

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

FERNANDA FRIAS MOTTA

**DA CAÇA ÀS BRUXAS À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: VIOLAÇÃO DO
DIREITO DAS MULHERES E SEUS CORPOS**

Santos/SP

2022

FERNANDA FRIAS MOTTA

**DA CAÇA ÀS BRUXAS À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: VIOLAÇÃO DO
DIREITO DAS MULHERES E SEUS CORPOS**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado para graduação no curso
de Serviço Social, na Universidade
Federal de São Paulo, campus Baixada
Santista, sob a orientação da docente
Prof^a Dr^a Priscila Fernanda Gonçalves
Cardoso.**

Graduanda: Fernanda Frias Motta

Orientadora: Prof^a. Dr^a Priscila Fernanda
Gonçalves Cardoso

Santos/SP

2022

DA CAÇA ÀS BRUXAS À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: VIOLAÇÃO DO DIREITO DAS MULHERES E SEUS CORPOS

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Priscila Fernanda Gonçalves Cardoso (Orientadora)

Assistente Social Mestra Aline de Carvalho Paiva

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

048m Motta, Fernanda Frias.
Da caça às bruxas à violência obstétrica:
violação do direito das mulheres e seus corpos. /
Fernanda Frias Motta; Orientadora Profa. Dra.
Priscila Fernanda Gonçalves Cardoso. -- Santos,
2023.
48 p.; 30cm

TCC (Graduação - Serviço Social) -- Instituto Saúde
e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2023.

1. Violência Obstétrica. 2. Violação de direitos. 3.
Direitos sexuais e reprodutivos. 4. Sociedade
cishetero-patriarcal-racista I. Cardoso, Priscila
Fernanda Gonçalves, Orient. II. Da caça às bruxas à
violência obstétrica: violação do direito das mulheres e
seus corpos

CDD 613.7

AGRADECIMENTOS

A trajetória universitária é um divisor de águas em nossas vidas e vivências. Percorrer este caminho, para além de privilégios e dedicação, tornou-se possível, para mim, mediante à construção e trocas diárias com pessoas que me apoiaram até aqui.

Assim sendo, agradeço a minha fé que me fortalece e me sustenta.

Agradeço à minha mãe, Geruza Frias Motta, e ao meu pai, Rogério Cruz Motta, por serem minha base, minha fonte de inspiração e motivação. Este trabalho tornou-se possível graças a eles, que sempre me apoiaram nos meus estudos e me presentearam com o privilégio de ter acesso a uma educação de qualidade. Para além, foram sempre minha principal rede de apoio emocional e, seja nas adversidades, seja nas conquistas, seguraram minhas mãos e, assim, caminhamos juntas/os.

Às minhas e aos meus familiares, que me incentivam e torcem veementemente por mim. Agradeço, em especial, à minha avó Virgínia, às minhas tias Eunice, Elisângela e Glória, ao meu tio Marcos e às minhas primas Geise, Fernanda e Bianca.

Às minhas amigas e companheiras, Beatriz, Júlia e Aline, que a universidade me proporcionou conhecer e ter a honra de compartilhar escritas, produções literárias e vivências.

À minha orientadora e mentora Profa. Dra. Priscila Fernanda Gonçalves Cardoso, com quem, também, tive a honra de compartilhar escritas e produções científicas e quem me apoiou durante essa trajetória. Compartilhamos reflexões e o fruto dessa parceria me fortaleceu pessoal e profissionalmente.

Às minhas professoras e aos meus professores, desde o ensino fundamental e médio ao ensino superior - as/os quais exercem uma profissão pela qual tenho grande admiração - por todos os saberes compartilhados.

Agradeço e dedico este trabalho, também, em memória daquelas e daqueles que não estão mais entre nós, mas que contribuíram para eu ser quem eu sou hoje e, por tudo, têm minha eterna gratidão e lembrança: minha avó Carmen e meu avô Henrique.

Tenho a convicção de que todas e todos que atravessaram minha vivência me trouxeram lições e aprendizados. Obrigada a todas e todos que tornaram este caminho e esta realização possíveis!

Resumo

O presente estudo visa compreender a interlocução entre a violência obstétrica e as violações sistemáticas dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos de mulheres parturientes em uma sociedade cishetero-patriarcal-racista, a partir da revisão sistemática da literatura, pesquisa bibliográfica e, sobretudo, da voz das principais sujeitas ativas nesse processo: as mulheres parturientes.

