realidade das instituições de saúde em Angola e para as mulheres. A sua importância expressa-se na necessidade que há de se continuar a investigar a mesma na vida das

mulheres, nas práticas dos profissionais de saúde e no funcionamento das instituições de saúde.

Ela abarca um conjunto de práticas que se têm aperfeiçoando nos processos médicos e institucionais, com efeitos e impactos negativos e sombrios na vida da mulher.

As leis em Angola não consagram este tipo de violência, mas isso não implica que não se consiga responsabilizar profissionais de saúde com recurso às normas vigentes, mais concretamente com recurso ao direito criminal e ao direito civil. Neste sentido, as penalizações e indemnizações são duas das medidas a considerar nos processos de protecção. Entretanto, medidas menos coercivas e no plano preventivo podem ter um efeito mais sustentável. Programas de educação sanitária, capacitação dos profissionais de saúde, educação sexual e reprodutiva para utentes e seus acompanhantes, serviços de apoio psicológico ou serviços complementares na área da alimentação, economia e direito podem ser boas alternativas de fortalecimento do processo de liberdade das mulheres, por um lado, e de amadurecimento de práticas nas instituições.

Apesar da omissão normativa no plano interno e internacional, alguns países deram passos relevantes na consagração da mesma, permitindo uma certa tipificação que permite aclarar as condutas, os processos, as situações e os sujeitos em que a mesma ocorre.

Há uma necessidade de maior engajamento social. As mulheres precisam de falar e ouvir mais sobre o assunto. É preciso começar a ensinar as meninas, adolescentes, jovens, senhoras e idosas sobre liberdade, capacidade, sexualidade e autonomia reprodutiva. É preciso problematizar a temática no contexto das novas identidades de género e das novas formas de parentalidade, procurando explicar como



ocorreria a violência obstétrica em processos de inseminação artificial ou “gestão de aluguer”: Enfim, é um novo mundo por explorar.

## BIOGRAFIA

- Dahlberg, Linda King e Krug, Etienne G., “Violência: um problema global de saúde pública” in *Ciência e Saúde Colectiva*, 11 (sup.) 1163-1178, 2007.
- Ferreira, Isabel, *Violência Obstétrica Institucional*.
- Nascimento, Edna F. G. Alves do, *Percepção dos profissionais de saúde em Angola sobre a violência contra a mulher na relação conjugal (Tese de Doutoramento)*, Rio de Janeiro-Brasil, 2011.
- Zanardo, Gabriela Lamos de Pinho et al., *Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa* in *Psicologia e Saúde*, 29, Porto-Alegre – Brasil.

## DOCUMENTOS

- Declaração da OMS para a Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, 2014.
- Normas y Procedimientos de Obstetricia 2021.
- Normas, Emergências Pediátricas e Obstétricas. Manual TAS de Portugal, 2002.
- Relatório da OMS sobre Violência e Saúde, 2002.
- Relatório da União Africana sobre Saúde Materna, Neonatal e Infantil em África, 2014.

## LEGISLAÇÃO

- Código Civil Angolano
- Código Penal Angolano
- Constituição da República de Angola
- Lei contra a Violência Doméstica de Angola
- Lei Organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia da Venezuela
- Protocolo de Maputo.



# 4.

## Inquérito sobre violência obstétrica: análise de dados

POR SIZALTINA CUTAIA

## INTRODUÇÃO

O tema do abuso, desrespeito e maus tratos durante o trabalho de parto, parto e pós-parto tem sido estudado há muito tempo e esses estudos apontam ampla evidência científica de que as mulheres, em todo mundo, são confrontadas com experiências traumáticas e violentas durante todas aquelas fases. Esses abusos são chamados de *Violência Obstétrica*. Aqui, consideramos o termo violência obstétrica para nos referirmos a todas as formas de abuso durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, que vão desde as agressões verbais, a restrição da presença de acompanhante, os procedimentos médicos não consentidos, a violação da privacidade, a recusa em administrar analgésicos, a violência física, entre outros. Tal situação levou ao reconhecimento por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que “no mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Esse tratamento não viola apenas os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça do direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação”. Diante de tal constatação, a OMS emitiu uma declaração em 2014 em que convocou maior acção, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos<sup>1</sup>.

Em Angola, apesar de não ser comum o uso do termo violência obstétrica, são constantes as histórias (na imprensa<sup>2</sup> e nas redes sociais) de mulheres que vivenciaram algum tipo de violência durante o parto, nas instituições de saúde. Em resposta a essa convocatória da

---

<sup>1</sup> [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf;jsessionid=71A5526EB49C740B%20E2F28AFCAD44A8E7?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=71A5526EB49C740B%20E2F28AFCAD44A8E7?sequence=3)

<sup>2</sup> <https://www.jornaldeangola.ao/ao/noticias/evitar-a-dor-do-parto-em-hospital-publico-e-pagar-uma-fortuna-em-clinica-privada-2/>

OMS, o Ondjango Feminista propôs-se a explorar a ocorrência deste tipo de violência em Angola, partindo do entendimento de que a falta de reconhecimento deste problema e de estudos específicos sobre ele, impossibilita a sua resolução e consequentemente a garantia de maternidade e partos seguros para todas as mulheres.

Neste artigo, apresentamos os resultados do inquérito<sup>3</sup> sobre violência obstétrica realizado com o objectivo de contribuir para o debate sobre este tema, uma forma de violência contra a mulher bastante negligenciada em Angola, e desta forma motivar a adopção de estratégias para o seu combate. O inquérito composto por 13 perguntas, ficou disponível nas plataformas digitais entre 12 de Julho e 25 de Agosto de 2021 e registou 198 respostas.

## **RESULTADOS**

### **1. Perfil das respondentes**

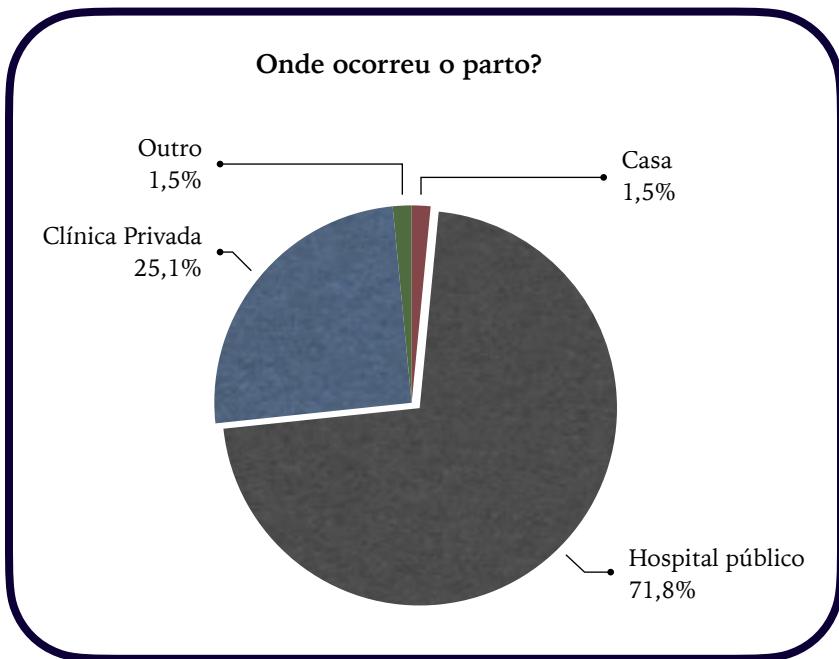
O inquérito foi respondido por mulheres de oito províncias: Benguela, Bié, Huambo, Huíla, Luanda, Lunda Sul, Malange e Moxico, sendo a larga maioria (82%) de Luanda. Relativamente às idades, a mínima é de 20 anos e a máxima é de 68 anos de idade. A maioria das participantes possui entre 25 – 39 anos de idade e a maioria das respostas referem-se a partos ocorridos entre 2016 e 2021.

### **2. Local do parto**

A maior parte dos partos ocorreram em hospitais públicos num total de 71,8%, enquanto 25,1% ocorreram em clínicas privadas. Apenas 3 das respondentes indicou ter realizado o parto em casa.

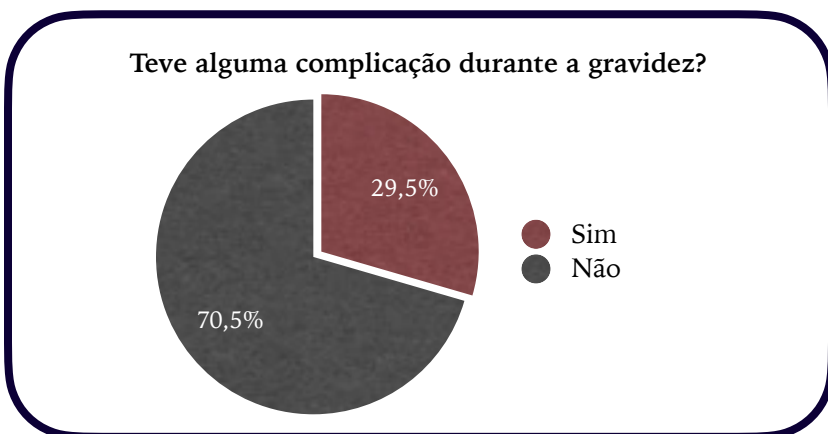
---

<sup>3</sup> O formulário das perguntas encontra-se em anexo no final do artigo. (pág. 52)



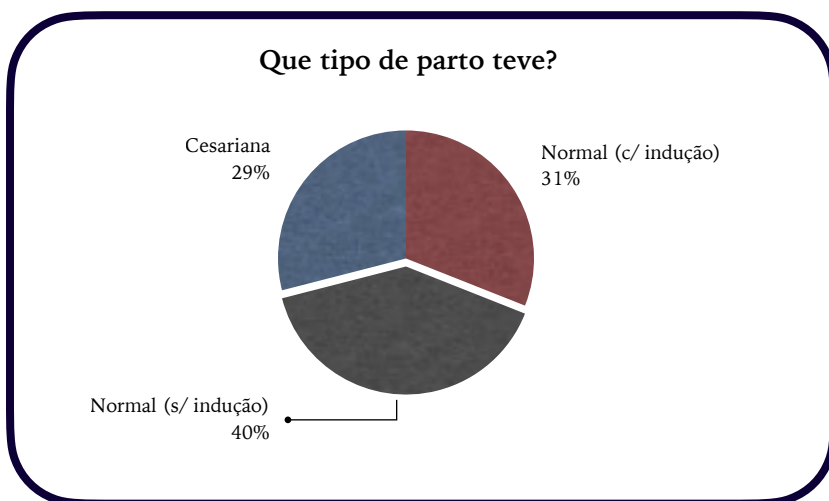
### 3. Complicações durante a gravidez

Um total de 70,5% das respondentes declararam não ter tido nenhum problema durante a gravidez, contra 29,5% que indicaram ter tido alguma complicação durante a gravidez.



#### 4. Tipo de parto

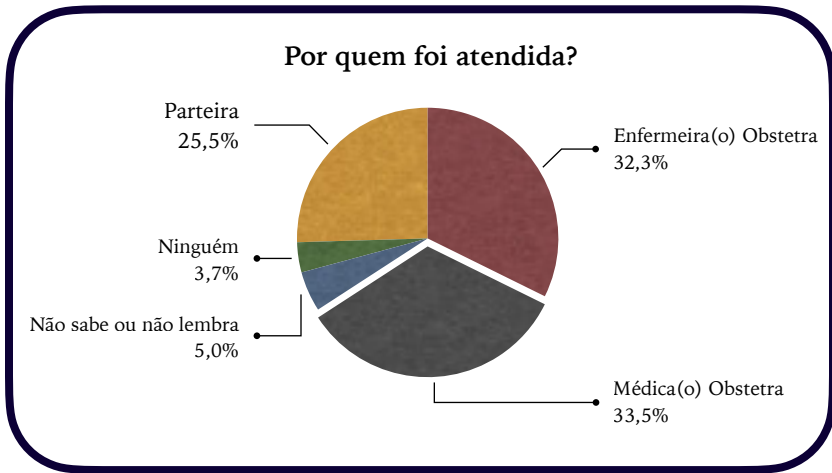
A maioria das mulheres teve partos normais: 40% sem indução e 31% com indução. Por outro lado, a percentagem de cesarianas foi de 29%. Esta percentagem é superior à média de 5% na África Subsaariana e confirma pesquisas anteriores sobre o aumento do número de cesarianas no mundo.



#### 5. Quem assistiu no parto

A maioria das respondentes (33,5%) indicou que foi atendida por médica(o) obstetra; seguido de 32,3% atendidas por enfermeira(o) e 25,5% por parteira. Estes dados confirmam a estatística oficial segundo a qual 50% dos partos ocorrem dentro de instituições de saúde e realizado por profissionais capacitados<sup>4</sup>.

