

ENTREVISTA COM A DRA. ANA CRISTINA ÁLVARES GUZZO

Mestre em Saúde Coletiva (Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia-PPGSAS/UFPa), com Especialização em Saúde Pública (UEPA) e em Gestão do SUS pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, é servidora pública concursada (1998), ocupando, desde 2007, a Coordenadoria Estadual de Saúde da Criança, desenvolvendo atividades voltadas para a saúde infantil no âmbito da gestão pública. Nesse aspecto, e integrando-se ao processo da maternidade, é interessante conhecer a argumentação da Dra. Ana Cristina Guzzo nessa área.

Saúde Materna e Saúde Infantil: Um Plano Integrado

RGA – Sua opção, na área de estudos da ciência médica, sua busca pela profissão no serviço público favoreceram o reconhecimento das práticas e saberes na gestão da Coordenadoria Estadual de Saúde da Criança, integrando-se à observação das mulheres mães no período gravídico?

AG – Minha história com a área da saúde e medicina vem de uma família com pai, tios e primos médicos. A opção por seguir essa carreira estava decidida desde muito garota, como se fosse o curso natural da vida.

Entreí na Faculdade de Medicina/UFPa em 1982 e concluí em 1987.

Embora simpatizasse mais com a ginecologia e obstetrícia, logo após a formação passei a atuar na assistência hospitalar e ambulatorial voltada à pediatria. E, entre casamento, filhos e profissão, atuei na assistência e gestão municipal, mas somente após 10 anos foi que efetivamente conheci a gestão pública da saúde e senti necessidade de ampliar meus conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde – SUS e suas normas e instrumentos que possibilitam sua efetivação. Para tanto, busquei realizar uma Especialização em Saúde Pública. Nesse período, já atuava como técnica da Coordenação Estadual onde estavam centralizadas a gestão da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. O Estado havia aderido ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna (2004) e participei da construção do Plano Estadual elaborado para atender as diretrizes desse Pacto. Assim, vivenciei um momento de grandes discussões e evoluções na atenção à saúde das mulheres e das crianças, com a publicação de diversos documentos como a lei do acompanhante, lei da vinculação da gestante à maternidade, entre outros. Em 2011, fui indicada para a coordenação do Grupo Condutor da Rede Cegonha, numa perspectiva de organização da rede de atenção à saúde das mulheres e das crianças, com foco na atenção obstétrica e neonatal e mudança do modelo de assistência ao parto e nascimento.

Construímos 12 Planos Regionais com a participação de trabalhadoras e trabalhadores da saúde dos Centros Regionais, municípios e serviços, desenhando as propostas de Redes Regionalizadas, considerando a situação de saúde do território, a capacidade instalada e a necessidade de ampliação que contemplasse a população assistida.

Considero que esse, além de ter sido um momento de grande crescimento profissional, foi de fundamental importância para todos os envolvidos (ministério, estado e municípios) que vivenciamos a potência que é a construção coletiva no SUS.

RGA – Sendo sua formação de graduação na área da Medicina, quando e como você inicia a desenvolver os estudos sobre Saúde Pública, identificando a situação da saúde da criança, considerando que você optou pela pós-graduação sobre o tema da violência obstétrica? Houve algum fato que a conduziu para esses estudos?

AG – Esse interesse surgiu em 2011, ao integrar-me na Rede Cegonha. Passamos, naquele momento, da perspectiva anterior de buscar estratégias para mitigar as mortes evitáveis de mulheres e crianças, para uma dimensão mais ampla, ou seja, perceber que não bastava evitar o óbito, mas era necessário mudar o modelo de assistência ao parto e nascimento! Era preciso mudar a forma de nascer, era preciso garantir a utilização das Boas Práticas de parto e nascimento definidas desde o ano 2000 pela Organização Mundial de Saúde - OMS, ou seja, era preciso garantir um cuidado humanizado e de qualidade a todas as mulheres, enfrentando um cenário onde o parto havia se tornado um “procedimento” extremamente instrumentalizado e medicalizado, que retirava da mulher o protagonismo e acabava por lhe impor sofrimento desnecessário, incluindo o maior risco de morte em algumas situações. E ela, que era a principal personagem desse momento, passava por diversas violências disfarçadas de práticas da assistência!