A assistência à parturição em instituições públicas e privadas são moldadas por um modelo intervencionista, que desconsidera evidências científicas e priorizam a *agilidade e produtividade*, preterindo a integridade física e psíquica de sujeitas/os¹ parturientes e recém-nascidos. Perpetua-se, desse modo, a violência obstétrica, por vezes naturalizada e rotineira na atenção e cuidado às mulheres parturientes.

O conjunto de violações que abarcam a violência obstétrica - dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos - são raízes da consolidação de um sistema pautado na violência e exploração: o capitalismo. A apropriação histórica sobre a disputa pelo controle do corpo das mulheres coloca em pauta o engendramento do capitalismo pelos pilares do patriarcado, racismo e classismo. Nesse cenário, o processo de parturição, para além de um evento biológico, constitui um processo político e social, sendo ele arena de disputa por controle entre homens e Estado e terreno de resistência de mulheres.

Palavras-chaves: Violência Obstétrica; violação de direitos; direitos sexuais e reprodutivos; sociedade cis-hetero-patriarcal-racista.

Abstract

The present study aims to understand the interlocution between obstetric violence and the systematic violations of human, sexual and reproductive rights of pregnant women in a cisgender-heterosexual-patriarchal-racist society, based on a

¹ A adoção do termo sujeitas/os diz respeito a um posicionamento político adotado neste estudo, entendendo que mulheres cis-gênero e homens trans-gêneros estão sujeitos à violência obstétrica. Sobretudo para homens trans-gêneros, a violação de direitos será atravessada pela transfobia, que trará particularidades à violência obstétrica vivenciada, como a negação do reconhecimento ao lugar de maternidade e diferentes expressões de violência verbal. Em outros momentos deste estudo, serão feitas, também, menções diretas às mulheres, na condição de parturiente, pelo contexto histórico de apropriação desses corpos para a produção, reprodução e manutenção do capitalismo, conforme será discutido ao longo dos capítulos.

systematic review of the literature, bibliographic research and, above all, the voice one of the main active subjects in this process: pregnant women.

Parturition assistance in public and private institutions is shaped by an interventionist model, which, disregarding scientific evidence, prioritizes agility and productivity, neglecting the physical and psychological integrity of parturients and newborns. In this way, obstetric violence is perpetuated, sometimes naturalized and routine in the attention and care of pregnant women.

The set of violations that encompass obstetric violence - of human, sexual and reproductive rights - are the roots of the consolidation of a system based on violence and exploitation: capitalism. The historical appropriation of the dispute for control of women's bodies shows the engendering of capitalism by the pillars of patriarchy, racism and classism. In this scenario, the parturition process, in addition to being a biological event, constitutes a political and social process, being its control disputed between men and the State and a spot of women's resistance.

Keywords: Obstetric Violence; rights violation; sexual and reproductive rights; cisgender-heterosexual-patriarchal-racist society

SUMÁRIO

Introdução	10
CAPÍTULO I - A atualidade da caça às bruxas: o corpo feminino e a parturição na história do desenvolvimento, consolidação e manutenção do capitalismo	14
CAPÍTULO II - A violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos durante a assistência à parturição	24
II.1 Vivências da parturição: análise crítica a partir da voz e relatos de mulheres parturientes	30
Considerações finais	40
Referências bibliográficas	43

Introdução

Sob a interface de compreender a interlocução entre a violência obstétrica e as violações sistemáticas dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos de mulheres parturientes em uma sociedade cishetero-patriarcal-racista, o presente estudo busca investigar, com profundidade, as origens sócio-históricas do processo de parturição e do controle sobre o corpo feminino a partir da instauração do capitalismo; e apreender o conjunto de violações que atravessam a vivência da parturição, buscando, a partir do relato de mulheres e da revisão da literatura, entender os impactos às condições de vida e saúde da mulher e da/o recém-nascido.

O meu interesse pelo tema surgiu durante as discussões engendradas no Seminário Temático “Política de Humanização do Parto e Direito à Amamentação: Trabalho Interdisciplinar no Combate à Violações e Opressões”², que me proporcionou a dimensão e a necessidade de estratégias interprofissionais de enfrentamento à violência obstétrica, em que o Serviço Social insere-se neste campo de atuação. A partir de então, dediquei-me ao aprofundamento e apropriação sobre a temática da violência obstétrica.