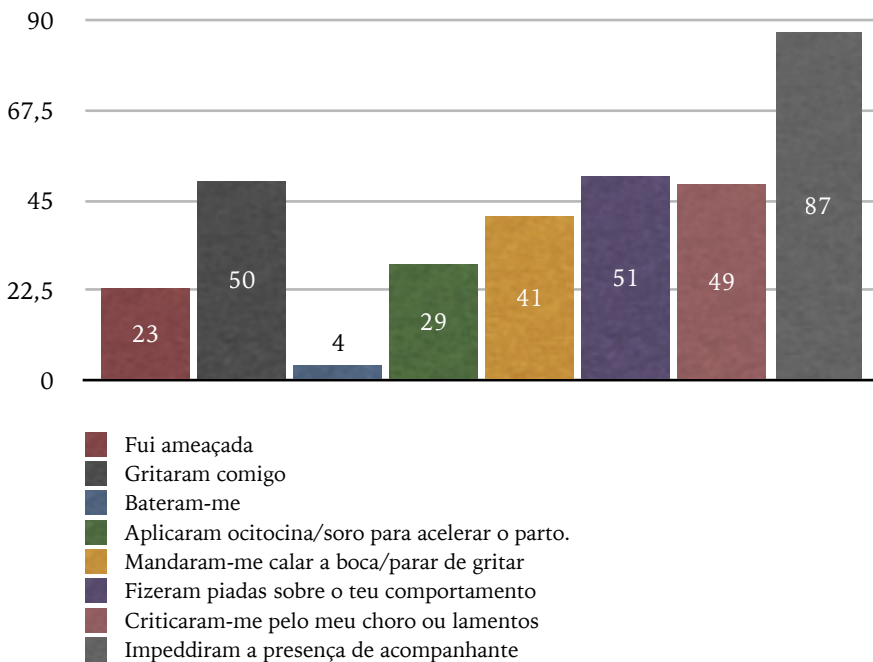
<sup>4</sup> Relatório conjunto UNICEF, UNFPA, WHO e World Bank, 2010.



## 6. Tratamento na Maternidade (Unidade Hospitalar)

Quando questionadas sobre a forma como foram tratadas na maternidade e podendo optar por mais de uma resposta, um total de 43,5% das mulheres indicaram que foram impedidas de ter um acompanhante consigo no hospital; 25,57% foi objecto de piada sobre o seu comportamento; 25% indicou que alguém gritou com elas; 24,5% foi criticada por chorar; 14,5% indicaram que a profissional de saúde lhes aplicou medicação (ocitocina) para acelerar o parto sem necessidade.

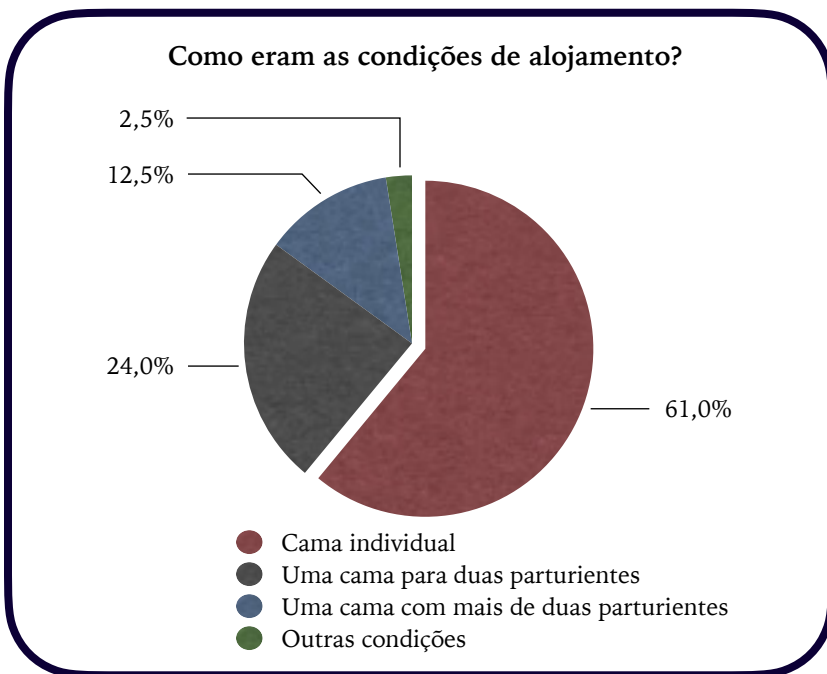
## Como foste tratada na maternidade?



## 7. Condições de alojamento

Em relação às condições de alojamento durante o internamento 60,7% indicou que ficou sozinha numa cama, enquanto as outras tiveram que partilhar a cama com uma outra parturiente (21,5%) ou com mais duas parturientes (11,5%). Apesar de ainda haver mulheres a partilhar camas, estes dados indicam uma melhoria, que pode ser atribuída aos compromissos assumidos pelo governo de Angola no âmbito dos objectivos de desenvolvimento sustentáveis, bem como do incremento do investimento no sector de saúde com particular destaque para a saúde materna.





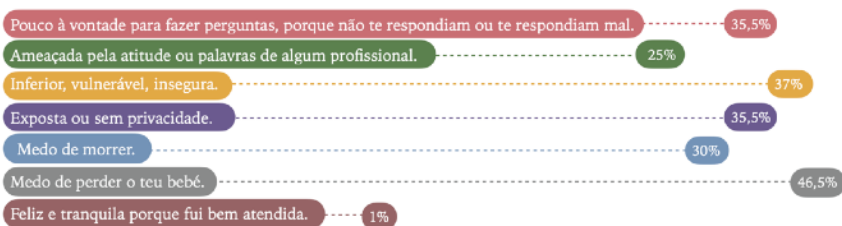
## 8. Agressão verbal

As respondentes relataram ter ouvido várias coisas inapropriadas durante o parto. A figura abaixo indica as frases mais ouvidas pelas mulheres:



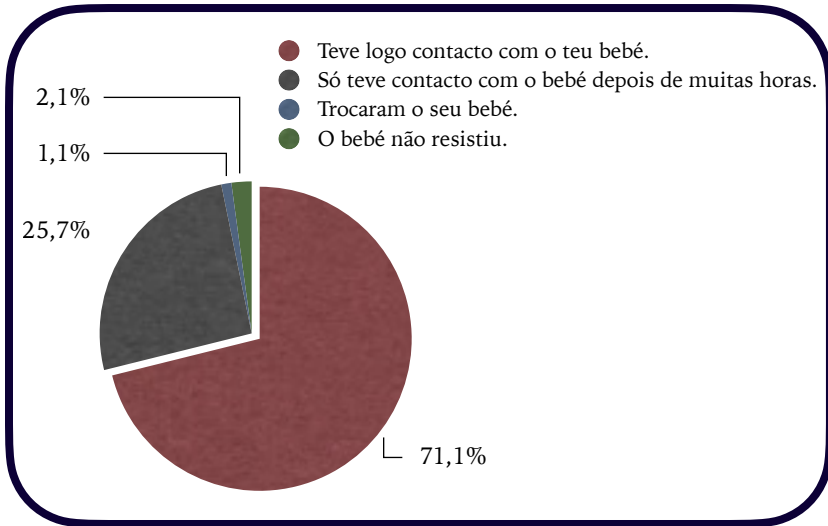
## 9. Como se sentiram

Questionadas sobre como se sentiram em relação ao tratamento recebido durante o parto (esta pergunta permitia marcar quantas opções fossem aplicáveis), 46,5% das respondentes sentiu medo de perder o bebé; 37% sentiu-se inferior, vulnerável e insegura; 35,5% sentiu-se pouco à vontade para fazer perguntas porque não respondiam ou respondiam mal e a mesma quantidade de mulheres diz ter-se sentido exposta ou sem privacidade. Outros sentimentos vivenciados são ilustrados no quadro abaixo:



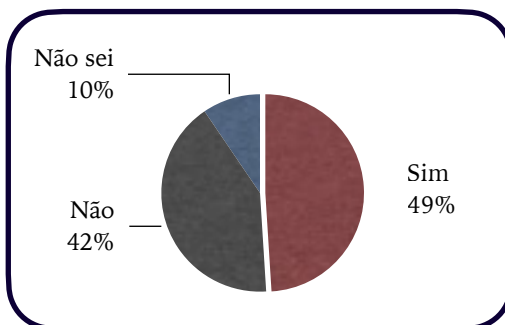
## 10. Contacto com recém-nascido

Após o nascimento do(a) bebé, 71,1% das respondentes teve contacto imediato com o(a) seu(sua) bebé; 25,7% teve o contacto com o(a) bebé adiado por várias horas, enquanto algumas responderam que não viram o(a) seu(sua) bebé.



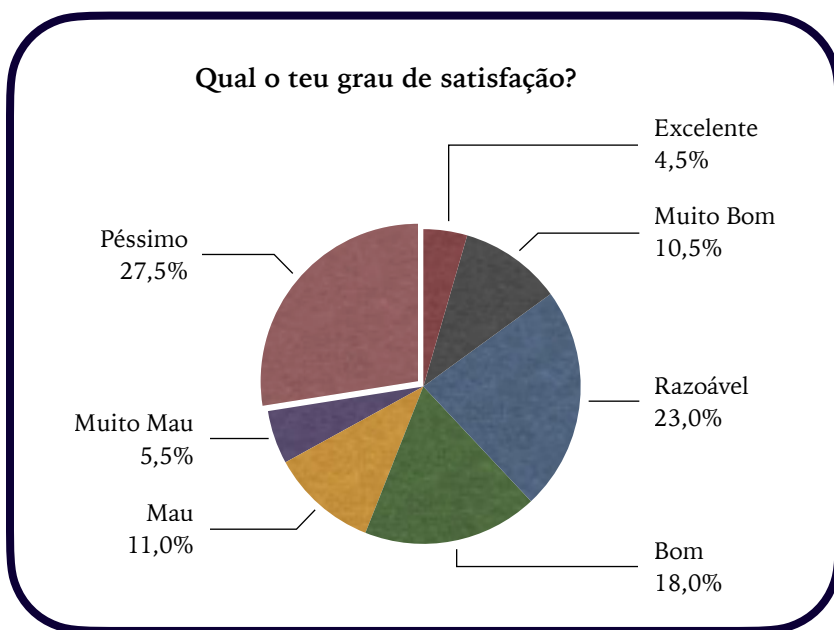
## 11. Compreensão sobre violência

Ao responder a pergunta sobre se consideravam ter sofrido violência durante o parto, as respostas foram muito próximas: 48,5% disse que sim contra 42,3% que disse não, enquanto 9,2% disse não saber. A maioria das mulheres que respondeu “não sei”, justificou com o facto de ser o primeiro parto e, portanto, não ter conhecimento sobre os procedimentos e/ou direitos da grávida. Frases como “não foram humanas”, “profissionais arrogantes” entre outras serviram de justificação para as mulheres que responderam sim.



## 12. Grau de satisfação com o atendimento durante o parto

A esse respeito, numa escala de péssimo à excelente, e de um modo geral considerando todos os elementos analisados, 27,5% das mulheres considerou péssimo o atendimento durante o seu parto, 23% considerou razoável, 18% bom e 11% considerou que o atendimento foi mau.



## 13. Apoio para superar o trauma

Questionadas sobre o tipo de apoio que receberam depois do parto, 43% das mulheres respondeu que ninguém as apoiou; 33,6% a das mulheres indicou a família (mãe e pai, irmãs, tias etc.), enquanto 17,2% indicou o parceiro como sendo a fonte desse apoio.

## DISCUSSÃO

Os indicadores de saúde materna em Angola têm melhorado muito desde o fim do conflito armado. Parte destas melhorias são atribuídas aos compromissos assumidos no âmbito dos objectivos de desenvolvimento sustentável bem como do incremento do investimento neste sector. Em 2012, o Governo apresentou o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012 – 2025. O documento reconhece que apesar do progresso feito em relação à melhoria da saúde reprodutiva, a situação ainda requer cuidados e atenção do Governo, tendo em conta a realização dos compromissos com os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Neste sentido, o PNDS prevê a redução das taxas de mortalidade materno-infantil em 50% e aumentar em 80% a cobertura de partos institucionais assistidos por pessoal capacitado entre outras coisas (PNDS, 2012).

Servem de apoio à materialização do PNDS outros instrumentos normativos e institucionais como a Comissão Nacional de Prevenção e Auditorias de Morte Materna e Neonatal, instrumento cujo objectivo é contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil, através da investigação da morte materna e da definição de intervenções apropriadas baseadas na evidência, o multisectorial Conselho Nacional da Criança (CNAC), com a função de coordenação de acções em prol da saúde e bem-estar das crianças; o Roteiro Nacional para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em Angola (2007- 2015); o Plano Estratégico de Segurança dos Produtos de Saúde Reprodutiva (2009-2013), o Plano Estratégico de Saúde Sexual e Reprodutiva (2010-2015), a Estratégia de Revitalização do Sistema Municipal como opção chave para operacionalização do Plano Estratégico e do Roteiro Nacional para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Infantil, bem como os Protocolos de Cuidados Obstétricos e Neo-Natais de Urgência.