Uma pesquisa Nacional realizada em 2011/2012 entrevistou mais de 25.000 usuárias do SUS em todo o país e expôs a triste realidade desse momento da vida de um grande número de mulheres brasileiras. Nesse contexto, desenvolvi minha dissertação de mestrado sobre a Violência Obstétrica Perinatal.

RGA – O mapa estadual de partos vaginais tem sido superior aos partos cesáreos? No Pará, há um marco sobre a opção das mulheres pelo parto vaginal ou essa avaliação só é possível com o atendimento regular da gravidez?

AG – É importante ressaltar algumas situações para o entendimento de que a realização da cesariana é um procedimento médico, que foi desenvolvido para salvar vidas de mulheres e crianças quando NECESSÁRIA! Ou seja, estamos dizendo que há indicações precisas para sua realização e elas precisam ser consideradas pelo profissional!

O Pará, assim como ocorreu no Brasil, na tentativa de reduzir as mortes maternas e neonatais, desviou a assistência ao parto para o interior dos hospitais. No entanto, as mortes “evitáveis” continuaram (continuam) a ocorrer (o que ficou conhecido como o Paradoxo Perinatal Brasileiro) e as taxas de cesarianas acabaram superando o número de partos vaginais.

A interferência dos profissionais na opção da mulher pela cesariana é um fato confirmado em trabalhos científicos, como o desenvolvido pela Dra. Maria do Carmo Leal, que demonstram a mudança do desejo das mulheres, anteriormente decididas por parto normal, para a cesariana, no decorrer do pré-natal.

Muitas são as questões que envolvem esse volume de cesarianas eletivas, como o desejo de oportunizar a realização da laqueadura tubária no mesmo ato operatório (embora isto ocorra, muitas vezes, contrariando a Lei da laqueadura¹), o tempo disponível (ou indisponível) do profissional para acompanhar a evolução do trabalho de parto, entre outras “justificativas”, grande parte das vezes sem bases científicas que as respalde.

Com a Rede Cegonha e o movimento do parto humanizado, apoiado e incentivado por movimentos de mulheres e de profissionais da saúde, houve uma grande discussão nacional sobre a

¹ Lei federal nº 9.263/96 - que Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

importância do parto vaginal, os riscos da cesariana sem critério e as boas práticas de parto e nascimento, potencializando as ações em prol da Humanização do Parto e obrigando o cumprimento da Lei do Acompanhante (Lei Federal nº 11.108/2005), por exemplo. Isto tudo, no entanto, voltou a ser superado por nova elevação das taxas de cesariana após 2014.

RGA – Como eventos sociais, a gravidez e o parto são processos que integram a vida reprodutiva de mulheres e homens além do envolvimento familiar e da comunidade. Nesse caso, no seu período de coordenação nessa área, sua observação em torno desse envolvimento é tendente a uma vivência somente das mulheres? Ou todos participam?

AG – O que se observa, num contexto histórico, é que a participação do pai e da família foi se perdendo à medida que o parto foi sendo transferido para dentro dos hospitais. Nesses espaços, as mulheres acabaram isoladas, tendo que suportar suas dores sem o conforto do colo familiar. Seus corpos foram, muitas vezes, coisificados; perderam a privacidade e passaram a ser submetidas a diversos tipos de procedimentos e violências institucionais (violência obstétrica). Mas, em 2005, com a publicação da Lei Federal nº11.108, o direito da gestante a um acompanhante de sua livre escolha impôs aos serviços que realizam o parto a obrigatoriedade de garantir a presença de um acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o processo de parturição. Entendendo que estar com alguém de sua confiança, além de lhe trazer conforto, também tem um efeito de proteção contra qualquer violência (é mais difícil alguém agredir uma mulher na presença de seu marido, mãe, irmã etc.).

A partir da Rede Cegonha (2011), é também proposto o programa de Pré-natal do parceiro, quando se concretiza a proposta que vinha crescendo no país – e já existia em outros – de que havia a necessidade de participação e responsabilidade do homem desde o planejamento reprodutivo até o compromisso do cuidado com a criança.