Nessa trajetória, realizamos a Iniciação Científica “*Violência Obstétrica na cidade de Santos/SP: dando voz e visibilidade a mulheres e sua dor/força*”, sob orientação da Prof^a Dr^a Priscila Fernanda Gonçalves Cardoso e fomento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Nela, buscamos apreender a concretude desta violência nas instituições hospitalares do município, a partir do relato de experiência de mulheres parturientes³. Realizada no período de agosto de 2020 a julho de 2021, a pesquisa supracitada - aprovada pelo comitê de ética em pesquisa (CAAE 44038721.0.0000.5505) - abrangeu uma amostra de 21 mulheres cis-gênero, por adesão voluntária.

A coleta de dados da pesquisa se deu em dois estágios: em um primeiro momento, foi divulgado um questionário online em grupos ativistas que abordam sobre o parto humanizado - Partejar Santista e Ciranda Materna Baixada Santista -, cujas questões voltaram-se a conhecer o perfil das mulheres voluntárias, a

² Seminário temático promovido na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) no curso de Serviço Social, ministrado pela Prof^a. Dra. Priscila Fernanda Gonçalves Cardoso.

³ Sendo uma pesquisa de adesão voluntária, não obtivemos relatos de sujeitos transgêneros. Entretanto, durante o processo de produção e divulgação do questionário, atentei-me à adequação de linguagem para que também se sentissem contemplados e bem-vindos à participação do estudo.

assistência e atenção ofertada à gestação, trabalho de parto, parto, puerpério e/ou abortamento, e suas percepções sobre estas. Após, foi entrevistada uma das voluntárias, a fim de aprofundar a compreensão e desvelar tais processos vivenciados.

Os resultados que obtivemos na Iniciação Científica verificou o índice de 71,42% de ocorrência de algum tipo de intervenção considerada violência obstétrica entre as mulheres participantes. Esta incidência representa, aproximadamente, um número 2,85 vezes maior do que aquela denunciada em âmbito nacional, de acordo com dados obtidos por meio do estudo “*Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*”, publicado em 2010 pela Fundação Perseu Abramo.

As demandas levantadas na pesquisa em questão, a partir do relato de experiência de sujeitas/os parturientes, possibilitaram uma análise crítica e aprofundada acerca da materialização da violência obstétrica. Consideramos, para tanto, o *enovelamento* (SAFFIOTI, 2004, p. 125) da temática com as condicionalidades de gênero, raça/etnia e classe. Concluiu-se que a melhoria da qualidade de atenção à saúde e o combate à violência obstétrica deve ser concebido no âmago da busca pela equidade, sobretudo a equidade racial, e que o exercício da atuação de profissionais da saúde - incluindo assistentes sociais - comprometidas/os com o parto humanizado é um papel fundamental ao combate e prevenção dessas violações.

O presente trabalho constitui um desdobramento da discussão levantada na Iniciação Científica. Agora, nesta etapa, pautando-nos nos dados coletados em nossa pesquisa e à luz da pesquisa bibliográfica, percorremos a revisão sistemática da literatura e o levantamento de alguns dos marcos políticos notórios no que tange às políticas públicas e sociais direcionadas à assistência humanizada à parturição. Os dados foram analisados de modo crítico-reflexivo, a fim de apreender de modo aprofundado o panorama sócio-histórico acerca da temática, relacionando as novas formas de exploração do corpo da mulher pela parturição às opressões históricas.

A partir desta reconfiguração metodológica e da revisão bibliográfica e documental, este Trabalho de Conclusão de Curso foi construído da seguinte forma: o primeiro capítulo abordou a histórica correlação sobre o controle do corpo feminino à consolidação do capitalismo, bem como os consequentes enraizamentos na assistência à parturição decorrentes deste processo. A compreensão dos impactos de uma assistência à parturição não embasada em evidências científicas,

da negligência, do abuso e do desrespeito frente aos índices de morbimortalidade materna e consequente violações de direitos humanos, sexuais e reprodutivos sinaliza o enraizamento de práticas institucionalizadas danosas à saúde da mulher, e descortina as dimensões sócio-histórica e cultural que abarca a violência obstétrica. Destarte, tratando-se de uma violência de gênero, é atravessada, também, por condicionalidades estruturantes de uma sociedade cis-hetero-patriarcal-racista e, portanto, deve ser apreendida no contexto em que se insere, sobretudo a partir do engendramento do capitalismo.