Todas essas medidas são importantes, porém insuficientes para eliminar as disparidades, discriminação e as violações de direitos das mulheres durante o parto que permanecem no cotidiano angolano. Apesar de não serem conclusivos, os resultados deste inquérito evidenciam que a garantia de cuidados obstétricos de qualidade ainda constitui um desafio para o país. Com base na sua experiência, 48,5% das mulheres que responderam ao inquérito indicaram que sofreram alguma ou várias formas de violência durante o seu parto. Existem várias razões para que tal ocorra: desde a falta de preparação do pessoal médico, a falta de condições de trabalho e outras falhas dentro do sistema de saúde que tornam a experiência do parto num momento de tortura e trauma para muitas mulheres.

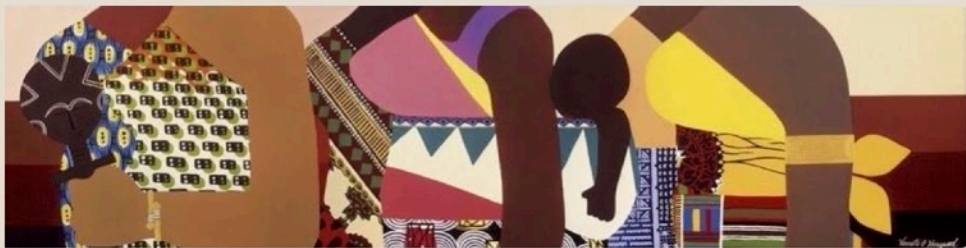
Os dados referentes a quem ajudou as mulheres a ultrapassarem o trauma vivenciado durante o parto levanta questões importantes sobre o papel do Estado e da sociedade na abordagem sobre maternidade segura. Questões como quais os mecanismos oficiais que existem para denúncias e acompanhamento de casos em que tenham ocorrido violência obstétrica precisam de ser resolvidas. Por outro lado, os dados reforçam a necessidade de organizações de mulheres pautarem o tema na esfera pública e social. Evidenciam também a naturalização do trabalho do cuidado como tarefa inerente às mulheres, outro tema que merece uma ampla discussão na sociedade Angolana.

A abordagem de qualquer forma de violência contra a mulher deve sempre reconhecer as relações de poder desigual entre os homens e mulheres que legitimam a opressão destas por aqueles. Como resultado desta desigualdade estrutural, a violência é geralmente naturalizada, invisibilizada e silenciada. Neste sentido, não surpreende que mesmo sendo vítimas de maus tratos e/ou agressões durante o parto, um número considerável das inqueridas não

compreenda que sofreu violência obstétrica. Estes dados evidenciam a necessidade de investir na conscientização e diálogo sobre este mal que tem respaldo directo sobre a realização dos direitos reprodutivos das mulheres.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como um exercício exploratório, o inquérito é marcado por algumas limitações. A principal limitação tem que ver com a impossibilidade de alcançar o maior número possível de mulheres, particularmente aquelas de grupos sociais menos privilegiados pelo facto de o mesmo ter sido realizado exclusivamente por via digital. Outra limitação está relacionada com o facto de não ter sido estabelecida uma janela temporal específica dos partos (apesar de a maioria dos partos ter ocorrido entre 2016 e 2021, foram registadas respostas referentes a partos ocorridos tão longe quanto em 1974!). Esta delimitação permitiria fazer uma análise que facultasse uma melhor compreensão da situação actual. Como forma de mitigar as limitações do inquérito, fica o compromisso do Ondjango Feminista, em futuras investigações sobre este tema, aplicar os inquéritos pessoalmente a fim de alargar a amostra de participantes; incluir questões de natureza sócio-económica, que permitam interrogar e/ou estabelecer a relação entre estas e as experiências de violência, e finalmente determinar períodos específicos para facilitar análises comparativas entre períodos em relação à implementação das políticas de combate a esta forma de violência. Do mesmo modo, também seria interessante que uma próxima investigação se concentrasse sobre os efeitos/impactos da violência obstétrica sobre a autonomia reprodutiva das mulheres. Essa constatação deriva do facto de algumas mulheres terem afirmado que da experiência resultaram alguns traumas e o medo de voltar a engravidar e passar por experiências negativas semelhantes.



## INQUÉRITO - Ondjango Feminista 2021

A equipa do Ondjango Feminista está em fase de produção da 5ª edição do TUBA!, informe sobre a violência contra a mulher. O Informe visa ressignificar a forma de abordar a violência contra a mulher em Angola, em todas as suas formas e manifestações, dando visibilidade às condições em que vivem, sofrem e morrem muitas mulheres e meninas em Angola por conta da combinação de vários factores de ordem social, económica, política e cultural que não as amparam e lhes negam direitos.

Tendo em conta a nossa prioridade em entender o contexto dos Direitos Sexuais e Reprodutivos em Angola, os principais entraves para a sua realização e propor acções concretas para a sua realização, a 5ª edição do Informe TUBA! pretende promover um debate público abordando o tema Violência Obstétrica, através de uma análise sobre vários aspectos dessa forma de violência, apresentando propostas de como abordá-la e combatê-la.

Neste sentido, lançamos o presente inquérito para recolher mais dados que nos irão ajudar na abordagem sobre este tema. Pedimos a tua atenção para responder às questões que se seguem.

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Província: \_\_\_\_\_
3. Município: \_\_\_\_\_
4. Data do Parto: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_
5. Local do parto: \_\_\_\_\_
6. Tiveste alguma complicação durante a gravidez?  Sim  Não
7. Que tipo de parto tiveste? \_\_\_\_\_
8. 9. Como foste tratada na maternidade? \_\_\_\_\_
9. Com quem ficaste na cama depois do parto? \_\_\_\_\_
10. Que tipo de coisas ouviu? \_\_\_\_\_
11. Como te sentiste? \_\_\_\_\_
12. Como foi o contacto com o bebé depois do parto? \_\_\_\_\_
13. Consideras que sofreste violência durante o parto?  Sim  Não
14. Porquê?
15. De uma maneira geral, qual o teu grau de satisfação com o atendimento durante o teu parto?  
\_\_\_\_\_
16. Caso tenha sido má a tua experiência, quem te ajudou a ultrapassar o trauma?



# 5.

## FÍSTULAS OBSTÉTRICAS (FO) NO CONTEXTO DE ANGOLA

POR ILDA MANEIRA

### **O QUE É A FÍSTULA OBSTÉTRICA (FO)?**

A FO é uma lesão grave entre a bexiga e a vagina (fístula uro-vaginal) ou entre o recto e a vagina (fístula recto-vaginal), podendo ser causada por inúmeros factores: parto não seguro, parto realizado em condições arriscadas, parto sem assistência qualificada, violência sexual, complicações cirúrgicas, tumores, linfogranuloma venéreo, entre outros. Esta situação (FO) afecta, segundo as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), dois milhões de mulheres só em África e Ásia.

Desde 2003 que decorre em quarenta e nove países de África, Ásia e região Árabe uma campanha internacional, lançada pelo Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), tendo em vista a eliminação da problemática da fístula obstétrica e que se concentra na prevenção, tratamento e reabilitação desta lesão que tem consequências devastadoras para as mulheres, que acabam por sofrer

---

<sup>1</sup> Ilda Maniera: Enfermeira Obstetra.

em silêncio e em isolamento completo. Além disso, de modo a criar conscientização para este tema, a Organização das Nações Unidas (ONU) marcou o dia 23 de Maio como o Dia Internacional pelo fim da FO.

## **COMO OCORRE A FO?**

No decorrer do trabalho de parto e do parto propriamente dito, em casos como a incompatibilidade feto-pélvica, a cabeça do bebê comprime e destrói os tecidos pélvicos e vaginais da mãe, interrompendo o fluxo sanguíneo nesta área. Com o passar do tempo estes tecidos vão perdendo a vitalidade, acabando por morrer, permitindo que seja criado um espaço grande e vazio entre a vagina e a bexiga ou entre o recto e a vagina, tendo como resultado a perda constante e permanente de urina ou de fezes.

De acordo com dados da OMS e UNICEF, as mulheres que são vítimas da FO têm, na sua maioria, as seguintes características:

- Habitam no meio rural;
- Têm acesso reduzido ou inexistente a unidades de cuidados de saúde;
- Têm idade inferior a 30 anos;
- Encontram-se numa situação de casamento precoce;
- São gestantes em idade muito jovem;
- Apresentam um baixo nível de escolaridade;
- Apresentam um nível de analfabetização acentuada;
- Encontram-se num baixo extrato sócio-económico;
- Apresentam desconhecimento sobre métodos anticoncepcionais, ou impossibilidade de aceder aos mesmos;
- Paridade elevada (têm um elevado muitos filhos);
- São vítimas de violência sexual;
- São vítimas de mutilação genital feminina.

Mais de 75% das mulheres com FO experimentaram um trabalho de parto que demorou três dias ou mais, sem assistência clínica especializada, sendo que mais de 50% destas mulheres experimentou concomitantemente uma situação de morte fetal, nove em cada dez bebês não sobrevivem a partos prolongados e/ou obstruídos.

Existem também casos de FO causados por violência sexual e pela mutilação genital feminina<sup>2</sup>. Em alguns casos, os factores culturais são os principais responsáveis, pois em alguns grupos étnicos é costume as meninas casarem cedo, o que, por si só, aumenta o risco de partos obstruídos, pois quando a grávida é extremamente jovem, e “ainda não cresceu o suficiente”, a sua pélvis também não se desenvolveu o suficiente para o bebé nascer de forma natural e segura.

As consequências desta doença são devastadoras, não só pela potencial perda do filho, mas também pela rejeição social e isolamento a que as mulheres são sujeitas, pois muitas mulheres acabam por ser ostracizadas e abandonadas pelos companheiros, pela família e pela comunidade onde estão inseridas. Infelizmente, verifica-se que a maioria destas mulheres não têm sequer acesso ao tratamento da FO, que passa exclusivamente pela intervenção cirúrgica.

De acordo com Irene Westendorp, integrante da Organização “Hope For Our Sisters”, em Angola, a principal causa de FO são os partos prolongados, que se devem, muitas vezes, ao facto de as mulheres tentarem dar à luz em casa, não se dirigindo ao hospital no tempo certo. Geralmente o trabalho de parto dura entre dois a cinco dias, sendo que as mulheres permanecem durante este tempo em casa,

---

<sup>2</sup> <https://popdesenvolvimento.org/praticas- nefastas/mutilacao-genital-feminina.html>

buscando depois ajuda em pequenos centros de saúde mais próximos. Na maioria destes casos o bebé perde a vida.

Ainda de acordo com as informações transmitidas por Irene Westendorp, por norma a FO verifica-se em meninas entre os quinze e os vinte anos, na sua primeira gravidez. A verdade é que as adolescentes não estão fisicamente preparadas para dar à luz, através de um parto normal.

Há também um grande risco de se ter FO quando a mulher já teve mais do que sete partos, agravando a situação, quando se tratam de partos seguidos, pois o corpo da mulher encontra-se mais fraco.

## **PREVENÇÃO DA FO**

Dada a devastação social e psicológica que a FO causa, é urgente apostar na prevenção. Mas será que existe forma de prevenir a FO? A resposta é positiva. Segundo os especialistas, a prevenção passa pelo treinamento de parteiras locais e tradicionais, para ajudarem as mães a terem partos mais seguros. Elas podem avaliar se uma mãe está a ter dificuldades para dar à luz e buscar, antecipadamente, ajuda.

Por outro lado, sabemos que a maioria dos casos de FO podem ser evitados com assistência clínica qualificada. No entanto, o que parece verificar-se é que quando existem médicos ou enfermeiros presentes durante o trabalho de parto, estes são, muitas vezes, inexperientes, sobretudo no que respeita à realização de cesarianas. O aumento no acesso à cesariana feita por profissionais de saúde não qualificados tem contribuído para o aumento do número de fístulas recto-urinárias.

De facto, já o Dr. Thomas Raassen, cirurgião holandês, um dos mais conceituados especialistas a nível internacional na reparação cirúrgica

da FO e fundador da organização sem fins lucrativos *Operação Fístula*, diz-nos que “durante os últimos dezoito anos, mais de 13% das FO em 65 hospitais da África Oriental e da Ásia foram iatrogénicas”. Para este clínico, a solução passa pela “melhor formação dos médicos” (alguns recebem apenas dois meses de instrução), defendendo que as equipas devem realizar cesarianas sob supervisão, antes de serem enviados para hospitais.

A nível social e cultural parece ser urgente acabar com a pressão colocada nas mulheres grávidas para que tenham um parto domiciliado, ou parto não vigiado com técnicos qualificados. Sabemos que muitas mulheres que optam por parto hospitalar ou que recorrem à epidural (técnica analgésica realizada no decorrer do trabalho de parto) são frequentemente consideradas fracas. Com receio desta conotação, muitas mulheres preferem sofrer um parto obstruído em casa, resultando nas consequências acima mencionadas. É igualmente urgente que sejam realizadas campanhas de elucidação sobre os casamentos precoces e gravidez precoce, assim como desmistificação sobre os métodos de planeamento familiar.