RGA – Você considera essa experiência da vida reprodutiva da mulher um importante campo de estudos atuais sobre diversidade social e a conexão com outras áreas das ciências médicas e demais áreas? Pode explicar?

AG – Tenho certeza de que é um momento de fundamental importância para todas as áreas. Até porque não se trata apenas de um evento médico, mas pode repercutir as questões de gênero, raciais, do direito, das populações, da própria engenharia/arquitetura, que precisa redefinir os espaços hospitalares no contexto da humanização, de garantir conforto e o acompanhamento dos familiares etc.

RGA – Sobre sua contribuição na área desses estudos da violência obstétrica, o que você destacaria num enfoque sobre as práticas do parto?

AG – Considero que esse trabalho que realizo conseguiu mostrar, através da percepção do profissional de saúde (ou a falta dela) sobre a violência obstétrica, que a palavra “violência” ainda parece ofensiva para grande parte desses profissionais, quando não conseguem entender por que as práticas/procedimentos aprendidos e utilizados nas academias podem ser considerados violentos, já que a intenção precípua é salvar vidas.

Por outro lado, entendo que será sempre necessário que mais mulheres sejam esclarecidas sobre o assunto e consigam questionar as práticas utilizadas nessa assistência, obrigando seus executores à reflexão e mudanças necessárias.

A violência marcou e se institucionalizou nas práticas obstétricas e, nesse contexto, é uma violência de gênero. Uma violência cruel, mesmo que muitos ainda deixem de considerá-la assim. Estamos falando de uma mulher, em situação de grande vulnerabilidade e, na maioria das vezes, no momento que deveria ser de alegria pelo nascimento de seu filho, mas que acaba sendo tratada com desrespeito, tendo seus direitos negados, submetida a afastamento de seu bebê (nos casos em que não há indicação para isso) e passando por procedimentos sem bases científicas que os indique ou tendo negados os que a beneficiariam.

Como registrado em artigo da pesquisa “Nascer no Brasil” (<https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/0>), quando alguém afirmava que, mesmo ciente de que as mulheres sofreriam ainda mais quando tivessem conhecimento das violências obstétricas (que antes achavam se tratar de procedimentos normais) e acabavam não conseguindo evitá-las, ainda assim não se poderia permitir que ficassem no desconhecimento, para que o movimento de mudança do modelo se fortalecesse.

RGA – No seu ponto de vista, há avanços de mudança de olhar as mulheres sobre esse aspecto da violência? Nesses avanços, na prática, como alterar posturas arraigadas e introduzir uma abordagem humanizada?

AG – Penso que grande número de mulheres conseguiu ser beneficiado com a ampla discussão sobre o assunto dirigida pela Rede Cegonha, mas a pandemia reconduziu muitos passos dados a um estágio atrás do que já se havia avançado e as mulheres atualmente têm enfrentado mais frequentemente o descumprimento de seus direitos e a apropriação de seus processos.

Não sou pessimista e acho que muitos profissionais da saúde também lutam pela causa das mulheres e crianças e estão dispostos a enfrentar estas barreiras novamente impostas. Entendo que será necessário retornar às discussões nos Fóruns Perinatais e reformular as disciplinas ainda na academia, como havia sido iniciado com o projeto *Apice On*². No entanto, o que observo em relação à gestão federal da saúde é um reforço a passos largos para a normalização de práticas ultrapassadas (episiotomia³ e Kristeller⁴ na nova caderneta da gestante), além de certo desinteresse em estimular a mudança de modelo de assistência ao parto e nascimento!

Como disse a escritora Simone de Beauvoir: *“Basta uma crise política, econômica e religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados”*.

² O projeto **Apice On – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia** foi uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a EBSEH, ABRAHUE, MEC e IFF/ FIOCRUZ, tendo a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora.

³ Procedimento cirúrgico que consiste em uma incisão no períneo da gestante — a região entre o ânus e a vagina.

⁴ A manobra de Kristeller é uma pressão externa sobre o útero da mulher, com o objetivo de diminuir o período expulsivo.