Actualmente, informou-nos Irene Westendorp, a Organização Hope For Our Sisters tem equipas de prevenção nas Províncias da Huíla e do Huambo que estão a dar formação em igrejas, escolas e clínicas. Estas equipas já estiveram também presentes no Bié e no Cunene.

## **TRATAMENTO DA FO**

O tratamento da FO pode ser difícil, mas nas mãos de cirurgiões experientes, o nível de sucesso é acima de 90% e apenas com uma única operação, que consiste em fechar o orifício criado durante o parto e fazer a bexiga ou o recto voltar ao seu funcionamento normal. Em alguns casos, esta cirurgia pode levar apenas quarenta e cinco

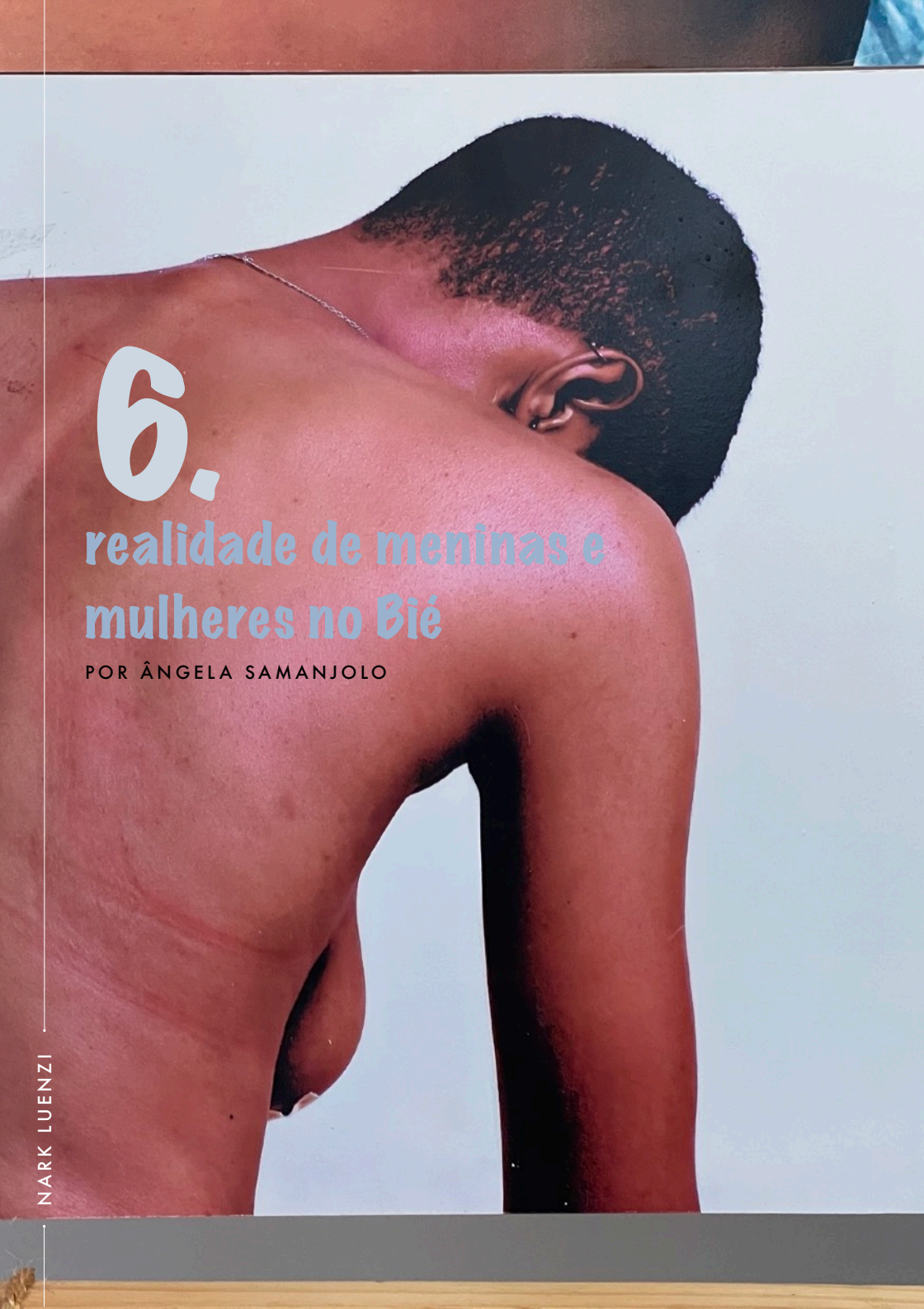
minutos, mas muitas das ocorrências são mais complexas e requerem diversos procedimentos cirúrgicos com médicos altamente qualificados. Mulheres que já tiveram a FO reparada podem voltar a dar à luz crianças saudáveis, desde que recebam cuidados adequados durante a toda a gravidez e período de trabalho de parto ou parto.

O custo médio do tratamento, que inclui o procedimento, o apoio pós-operatório, os cuidados e a recuperação, é de US\$ 600 (Seiscentos Dólares Norte-Americanos) por paciente. O bloco operatório uro-ginecológico da Maternidade Lucrecia Paim (MLP), em Luanda, realiza um trabalho pioneiro e exclusivo em Angola com apoio da ONG Americana Fistula Foundation. Composto por um bloco operatório e 8 leitos, foi inaugurado em Outubro de 2018 e até hoje já devolveu a esperança a centenas de mulheres tendo uma média de cento e cinquenta a duzentas cirurgias por ano.

De acordo com Irene Westendorp, a Organização Hope For Our Sisters, por seu lado, realizou quarenta cirurgias nos meses de Abril a Junho, e trinta e oito cirurgias nos meses de Julho a Setembro deste ano no CEML (Centro Evangélico de Saúde do Lubango). Geralmente, por ano, no CEML realizam-se entre cento e trinta a cento e sessenta cirurgias. Contudo, este número não reflecte o actual número de pacientes em Angola, uma vez que muitas mulheres desconhecem o tratamento. Com efeito, é estimado que em cada cinquenta mulheres, apenas uma recebe o tratamento.

**CONCLUSÃO**

Gostaria de terminar não com palavras minhas, mas citando outras pessoas, como Ban Ki Moon, antigo secretário geral da ONU, em 2015: “A fístula obstétrica é uma lesão do parto devastante completamente evitável. Podemos e devemos pôr um fim a este sofrimento desnecessário”, e também a Dra. Natalia Kanem, Diretora Executiva do UNFPA no Dia Internacional do Fim da Fístula Obstétrica, 23 de Maio de 2020: “Acabar com a desigualdade de género! Acabar com as iniquidades em saúde! Terminar a Fístula agora!”

A photograph of a person's back and shoulder, showing a tattoo of the number 6. The person has dark skin and short, dark hair. The background is a plain, light-colored wall. The lighting is soft, highlighting the contours of the body.

6.

realidade de meninas e  
mulheres no Bié

POR ÂNGELA SAMANJOLO



*“... a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelo pessoal de saúde, que se expressa como tratamento desumanizado, abuso de medicação, e em converter os processos naturais em processos patológicos, trazendo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.”*

## RESUMO

O presente artigo traz aspectos importantes para entender os direitos sexuais e reprodutivos em Angola, os seus principais entraves e propor acções concretas para a sua realização. O objectivo é de promover um debate público em torno da **violência obstétrica** através de uma análise sobre vários aspectos dessa forma de violência, apresentando a realidade de meninas e mulheres na província do Bié. Os cuidados de saúde de qualidade incluem-se nos direitos de saúde e pressupõem que os serviços prestados melhorem os indicadores de saúde, através de cuidados seguros, eficazes, eficientes, equitativos e centrados na pessoa humana (OMS, 2016). São estes aspectos que trazemos à reflexão. Para tal, procederemos a uma breve contextualização do tema, apresentaremos o que a lei angolana diz sobre violência obstétrica, abordaremos a questão da violência física e verbal durante o trabalho de parto e faremos uma análise da situação da violência obstétrica na província do Bié e a realidade de meninas e mulheres tendo como foco esta localidade.

**Palavras-chave:** violência obstétrica, direitos sexuais e reprodutivos, mulher, atendimento hospitalar.

---

<sup>1</sup> Ângela Samanjolo: Formada em Contabilidade e Administração, tem experiência em trabalho de protecção social, designadamente no que respeita ao empoderamento de mulheres e protecção à criança; feminista, fundadora e representante legal da Associação da Jovem Mulher-ASSOJOM; membra do Fórum Provincial das Organizações da Sociedade Civil, comentarista residente do programa Jornal da semana na rádio Bié e coordenadora provincial do APROSOC – Apoio à Protecção Social no Bié pela Visão Mundial. Email: samanjoloangela@gmail.com.

## **INTRODUÇÃO**

Violência Obstétrica é um termo utilizado para caracterizar abusos ou agressões sofridas por mulheres no atendimento pelos serviços de saúde durante a gravidez, parto e pós-parto. Tais abusos podem ser apresentados como *violência física ou psicológica* e são responsáveis por tornar um dos momentos mais importantes na vida de uma mulher num momento traumático e difícil de superar.

Não existe uma definição fechada para o termo, mas sim definições complementares apresentadas por diferentes organizações e governos. É importante notar que o termo “violência obstétrica” não se refere apenas ao trabalho de profissionais de saúde, mas também a falhas estruturais das unidades de saúde estatais, privadas e do sistema de saúde como um todo.

A busca pela definição do significado de Violência Obstétrica é importante para que seja encontrado um equilíbrio entre as expectativas da mãe, o serviço oferecido e a necessidade médica. O uso deste termo é importante para garantir que as mulheres possam exercer os seus direitos no momento em que buscam serviços de maternidade, e a sua definição clara é importante para que não hajam impactos negativos na prática da medicina.

## **BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO**

O risco de morte relacionado à gravidez em Angola em 2015 foi de 1/32 (Rosário et al, 2019). A taxa de fecundidade adolescente é das mais altas de África com 163 partos/1.000 raparigas com idades compreendidas entre os 15-19 anos nas áreas urbanas, e 239/1.000 em áreas rurais, onde 34% das mães tiveram o primeiro filho durante a adolescência (INE, 2017).

A estes valores subjaz a insatisfação das jovens relativamente ao acesso ao planeamento familiar (43%), sendo a taxa de adesão a métodos contraceptivos de apenas 14% e a taxa de fecundidade desejada (5,2) inferior à taxa real (6,2), para além das dúvidas e inquietações que se levantam em relação às consequências dos referidos contraceptivos para a saúde das mulheres. De acordo com o Inquérito de Indicadores Múltiplos de Saúde 2015-2016<sup>2</sup> “se todas as mulheres de 15-49 anos actualmente casadas ou em união de facto que desejam dar espaço entre o nascimento dos filhos ou limitar o seu número usassem algum método de PF, a prevalência do uso de métodos contraceptivos aumentaria de 14% para 52%”, facto que demonstra a extrema importância da intervenção nesta área (INE, 2017).

A Província do Bié em 2018 foi identificada pela Oxford Poverty & Human Development Initiative, como a província angolana com o maior Índice Multidimensional de Pobreza (IMP) (0,476) e com os níveis mais baixos de alfabetização, especialmente entre as mulheres (25%). Relativamente aos índices de saúde no Bié, a idade média do primeiro nascimento no Bié é a mais baixa do País (18,5 anos) e onde se observa a maior taxa de fecundidade do País (8,6 filhos/mulher), sendo a segunda província com menor uso de contraceptivos e Planeamento Familiar, e também a segunda onde as mulheres menos ouviram falar de métodos contraceptivos (20% das mulheres entre 15-49 anos) (INE, 2017). No país, apenas 707 unidades sanitárias (US) – 30% – oferecem serviços de PF (MINSA, 2018). Com uma população estimada de 1.765.495 (um milhão, setecentos e sessenta e cinco mil, quatrocentos e noventa e cinco) habitantes, a Província do

---

<sup>2</sup> Realizado em conjunto pelo Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde e The DHS Program ICF, Junho de 2017;

Bié conta com 185 Unidades de Saúde (US), das quais apenas 20 contam com a presença de médicos.

Para uma análise mais apurada da capacidade de resposta às necessidades da população no que concerne a estes serviços, seriam necessários dados que fornecessem um dimensionamento de cada uma das US em termos de população do entorno e capacidade de atendimento da US (instalações, equipamentos, recursos humanos), pois a quantidade de US, por si só, não revela a sua capacidade de atendimento. Com efeito, de acordo com a informação recolhida pela ASSOJOM (Associação da Jovem Mulher do Bié) em três municípios, 7 em cada 10 mulheres já foram maltratadas ou mal atendidas nas US, sendo que este número sobe para 8 quando se trata de um atendimento durante a gravidez, parto e pós-parto, o que por si só revela a diminuta capacidade de atendimento das referidas US.

A violência obstétrica ocorre nos serviços de saúde públicos e privados. Para muitas mulheres (como consequência da violência obstétrica) a gravidez é um período associado a sofrimento, humilhações, problemas de saúde e até a morte. A violência obstétrica pode-se manifestar através da negação de tratamento durante o parto, humilhações verbais, desconsideração das necessidades e dores da mulher, práticas invasivas, violência física, uso desnecessário de medicamentos, intervenções médicas forçadas e coagidas, detenção em instalações por falta de pagamento, desumanização ou tratamento rude. Também se pode manifestar através de discriminação baseada na raça, origem étnica ou económica, idade, status de HIV, não-conformidade de género, entre outros.

A violência obstétrica é um tipo de violência de género. Além de ser um tipo de violência que só afecta mulheres pelo simples facto de que apenas as mesmas passam pela experiência da gestação e do parto,

atitudes desrespeitosas podem estar relacionadas a estereótipos relacionados com o que uma mulher deveria ou não fazer. Profissionais de saúde podem se sentir na posição de “ensinar uma lição” a uma determinada mulher que foge de uma determinada “normalidade aceitável”.

Uma outra forma de violência obstétrica ocorre nos casos que as mulheres são atendidas cedo demais, situação em que podem ocorrer demasiadas intervenções, e tarde demais. O primeiro caso seria o da transformação de processo natural em patológico e, por conta disso, tratar a mulher com intervenções desnecessárias trazendo malefícios para a mãe e para o bebê e o segundo seria o caso da negligência ou impossibilidade de prover à mãe e ao bebê com o atendimento necessário para garantir a sua saúde.

### **SITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PROVÍNCIA DO BIÉ, REALIDADE DE MENINAS E MULHERES**

Maria Nguenda<sup>3</sup> é uma jovem de 23 anos de idade estudante universitária, natural da província do Bié e vive actualmente na cidade do Kuito. Nguenda ficou grávida e foi vítima de violência obstétrica. Nguenda, durante o trabalho de parto e após sua bolsa ter rebentado, chamou pela enfermeira e esta afirmou que só tocaria nela por cima da marquês e com roupa preparada para ela e para o bebê. Nguenda teve que rastejar para ir buscar a roupa e voltar para a sala de parto. Como se esqueceu do pano, a enfermeira mandou-lhe regressar para que o fosse buscar, mas aquela implorou que já não conseguia fazer de volta o mesmo trajecto, pois já sentia a cabeça do bebê a emergir.

*“A enfermeira disse-me: se não fores buscar o pano, farás o parto sozinha. Tive que ir buscar a roupa coxeando com a perna encravando. Depois de*

---

<sup>3</sup> Nome fictício para proteger a identidade de quem partilhou o relato.

*trazer a roupa, ela nem recebeu, pediu outra vez que levasse para a outra cama que estava ainda mais distante, feito isto, voltei para ela e disse para subir na marquesa. Eu pedi que me ajudasse porque não conseguia, tive que subir sozinha enquanto esta me obrigava a me esforçar. Eu me esforçava, mas ela dizia que não era suficiente. Enquanto falávamos senti uma chapada na boca, em seguida, disse: cala a boca e se concentra” - afirmou Nguenda, enquanto lagrimejava de remorsos ao que revivia.*

Tal situação, segundo Nguenda, continuou. A referida enfermeira começou a friccionar com seu dedo na sua vulva com bastante força por mais de 15 minutos e esticava-a para abrir. “foi horrível” , lamentou ela. Passado este tempo o bebé nasceu e a enfermeira exclamou - “oh mana isso esta muito aberto?? temos que te cozer” ...

*“Depois da sutura tive que sair sozinha da marquesa e me dirigir a outro quarto e demorei perto de 10 minutos para chegar à sala que ficava a 5 metros. Eu e o bebé fomos colocados durante noite numa sala escura mesmo tendo outras salas com luz. Dias depois, tive que fazer curativos durante 7 dias e retirar os pontos. Até hoje tenho dores e inchaços deste rompimento. Se, pelo menos, deixassem a minha mãe estar comigo algum sofrimento podia ter sido minimizado” – disse Nguenda.*

As Organizações ASSOJOM, ADAC<sup>4</sup>, AMAR<sup>5</sup>, UNACA<sup>6</sup>, Vida Saudável e DASEP/IECA<sup>7</sup> com os fundos recebidos da World Vision

---

<sup>4</sup> Associação para o Desenvolvimento e Apoio ao Campo

<sup>5</sup> Associação das Mulheres das Áreas Rurais

<sup>6</sup> União Nacional dos Camponeses Angolanos

<sup>7</sup> Departamento de Acção Social, Estudos e Projectos da Igreja Evangélica Congregacional em Em Angola

Angola, por meio do projecto APROSOC<sup>8</sup>, têm feito um trabalho de diálogo e interacção com as comunidades, implementando a metodologia do CVA<sup>9</sup>. Durante a implementação desta metodologia os 7 grupos, constituídos por 85 mulheres, decidiram monitorar os serviços de atendimento hospitalar nos centros materno-infantis. Foram inquiridas e ouvidas 723 pessoas das quais 582 são mulheres. Como resultado desta pesquisa quantitativa e qualitativa obtivemos as seguintes categorias de violações:

**Violência física e verbal durante o trabalho de parto:** com uma incidência de 81% nos resultados da pesquisa, esta é a mais comum nas unidades de saúde, sendo que a maioria das mulheres não as enxergam como violência, entendendo elas que mereceram tal tratamento por terem gritado ou por qualquer outro comportamento que tenham tido durante o parto.

**Negação do direito a acompanhante:** o acompanhamento de alguém de confiança é de grande importância, pois irá proporcionar maior tranquilidade e segurança à mulher, permitindo, desta forma, que o parto seja mais rápido e com menos intervenções desnecessárias. Nesta categoria 98,5% das mulheres inquiridas afirmam terem sido impedidas de permanecerem com as suas acompanhantes, e 99,3% das mulheres afirmam que gostariam de ter estado com alguém de confiança no momento do parto.

---

<sup>8</sup> Apoio a Protecção Social

<sup>9</sup> Cidadania, Voz e Ação (CVA) é uma metodologia da World Vision Internacional que se propõe a melhorar a qualidade de vida da população, promovendo um diálogo qualificado entre os moradores das comunidades, os prestadores de serviços, as organizações da sociedade civil e os representantes do poder público, a fim de que as políticas públicas sejam monitoradas de tal modo que satisfaçam as reais necessidades da população.

Joana<sup>10</sup> diz que não foi permitido à sua mãe estar com ela durante o trabalho de parto e por sua vez, a enfermeira não estava ali para apoiá-la. Como as dores eram intensas, esta informou a enfermeira que já esteve em trabalho de parto e disse a enfermeira que já não aguentaria ir até a marquesa.

*“A enfermeira disse: você consegue andar sim e não serás a primeira a fazer isso e você não sabe o que é isso e se não te levatares para irs para a marquesa vais nascer sozinha. Para proteger o meu bebê, levantei-me e enquanto caminhava para a marquesa este saiu, bateu com a cabeça no chão e morreu por conta da queda. Depois disso, a enfermeira ainda disse que a culpada era minha porque não transmiti bem a ela e que eu mesma é que tinha matado o meu bebê.”*

**Restrição hídrica e alimentar** – Segundo a OMS (1996) num trabalho de parto gasta-se muita energia nas contrações uterinas, uma vez que se trata de um processo que dura várias horas. Desta forma, o indicado é que a parturiente se alimente com comidas leves como frutas e cereais, além de dever permanecer hidratada, no intuito de equilibrar o líquido que provavelmente será perdido no suor. Assim, enfrentará o trabalho de parto com maior facilidade. Infelizmente, é comum nas instituições de saúde deixar as mulheres em restrição hídrica e alimentar, tendo tal medida por finalidade preparar a gestante para eventuais procedimentos e anestesia. No entanto, é desnecessário manter as gestantes com fome e sede, já que a percentagem de cesarianas não eletivas é apenas de 10%. A pesquisa mostrou que 92% das mulheres em trabalho de parto foram impedidas de ingerir qualquer alimento ou mesmo líquido.

**Ausência de esclarecimento e permissão da paciente** – Na assistência à mulher durante o trabalho de parto, no parto e no pós-

---

<sup>10</sup> Nome fictício para proteger a identidade de quem partilhou o relato.



parto, inúmeros procedimentos são executados por profissionais que não se apresentam, que não informam ou explicam a necessidade e finalidade de técnicas, que não permitem à mulher exercer autonomia sobre seu próprio corpo, fazendo, ainda, comentários agressivos durante o atendimento. De acordo à pesquisa 45% das mulheres tomaram medicamentos sem saber para que serviria e outras sofreram a remoção das trompas sem que consentissem, tendo descoberto semanas depois da remoção.

**Restrição de posição no parto** – estudos mostram que durante a assistência no parto deve-se respeitar a escolha da mulher sobre o local e a posição do parto e também instigar posições não-supinas no decorrer do trabalho de parto. No entanto, apesar dos estudos que defendem este direito de escolha da mulher, aquela ainda é a posição mais utilizada, pois infelizmente o conforto e a conveniência médica sempre estão a cima do bem-estar da mulher, considerando que esta posição possibilita ao médico uma melhor visualização da vagina, permitindo maior manipulação em prováveis intervenções.

**Uso rotineiro de ocitocina e outros fármacos por conveniência médica** – quando a gestante dá entrada no hospital ou maternidade logo é realizado o acesso para introdução do soro intravenoso, que tem como justificção a hidratação e tornar mais fácil a aplicação de certos medicamentos que possam ser necessários. Esta pesquisa constatou que cerca de 37% das mulheres as quais foi aplicada esta droga tiveram complicações no sistema reprodutivo depois do parto.

Em muitas mulheres é, ainda, usado cytotec durante o trabalho de parto como forma de acelerar o parto, ficando a placenta retida, conforme afirma uma das senhoras que nos prestou depoimento:

*“Eu já tinha completado o tempo de gestação, porém, na consulta, a médica mandou-me comprar o cytotec e inseriu na vagina. Tive dores*

*insuportáveis e quase morri, sem ninguém para me atender com dores. Fui à procura da enfermeira, que por sinal é que havia colocado o medicamento, tendo ela respondido o seguinte: você não sabe de nada e não mandas ninguém para te ver, vai e fica à espera na cama. Saí de lá à rasca e tive o meu bebé sozinha. Depois de o bebé ter nascido, elas vieram colocar-me na marquesa porque a placenta ficou retida e passei a noite toda por cima da marquesa sem me mexer durante 8 horas. No dia seguinte, tive que suportar as injeções e tentativas de todas as enfermeiras em querer tira-lá, mas chegou nesta altura uma médica que me submeteu a outra tortura, a de procurar a placenta com a mão no meu útero por mais de uma hora. Dai fiquei com hemorragia durante dias e muitas dores, pensei em nunca mais ter filhos. Um dos piores traumas da minha vida” - afirmou ela com lágrimas no rosto.*

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pelo exposto, conclui-se que a violência obstétrica é comum em Angola e tem impactado de forma negativa a vida de muitas mulheres.

É urgente trazer este debate e fazer uma advocacia para criação de uma legislação específica e regulamentar os procedimentos humanizados de atendimento obstétrico em Angola.

Sugerimos a criação de programas específicos de capacitação técnica e ético-moral dos profissionais de saúde, bem como a instalação dos gabinetes de ética e humanização, ou gabinetes do utente nas US, que possam permitir maior interacção entre os utentes e os profissionais de saúde, facilitando o processo de denúncia e responsabilização dos técnicos em caso de violência. Sugerimos, ainda, o aumento da literacia comunitária sobre saúde e direitos da mulher.

Por fim, para que o parto ocorra da forma mais natural possível, satisfatória e tranquila, é primordial que seja feito de forma humanizada, resguardando o bem-estar físico e emocional da mulher, favorecendo, então, a redução de riscos e complicações resultantes de intervenções desnecessárias como: ocitocina, episiotomia, manobras de expulsão ou qualquer outra. Que sejam partos pautados pelo respeito das mulheres, proporcionando-lhes maior autonomia.

## **BIBLIOGRAFIA**

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1)

Diário da República de Angola, 1992, Lei de bases do Sistema Nacional de Saúde.

Diário da República de Angola, 2010, Plano Nacional de Saúde.

Gabinete Provincial de Saúde do Bié, 2019, Plano Operacional dos Programas para o Ano 2020.

ZASCIURINSKI, Miranda Juliana. Violência obstétrica: uma contribuição para o debate a cerca do empoderamento feminino. 2015. Disponível em: [https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/violencia-obstetrica\\_juliana-miranda.pdf](https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/violencia-obstetrica_juliana-miranda.pdf)

<https://www.politize.com.br/violencia-obstetrica/>

Instituto Nacional de Estatística, 2017, Inquérito de Indicadores Múltiplos de Saúde 2015-2016

<http://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>

POR FLORTIA TELO

# histórias de nascer

# 7.

**NOTAS GERAIS**

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação (Declaração da OMS para a prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde - 2014).

Histórias de Nascer é uma pesquisa de natureza qualitativa com carácter exploratório, cujo tema central são os direitos reprodutivos das mulheres em Angola. Este dossiê teve como objectivo levantar informações (dados primários), sobre casos de mulheres vítimas de violência obstétrica nos serviços públicos de saúde em Angola. Pretende-se assim, propor acções concretas para a transformação social nesta matéria, qual seja, a realização plena dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em Angola.

Os critérios de inclusão das participantes foram flexíveis, sem quaisquer limitações em termos de classe socioeconómica, localização geográfica, escolaridade, estado civil, etnia, orientação sexual, cor da pele, filiação partidária, credo, etc. O único cuidado foi a não inclusão de menores de 18 anos, na medida em que, este tipo de participação exige sempre autorização dos pais ou encarregados de educação.

Assim, as interessadas foram convocadas a compartilharem, de livre e espontânea vontade, as suas experiências de parto nos serviços de saúde em Angola - através de anúncios nas redes sociais do Ondjango Feminista. Neste contexto, cada mulher que enviou o seu relato,

---

<sup>11</sup> Florita Telo: Doutora em Estudos de Género, Mulheres e Feminismo. Pesquisadora do Centro de Cidadania e Direitos Humanos da Universidade Católica de Angola. Mestre em Ciências Jurídicas; Licenciada em Direito.

automaticamente deu o seu consentimento para a sua divulgação. Igualmente, foram seguidas as regras éticas de confidencialidade quer na recolha dos dados como na sua análise e divulgação.

Neste trabalho foram intencionalmente ocultados todos os dados que permitam a identificação das autoras, razão pela qual são indicadas por códigos na seguinte sequência: ano (21) e a numeração crescente (1-29), conforme a ordem de transcrição dos relatos. O acesso aos relatos foi restrito a uma equipa pequena e reservada, assim como foram salvaguardadas todas as regras de protecção e armazenamento dos dados.

Os relatos seguiram o formato de “história de vida”, o que possibilitou obter informações subjectivas ligadas à essência da vida de cada mulher que vivenciou a experiência de atendimento de parto num serviço de saúde em Angola. A história de vida é o caminho mais indicado para conhecer trajectórias pessoais, na medida em que confere maior liberdade à pessoa para falar sobre a sua experiência pessoal em relação ao que está a ser indagado pela pesquisa.

Para efeitos desta pesquisa, foi utilizado como ponto de partida conceitual a Declaração da OMS para a prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde - 2014.

Esta definição inclui relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde, envolvendo aspectos como violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações

evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento (OMS, 2014).

A recolha dos relatos ocorreu entre os dias 24 de Maio a 31 de Agosto de 2021. No total foram recebidos vinte e nove (29) relatos. Uma parte dos relatos foram áudios enviados via WhatsApp, a outra foram escritos, recebidos por diversas vias (Facebook, Messenger, Instagram, WhatsApp). O tratamento destes dados iniciou com a organização dos textos enviados em função das datas, seguida pela transcrição *ipsis literis* dos áudios recebidos. Todos os relatos foram colocados em um único documento, cada um foi identificado com um código. A análise e interpretação dos dados foi feita através da análise de conteúdo.

- Pré-análise dos dados: realizada para verificação dos critérios de inclusão;
- Etapa exploratória: leitura flutuante de cada relato e de todos juntos com destaque das partes relevantes;
- Identificação das categorias temáticas;
- Etapa de tratamento e análise dos resultados
- Evidenciação de trechos das entrevistas que podem ser classificadas dentro das categorias temáticas, compreensão do todo dos dados obtidos, e construção dos textos incluindo conclusões e recomendações.

Assim, o texto inicia com uma apresentação resumida do perfil das interlocutoras e em seguida são apresentados os Principais Resultados, organizados em quatro capítulos, nomeadamente: (1) Perfil das interlocutoras; (2) Principais Resultados; (3) Conclusões; (4) Recomendações.

O segundo capítulo contém os seguintes subcapítulos: Recursos Humanos; Cuidados; Integridade Física; Infraestruturas e Materiais de Apoio. Estes tópicos foram organizados a partir da condensação dos dados presentes em todos os relatos.

## 1. PERFIL DAS INTERLOCUTORAS

Todas as mulheres que enviaram os seus relatos (29) afirmaram ser adultas, embora, em algumas circunstâncias, a situação de violência obstétrica tenha sido vivenciada com menos de 18 anos: [...] *estou actualmente com 24 anos de idade, fui mãe [...] na adolescência aos 17 anos de idade (Cód: 2127)*. Em termos de escolaridade o perfil é diversificado, com mulheres licenciadas ou com o ensino médio.

A maioria sofreu violência obstétrica numa instituição de serviço público, ou seja, maternidade (ver gráfico 01). Do total de 29 relatos, apenas uma trouxe o testemunho de uma clínica privada em Luanda.



O estudo foi aberto a todas as províncias do país, inclusive foi aberta a possibilidade também para mulheres fora de Angola que tivessem vivido situação semelhante enquanto estiveram no país. Chegaram depoimentos de Luanda, Bié, do Uíge, Benguela, Huíla. A maioria foi de Luanda.



A maioria das mulheres que enviou os seus relatos afirmou ter sofrido violência obstétrica no primeiro parto, sendo que algumas vivenciaram esta experiência em outros partos (ver gráfico 02): *no meu terceiro parto era para ser o dia mais feliz mais se tornou um terror (Cod: 2111)*.

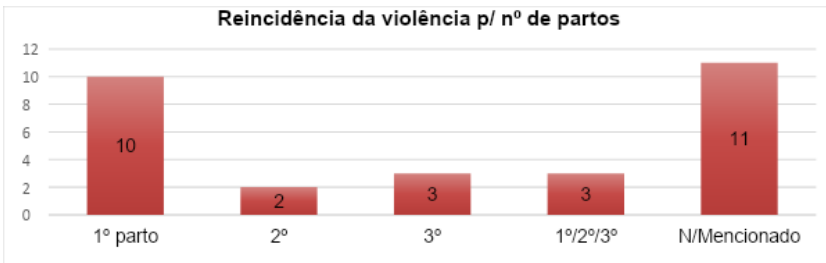


Gráfico 02: Reincidência da violência

Todas as interlocutoras são muito directas e precisas nos detalhes ao descrever as situações que consideraram abusivas por parte da equipa de profissionais de saúde, nomeando como violência obstétrica. Igualmente, são explícitas ao compartilhar os sentimentos vivenciados no contacto com a instituição de saúde, geralmente, maternidade. A maioria destes sentimentos e sensações permanecem até hoje. Alguns dos acontecimentos relatados remontam da década de oitenta. Foram selecionadas as palavras mais mencionadas (gráfico 03).

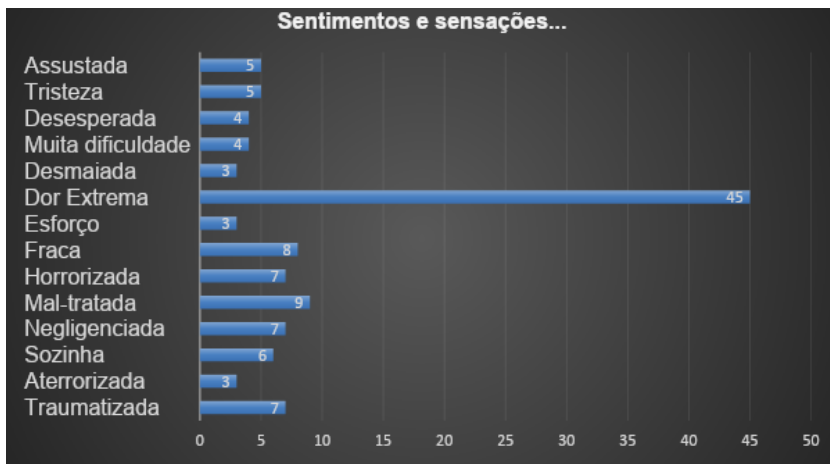


Gráfico 03: sentimentos e sensações vivenciadas na instituição de saúde

A título complementar, procurou-se ainda contabilizar o número de vezes em que, de um modo geral, foi mencionado o género da(o) profissional de saúde. Resumidamente, médicas(os), enfermeiras(os), técnicas(os), parteiras(os), quer seja enquanto sujeitos activos ou passivos nos actos de violência obstétrica, como enquanto cuidadores e bons profissionais. Embora esta última situação seja extremamente rara, foi mencionado em pouquíssimos casos.

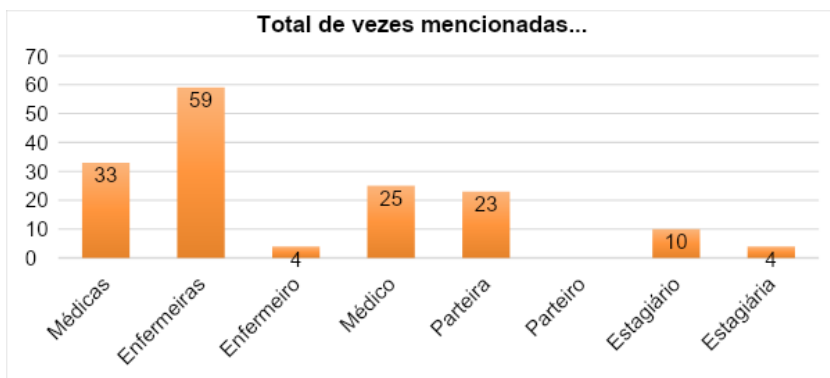


Gráfico 04: Total em que foi mencionado o género dos profissionais

## 2. PRINCIPAIS RESULTADOS

O processo de análise dos dados permitiu cruzar informações que se repetiam em todos os relatos, dando lugar a uma organização por blocos unitários em função das temáticas que se repetiam em todos os relatos, além de se relacionar com os objectivos da pesquisa. Esta opção possibilitou trazer à luz as situações já conhecidas de violência obstétrica assim como permitiu identificar outras experiências de diferentes perspectivas, ainda pouco exploradas ou conhecidas.

Os relatos trouxeram dados resultantes da experiência de cada uma, mas também do que elas viram acontecer a outras mulheres enquanto estiveram na instituição de saúde. Assim como, apreciações pessoais relativamente ao tipo de tratamento que deveria receber, incluindo o recurso ou não a medicamentos, a posição em que desejavam dar à luz, o modo como a equipa médica deveria agir, etc. Dado o grande número de dados, optou-se por destacar nesta fase do estudo as experiências vivenciadas na primeira pessoa.

Os títulos e subtítulos foram organizados conforme a reincidência nos relatos e a profundidade dos detalhes apresentados sobre a temática em análise. Assim, esta secção está organizada da seguinte forma:

**I. Recursos humanos:** onde se trata da falta de apoio profissional; falta de informação ou desinformação; e o uso de frases e posturas ofensivas por parte da equipa médica (agressão psicológica).

**II. Cuidados:** são apresentados relatos sobre parir sozinha; casos de medicalização (des)necessária e negligência; autonomia reprodutiva coartada; outros medos.

**III. Integridade física:** são mencionados casos de violência que constituíram um atentado directo à integridade física, com alguns casos de risco de vida.

**IV. Infraestruturas e materiais de apoio:** aborda as dificuldades materiais das instituições onde as mulheres foram atendidas.

### 2.1. Recursos Humanos

O primeiro ponto a ser tratado na análise de resultados são os recursos humanos, não por coincidência, mas por ter sido o aspecto mais destacado em absolutamente todos os relatos, na maioria indo para o mesmo sentido. Neste contexto, recursos humanos envolve falta de apoio profissional; falta de informação ou desinformação; frases e posturas ofensivas/violência psicológica das(os) profissionais de saúde. Outros profissionais destas instituições serão mencionadas de forma pontual, como se reflecte dos relatos.

A primeira grande nota de destaque é que na maioria das experiências de violência obstétrica relatadas são mencionadas médicas, enfermeiras e estagiárias. Um dos relatos traz a experiência de maus-tratos por parte de uma empregada de limpeza: *"empregada de limpeza, clamei pelo seu auxílio. Mãezinha chama um médico por favor? Respondeu-me: vocês são muito chatas, cala a boca"* (2128).

Os médicos e estagiários também são mencionados como autores de violência, embora numericamente menos que as mulheres (talvez tenha alguma relação com o facto de a maioria dos profissionais nestes espaços serem mulheres). Em um dos relatos, uma das interlocutoras partilha ter sido ajudada por um empregado de limpeza, após ter-lhe sido negada ajuda pela equipa de profissionais de saúde naquele momento:

*"O homem que limpava o chão passou no corredor e chamei-o. Amigo, preciso de água para me limpar, para receber a bebé. Podes ajudar? Lá se foi ao rés do chão e trouxe-me um balde de água que saía da torneira do quintal da clínica"* (Cod: 2103).

Portanto, facilmente percebe-se que a análise dos recursos humanos das instituições de saúde materno-infantis envolvem não somente o pessoal médico, mas toda a equipa de apoio que contribui para o normal funcionamento da instituição, incluindo, obviamente, os profissionais da limpeza, catalogadoras, seguranças, etc.

### 2.1.1. Falta de apoio profissional

*“Eu toda assustada por ser a primeira vez, ninguém me dizia nada, nenhum apoio psicológico sequer” (2129).*

A falta de apoio profissional foi o tópico mais mencionado pela maioria das mulheres. Em termos específicos, significa “abandono” na sala de parto por longas horas, abandono na maca, sem a presença de qualquer profissional de saúde; falta de ajuda para levantar-se, limpar-se; subir na maca; carregar pertences; falta de consideração pelas informações dadas pelas parturientes.

*“(...) a enfermeira chegou [...] mandou-me subir na maca. Eu olhei para a maca, era comprida e precisaria de ajuda para subir, pedi-lhe que me ajudasse porque estava mal com dores, mas ela não ajudou e simplesmente ordenou que subisse por mim mesma. Aí, depois de algum esforço consegui subir” (Cod: 2101).*

*“(...) a equipa que fez o meu parto (...) fez-me levantar sem o apoio de ninguém do chão para a marquesa quando já se via a coroa do meu filho (...) pedi ajuda e elas disseram-me: “levanta-te VAIS MATAR O TEU FILHO” (Cod: 2128).*

Falta de ajuda na hora de cuidar da higiene do recém-nascido e da mãe. Pouca orientação sobre os procedimentos pré-parto, ao chegar na maternidade. Esse último aspecto é importante, se considerarmos, como se constatou, que a maioria das interlocutoras era mãe pela primeira vez, quando vivenciou as situações de violência obstétrica.

*“Estava a sangrar e ninguém se prontificou a me prestar ajuda, tive de fazer a limpeza do meu bebê enquanto sangrava e andava com as pernas abertas por causa do sangue. Tinha muita dor, tinha a bexiga cheia, e ninguém ajudava” (2112).*

*“Tive hemorragia pós-parto, não me cuidaram, sujei toda roupa e lençóis, deixaram-me sair assim” (2126).*

Por outro lado, inclui também o atendimento por pessoal ainda não devidamente qualificado – estagiárias(os). São futuros profissionais em fase de experiência, e que geralmente só devem trabalhar sob supervisão de outros profissionais mais experientes. Outrossim, como em qualquer profissão, existem intervenções que jamais podem ser feitas apenas por estagiárias(os).

*“(...) médico estagiário de especialidade abriu-me a barriga tirou o bebê” (2111:).*

*“O estagiário não falou nada, a única coisa que ele fez foi a limpeza, e a doutora praticamente me abandonou com o estagiário pra me fazer essas coisas todas, não falou nada” (2119).*

*“Depois daquelas horas todas de espera, fiquei só, não tinha dilatação nenhuma. Depois às 21h comecei a perder muitos líquidos, e depois por fim começou a sair muito sangue. Eu sempre a chamar pela doutora, e na altura já nem estavam na sala as parteiras, mas estavam os estagiários” (2120).*

O trabalho do profissional de saúde, sobretudo em matéria de cuidados materno-infantis, exige antes de mais qualificação certificada e comprovada na área, boa comunicação, empatia, sensibilidade, paciência e compreensão, por tratar-se de espaços onde as parturientes ocorrem em situação de sofrimento ou dor, decorrente do trabalho de parto.

### 2.1.2. Falta de informação ou desinformação

*“Eu até hoje não sei o que aconteceu com o meu bebê” (2112).*

No contexto dos relatos, a falta de informação implicou ter o silêncio como resposta ou ainda, uma não resposta, na ausência de resposta, ou ainda a desinformação, que inclui passar informações erradas, confusas ou às vezes demasiado técnica. Resumidamente, a falta de informação profissional sobre o que fazer, como e onde fazer, incluiu igualmente a não informação sobre os procedimentos médicos, nomeadamente o que será feito, a forma como será feito, a pertinência e os seus efeitos presentes e futuros.

*“Entrei na sala e a médica pediu-me para subir na marquesa (...) sem me dizer nada, (...) diz para uma enfermeira preparar a espátula, então eu pergunto o que elas iam fazer comigo. (...) não sabia o que estava a acontecer porque ninguém me tinha dito nada claramente até ao momento. Então, ela me diz que o bebê estava morto e elas iam tirar” (2125).*

Houve alguns casos de informações ocultadas e distorcidas dadas por parte dos profissionais de saúde, sobretudo em relação ao recém-nascido. Em muitos casos, essa situação deu lugar a outras interpretações por parte das parturientes, o que gerou dor, desespero, angústia e medo.

*“(...) não me disseram que o bebê nasceu doente” (2119).*

*“(...) ninguém me havia dito que o meu bebê estava morto” (2125).*

*“(...) não sabia que tinha que estar sem cueca” (2108).*

*“(...) eu só ouvia a frase “não grita assim bebê não vai ter oxigênio” (2107).*

*“(...) ao entrar na sala de parto, já na marquesa o meu bebê não chorou e foi reanimado, a enfermeira gritava "teu filho morreu porque fechaste os pés": eu gritava desesperada até que uma estagiária veio e disse “teu bebê está bem, não chora” (2129).*

*“(...) até ao dia que recebi alta, disseram-me novamente que o bebê estava em casa, tinham dado alta (...) e já estava em casa. Fui pra casa, na esperança que havia de encontrar o meu bebê, e não encontrei. Na verdade, (...) não resistiu aquela noite, aquela madrugada, o bebê não resistiu” (2120).*

### **2.1.3. Frases e posturas ofensivas/violência psicológica**

*“Eu senti-me abusada, senti-me mal, senti-me muito mal, pelo comentário que ela fez (a enfermeira). A forma como ela falou e me mandou calar caiu-me mal, não houve empatia da parte dela, não houve cuidado” (2116).*

As frases e posturas ofensivas referem-se aos aspectos mencionados pelas próprias interlocutoras como tendo sido ofensivas. Nestes termos, inclui a linguagem gestual, corporal e sobretudo verbal com forte ênfase no tom e na forma como se fala. Em alguns casos, elas entenderam estas situações como sendo de violência psicológica.

Num contexto de dor física extrema como é o momento do parto, a comunicação errada de um profissional que tem a obrigação de auxiliar neste processo pode causar muitos danos, sobretudo psicológicos: *“aquela pressão toda, os comentários, me fizeram sentir mal” (2118).*

Estes insultos foram organizados em três partes, em função do número de vezes que foram mencionados pelas mulheres deste dossier. O **primeiro grupo** refere-se aos **gritos e nomes ofensivos** proferidos por alguém da equipa médica contra a parturiente. E as



reações são diversas, desde simplesmente ignorar (foi raro), responder, ou sentir-se agredida. Em muitos casos as mulheres disseram terem se sentido tão ofendidas que ficaram traumatizadas. É importante sempre lembrar que estas mulheres estavam em trabalho de parto no momento em que ocorreram estas ofensas.

*“(...) os outros (técnicos de serviço) se puseram todos a gritar comigo e me chamaram nomes ofensivos” (2104).*

*“(...) a equipa que fez o meu parto(...) me chamou de chorona” (2128).*

*“Me deram tantos berros, (...) e me compararam com uma menina de 13 anos” (2108).*

*“Ele gritou comigo (o médico), usou palavras obscenas, ofensas, e pediu-me que eu descesse e espremesse o bebé no chão, eu desci da cama, mas recusei-me a sentar no chão” (2115).*

Em muitos casos também foram mencionadas posturas ríspidas dos profissionais, como a **proibição de gritar**, mesmo estando com dores decorrentes das contrações do parto ou mesmo nos casos de sutura a “sangue-frio” após episiotomia.

*“(...) veio um enfermeiro que me gritou muito e disse que eu tinha que aguentar, disse que me dava chapada se eu continuasse a gritar” (2121).*

*“A médica me gritava e mandava ficar quieta, dizia que ia deixar restos se não ficasse quieta” (2125).*

*“(...) primeiro parto natural (...) quando o bebé saiu rasgou um pouco a vagina até ao ânus. Então eles coseram a ferida a sangue-frio e ainda por cima me proibiram de gritar. Eu sentia muita dor, mas enfermeira só dizia que se eu gritasse ela me ia largar, parar de coser, e eu ia morrer ali mesmo” (2117).*

E em alguns casos fez-se referência à violação da vida privada das mulheres, como por exemplo: “*fique bem para que possamos coser, senão teu marido vai te fugir*” (2129); ou ainda, na altura do desespero e de tanta dor, às vezes sem qualquer apoio profissional, gritar por ajuda e em troca receber a seguinte resposta: “*calem as vossas bocas, na hora de fazer sexo não choram*” (2113).

O **último grupo** de frases e posturas ofensivas, na linha da continuidade de ataques directos, envolve tanto comentários que podem atentar contra a autoestima das parturientes: “*olhou para mim e disse que a minha vagina estava muito grande e ela teria de coser*” (2101); como também o uso de frases que podem amedrontar, especialmente quando se realiza determinado procedimento médico.

*“(...) [no] momento em que me suturavam, a enfermeira falava com outro enfermeiro sobre outras pacientes que haviam morrido nesse processo de serem suturadas. Eu fiquei em pânico”* (2114).

Conforme já foi mencionado, estes actos foram atribuídos principalmente a equipa de profissionais de saúde, maioritariamente mulheres, enfermeiras, parteiras, médicas e excepcionalmente a médicos, enfermeiros e estagiários. Em uma ocasião foi mencionado maus-tratos por uma funcionária dos serviços gerais.

## 2.2. Cuidados

A análise em termos de cuidados incide sobre a sua falta, insuficiência ou omissão, com destaque para os casos em que as parturientes não tiveram nenhum apoio para fazer o seu parto, tendo realizado sozinhas, como aparece no relato de algumas das interlocutoras. De forma propositada este tópico não foi inserido no item 1.2 (falta de apoio profissional), para dar-se a devida ênfase. Portanto, aqui são tratados os aspectos associados ao “parir sozinha”, revelando situações que evidenciam “negligência médica”, com foco na

intervenção tardia e defeituosa, bem como na omissão, na falta ou insuficiente medicalização; e, finalmente, nos efeitos desse cenário de carência e insuficiência de cuidados no âmbito da autonomia reprodutiva destas mulheres.

### 2.2.1. Parir sozinha

O acto de parir sozinha foi mencionado por algumas mulheres, geralmente após horas de espera, desespero, cansaço e agonia causadas pelas fortes dores. É recorrente nos relatos a expressão “**MUITA DOR**”, é referida com muita ênfase. São mulheres que na sua maioria estavam a dar à luz pela primeira vez, e já a partir do atendimento inicial esbarravam com a falta de profissionais ou com o seu descaso. Outras passaram por esta situação no segundo parto. Nestes casos, de parir sozinha, algumas delas nem chegaram até a sala de parto, sendo que a equipa médica apareceu sempre depois da criança nascer.

*“Mas tive o meu bebé sozinha, por cima da maca, eu pedindo socorro porque meu bebé iria cair no balde de lixo, mas Deus deu me forças para segurá-lo” (2106).*

*“Tive o meu segundo filho (...) sozinha na sala de espera” (2107).*

*“(...) quando senti a segunda contração que o bebé já estava a sair e uma enfermeira me disse senta na cama o bebé vai cair, eu estava em pé, me lancei na cama e dei à luz sozinha, ninguém queria cortar o cordão (...) Depois elas se renderam e me ajudaram a cortar o cordão” (2110).*

*“(...) [segundo parto] fiz o parto sozinha, sem o acompanhamento de nenhum médico. Quando a doutora chegou eu já havia tido o bebé” (2117).*

## 2.2.2. Negligência, medicalização (des)necessária

A semelhança das colocações anteriores, a negligência ou medicalização (des)necessária é uma interpretação das acções e omissões dos profissionais feitas pelas próprias mulheres, em função do modo como se sentiram em termos de atenção e cuidado por parte da equipa médica, ao realizarem determinados procedimentos médicos. Outrossim, essa mesma leitura também pode ser apreendida a partir da simples leitura das narrativas apresentadas.

Primeiramente, todas as mulheres que apresentaram a sua “história de nascer” disseram que alguns procedimentos nas instituições de saúde foram excessivos ou até mesmo desnecessários, como o recurso à medicação para acelerar o parto, a episiotomia como primeira opção, a sutura sem anestesia.

*“(...) tive uma laceração tão profunda que foram precisos 32 pontos, a sangue frio contados 1 a 1” (2107).*

*“(...) eu fiquei das 22h até às 2h da manhã a ser pressionada pela equipa médica para nascer (...). Quando entrei o doutor examinou-me, (...) a minha bolsa teve de ser estoirada por eles porque não tinha rebentado por si ainda. Como eles estavam visivelmente com pressa, foram acelerando tudo” (2114).*

*“(...) além do comprimido que me tinham posto eu tinha apanhado 4 injeções na veia, e tanto essas injeções como o comprimido aceleram a dilatação e provocam dores terríveis. (...) eu fiquei quase o dia todo com essa dor intensa” (2115).*

*Por outro lado, certos actos médicos foram apontados como negligentes, em alguns momentos atentatórios contra a vida das próprias mulheres. Estes actos vão desde a falta de preparação dos equipamentos para intervenções cirúrgicas como cesarianas até a má realização de uma sutura.*

*“(...) médico estagiário de especialidade abriu-me a barriga tirou o bebé (...), chegando a hora de fechar perguntou nos assistentes, linha de sutura 2 e eles "não tem Dr." O doutor parou de coser e foi procurar linha de sutura 2 logo encontrou e fechou” (2111).*

*“(profissional) ... me deixou bué de lixo na barriga e depois de 15 dias fiquei mal que nem conseguia andar. (...) um dia depois (de voltar para casa) comecei a sentir muita dor, (..) as dores só aumentavam (...), fomos ao hospital, o médico que me atendeu (...) tirou os pontos novamente a sangue-frio, quando me observava, deu conta que ainda tinha muito lixo, aí começou a limpar de novo, lembro que era muita dor, a sangue-frio mesmo, o lixo cheirava mal e era um pouco verde. Depois voltou a suturar corrigindo o erro anterior, juntando bem os tecidos” (2124).*

Outra nota transversal aos relatos prende-se com a omissão em prestar atenção e dar os respectivos cuidados aos recém-nascidos. Para algumas mulheres houve morosidade neste atendimento, o que levou a morte de bebés em alguns dos casos relatados.

*“(...) deixaram o bebé doente no berçário e no dia seguinte me deram o bebé... as doutoras não deram conta que o bebé estava mal, mas deram conta mais tarde, no dia seguinte” (2119).*

A este propósito, vale a pena partilhar um dos relatos, em que “depois de nos terem dado alta, eu havia notado que a respiração dele não estava boa, então voltei para dentro do hospital para explicar isso à parteira”, mas não recebeu a devida atenção, pois a mesma mandou-lhe ter com o Doutor que por sua vez a mandou de volta à parteira: “no final, eu parecia uma bola que era jogada dum lado para outro entre eles, ninguém me atendia e acabei voltando para casa em desespero.”

No entanto, levou muito tempo para ela dar conta que deveria voltar ao hospital e dessa vez foi à área de pediatria: “só que quando chegamos à pediatria já era tarde, eles já não conseguiram fazer muito porque o bebê faleceu mesmo nas minhas mãos depois de lá termos chegado. Eu ando com trauma disso desde então”, de hospitais públicos (2112).

O último caso de peso em matéria de negligência traduz-se na omissão de um procedimento importante e necessário, cuja não realização tem implicações até hoje na vida, na saúde física e psicológica desta mulher. Não foi realizada a sutura após o nascimento do bebê com recurso a episiotomia.

*“(...) outra (enfermeira) olhou para a minha vagina e disse que não era necessário me coser (...) quando o meu bebê completou três meses de vida tive o primeiro contato sexual pós-parto, (...) quando o meu namorado penetrou (...) o pénis estava a boiar na minha vagina” (2127).*

Algum tempo após este evento ela decidiu procurar uma ginecologista numa clínica privada, foi então que recebeu a informação de que “*não há nada a fazer porque isso é consequência do parto, as enfermeiras deviam ter me suturado no momento que tive o bebê*” (2127).

Portanto, essa seria uma consequência com a qual ela teria que viver, o que poderia ser resolvido se: “*um dia eu tiver que ter outro bebê aí (...) podem me suturar e as minhas coisas voltarão ao normal*”. Ou então o recurso a “*uma cirurgia estética, e eu infelizmente não tenho meios para isso, até então vivo assim, por conta dessa situação sofri com depressão*” (2127).

### **2.2.3. Efeitos do (des)Cuidado**

Autonomia reprodutiva refere-se ao direito que todas as pessoas têm de escolher ter ou não filhas(os), definir o número e o espaçamento entre um parto e outro. Trata-se de uma dimensão dos direitos

reprodutivos amplamente reconhecida principalmente às mulheres, dado facto de que, em regra envolve uma gravidez no corpo de uma mulher.

Do conjunto dos relatos recebidos é quase unânime o entendimento de que a forma como estas mulheres foram atendidas nas instituições de saúde influenciou significativamente nas suas escolhas reprodutivas.

*“Hoje eu digo ao meu marido, não vou parir mais, tenho trauma, maternidade em Angola não é valorizada” (2110).*

*“Sempre sonhei ter mais filhos, mas hoje anulei esse sonho” (2128).*

*“(...) estou com trauma até hoje, eu não me imagino ter que ir dar à luz novamente e passar por aquilo” (2129).*

*“(...) respeitei o terceiro parto e estou traumatizada, não quero saber mais de filhos” (2122).*

Estes efeitos também se estendem a outras áreas, para além da autonomia reprodutiva, em geral é o medo e o trauma - com o tipo de serviço e atendimento – que mais se repete nos relatos destas mulheres, especialmente das que estão novamente grávidas ou pretendem ter mais filhas(os), o desespero de ter que passar por tudo aquilo novamente.

*“Estou grávida e nem sei onde vou desta vez” (2108).*

*“O meu trauma com o hospital público é tão grande que as minhas duas bebés que vieram depois, os seus partos não foram feitos no hospital. Preferi arranjar uma parteira tradicional que veio me fazer os partos em casa, no meu quarto” (2112).*

### 2.3. Integridade Física

Este tópico reúne os principais relatos sobre situações de agressão física, configurando violações à integridade física destas mulheres. É um aspecto mencionado de forma recorrente por algumas mulheres. Trata-se de bofetadas, procedimentos que causaram ferimentos, como estar em posição incómoda por longas horas, toques constantes e o caso mais bizarro de subir por cima da parturiente para forçar a saída do bebé. São intervenções que na perspectiva destas mulheres constituíram agressão física, além de terem sido invasivas.

Bofetadas:

*“(...) ela me pediu para fazer força para que o bebé saísse... repentinamente sinto uma bofetada na minha boca, a enfermeira bateu-me” (2101).*

*“(...) o médico em serviço deu-me uma chapada na perna porque eu não abria as pernas pra ele observar” (2104).*

*“Na hora do bebé sair, ficaram a me dar chapadas nas pernas, a me apertar a bexiga com socos” (2123).*

Procedimentos:

*“Eu passei muitos dias com muitas dores, era horrível. (...) Fui a vários hospitais por causa disso, os médicos estavam sempre a inserir os dedos na minha vagina e era humilhante, horrível!” (2125).*

*“(...) eu me sentia num talho porque era muita gente a fazer toque” (2107).*

*“(...) forçaram a sua saída rasgando-me com uma tesoura que nem vi e sentando-se em cima da minha saliente barriga” (2103).*

O acto de algum profissional de saúde sentar-se por cima da barriga da parturiente para nascer o bebé também foi recorrente no relato de algumas mulheres, os testemunhos variam nos detalhes mas



resumem a mesma realidade: *“não tinha forças pra expulsar, as enfermeiras subiram assim em cima e fizeram uma pressão com o braço / com o cotovelo em cima da minha barriga”* (2115). Em nenhum dos casos relatados o evento terminou em morte.

#### 2.4. Integridade Física

As reclamações sobre as infraestruturas das instituições de saúde são um complemento necessário aos relatos associados aos recursos humanos nestes espaços. As principais reivindicações referem-se à falta de condições ou insuficiência de meios nas salas de parto, internação e espera, poucas condições de e para higiene, insuficiência de materiais gastáveis ou outros necessários nestes ambientes como comprimidos, seringas, etc.

Poucos leitos e condições de acomodação:

*“(...) era uma cama pequenina e puseram-me na mesma cama com uma outra senhora, daquelas camas pequenas dos hospitais: aonde eu tinha os pés, a senhora tinha a cabeça, e vice-versa. (...) mesmo nessas camas em que tamos com os bebés ao lado eram duas mães e duas crianças na mesma cama (...) não havia um berço para as crianças, cada mãe tinha o seu bebé ao lado”* (2115).

*“Eu fui posta numa cama onde não havia nem colchão ou colchonete, simplesmente em cima da madeira”* (2106).

Falta de medicamentos

*“(...) uma parente (...), enfermeira, disse à minha mãe “ela pode morrer se não administrarem antibióticos de última geração, (...) vão comprar medicamentos de ponta, o hospital não tem”* (2111).

Condições de higiene:

*“(...) condições precárias, os enfermeiros vendiam-nos tudo, havia baratas até na comida que nos serviam” (2128).*

*“Fomos obrigadas a tomar banho numa bacia onde havia sangue de outras mulheres porque o hospital não tinha condições para desentupir as pias” (2106).*

*“O hospital não estava equipado, nós tivemos que levar o material todo” (2115).*

*“Só tem água lá em baixo no rés do chão, levas esse balde aí e se lavas lá em baixo” (2103).*

Finalmente, a insuficiente e precária condição destas instituições de saúde materna foi minimizada e driblada, de acordo com os relatos, através da presença de parentes próximos (mãe, sogra, marido, irmã) para darem auxílio sempre que necessário. Algumas relataram ter pagado a funcionários para receber bom tratamento, o que nem sempre aconteceu, além das que tinham parentes ou conhecidos dentro da instituição de saúde. Embora não tenham sentido um tratamento muito diferenciado, entendem que se não fosse por estes recursos, a situação poderia ter sido pior.

### **3. CONCLUSÕES**

Esta pesquisa demonstrou que a violência obstétrica é um problema prevalente em Angola e que a mesma se manifesta de diversas maneiras. Existem várias razões para que esta violência ocorra: desde a falta de preparação do pessoal, a falta de condições de trabalho e outras falhas dentro do sistema de saúde que tornam a experiência do parto num momento de tristeza, medo e trauma para muitas mulheres. Os relatos demonstram que as formas mais comuns estão

ligadas aos recursos humanos, aos cuidados, à integridade física e a infraestruturas e materiais de apoio.

Apesar da indignação e todos os sentimentos negativos vivenciados pelas mulheres, de um modo geral, raramente reclamaram ou partilharam o facto com outras pessoas. No único caso em que uma das mulheres tentou apresentar uma queixa formal, foi dissuadida pela sua mãe, para quem o importante era estar viva e bem: “... *Depois da alta eu queria ir ter com o director do hospital mas a minha ficou naquela deixa estar importante é que correu bem*” (2129).

#### **4. RECOMENDAÇÕES**

O Protocolo da Maputo, anexo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África é o principal instrumento legal para a protecção dos direitos das mulheres e meninas em África. No seu artigo 14, o protocolo garante o direito das mulheres à saúde, incluindo saúde sexual e reprodutiva. Esses direitos incluem entre outros, o direito a serviços de saúde reprodutiva acessíveis bem como o direito de viver livre de violência e coerção. Neste sentido, recomenda-se ao Estado a criação de condições (legais e outras) para a materialização destes direitos para todas as mulheres em Angola.

No espírito da declaração do OMS sobre a Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, recomenda-se a inclusão deste tema nos processos de formações dos profissionais da área de saúde, com vista a garantir um melhor entendimento sobre os direitos da mulher gestante e parturiente. Por outro lado, recomenda-se a documentação de boas práticas realizadas nas instituições de saúde a fim de que sejam adoptadas como modelo de atendimento às mulheres por todo o país.

Às organizações de mulheres recomenda-se a realização de campanhas de conscientização sobre a importância da prevenção da violência obstétrica nos vários espaços sociais e políticos, bem como realizar acções de advocacia para a humanização dos serviços de saúde em geral e de saúde reprodutiva em particular.

Finalmente, recomenda-se a realização de mais estudos e investigação para produzir dados sobre a situação da violência obstétrica no país. Espera-se que este primeiro trabalho do Ondjango Feminista seja um passo sólido para a construção de um modelo que garanta um parto mais humanizado e digno para as mulheres Angolanas.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Organização Mundial da Saúde. Declaração sobre a Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-tratos Durante o Parto em Instituições de saúde. Disponível em:

<[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf;jsessionid=2E03579F123C85E747F49242D3E93A75?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=2E03579F123C85E747F49242D3E93A75?sequence=3)>. Acesso aos: 03 Out. 2021.









[www.ondjangofeminista.com](http://www.ondjangofeminista.com)

[ondjangofeminista@gmail.com](mailto:ondjangofeminista@gmail.com)

Facebook: [@OndjangoFeminista](https://www.facebook.com/OndjangoFeminista)

Instagram: [@ondfeminista](https://www.instagram.com/ondfeminista)

No espírito de solidariedade feminista, a presente publicação é distribuída sob licença da Creative Commons, que autoriza a distribuição gratuita do formato original para reprodução não comercial, sendo todos os créditos atribuídos aos autores e ao Ondjango Feminista.



Ondjango Feminista © 2021