Prosseguindo do panorama sócio-histórico aos dias atuais, o segundo capítulo aprofundou acerca dos marcos políticos e conquistas no tocante aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A partir de uma análise crítico-reflexiva, buscou-se relacionar as contradições ainda presentes entre os esforços de políticas públicas ao longo das últimas décadas direcionadas à humanização da assistência ao parto, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN, 2002), o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004) e o Programa Rede Cegonha (2011) - os quais representam grandes conquistas -, e a violência obstétrica ainda institucionalizada e arraigada nas práticas de assistência à saúde.

Neste momento da dissertação - isto é, no segundo capítulo - inserimos os dados da pesquisa realizada na Iniciação Científica, relacionando-as com pesquisas de âmbito nacional que discutem a violência obstétrica. Priorizamos, ainda, trazer os relatos de mulheres parturientes coletados na Iniciação Científica, a fim de fortalecer suas vozes e protagonismo.

Por fim, as considerações finais buscou discorrer sobre o produto final deste estudo, tecendo as correlações necessárias que abarcam a temática. Apontamos a existência e necessidade de superar as violações de direitos enraizadas que envolvem o modelo de assistência à parturição contemporânea, trazendo indícios da importância da atenção dessa discussão no âmbito do Serviço Social.

trazendo elementos que permitam a reflexão e reconhecimento da profissão e atuação de assistentes sociais na prevenção e combate ao conjunto de violações de direitos que dimensionam a violência obstétrica.

Entende-se, neste estudo, a inviabilidade da investigação de um fenômeno se desconsiderarmos a voz das/os sujeitas/os que o protagonizam. Assim sendo, a interlocução do conjunto dessas reverberações nos dias atuais manteve-se por meio

da voz da principal sujeita ativa no processo de parturição: a mulher. Acreditamos que a possibilidade de decisão livre sobre o seu próprio corpo exige o acesso a uma assistência humanizada, ética e baseada em evidências científicas.

Pretende-se, por fim, dar espaço e instigar novas investigações, além de oferecer elementos que possam permitir a reflexão acerca do reconhecimento profissional de assistentes sociais nessa área de atuação. A prevenção e combate à violência obstétrica está intrinsecamente ligada à garantia de acesso das mulheres aos seus direitos sociais, humanos, sexuais e reprodutivos, o que torna viável outras formas de parir e nascer.

Capítulo I - A atualidade da *caça às bruxas*: o corpo feminino e a parturição na história do desenvolvimento, consolidação e manutenção do capitalismo

“(...) Nenhum fenômeno histórico significativo pode ser ‘explicado’ sem que se faça referência ao campo contextual, bem como a sua dinâmica interna.” (FEDERICI, S., 2019, p. 54-55)

O cerne sócio histórico que abrange o engendramento e as raízes da violência obstétrica na assistência à parturição demandam sua apreensão crítica para além da ocorrência de casos de violações dos direitos sexuais e reprodutivos de sujeitas/os parturientes nas instituições; para tanto, é necessário descortinar e compreender os pilares estruturantes que permitem sua perpetuação. Neste estudo, entende-se por violência obstétrica a definição dada pela Defensoria Pública (2013)⁴, sendo a:

“(...) apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade (...)” (DEFENSORIA PÚBLICA, 2013, p. 1)

Apesar do lócus privilegiado em hospitais e maternidades, a violência obstétrica não se limita a esses espaços. Ocorre, por exemplo, em casos como o da menina de 10 anos, vítima de estupro, que foi exposta, constrangida e violada pela sociedade civil, políticos e profissionais da saúde ao buscar por aborto legal e seguro, conforme prevê o Código Penal, Lei nº 2.848/40, art 128, inciso II. Expressa-se, também, quando mulheres mães são repreendidas ou restringidas de exercer seu direito discricionário de amamentar em locais públicos ou de uso coletivo, independentemente da existência de instalações para estes fins, direito este assegurado pela Portaria MEC nº 604, de 10 de maio de 2017, art. 1. Fruto das *relações de sexagem* (Guillaumin apud Cisne, 2018, p. 72), por meio das quais abduz-se mulheres da condição de sujeitas/os e as reduzem ao sexo,

⁴ Faz-se importante ressaltar que, apesar da definição dada pela Defensoria Pública restringir-se à violência obstétrica cometida por profissionais de saúde, neste estudo compreendemos uma visão mais ampla, entendendo que a violência obstétrica pode ser cometida em diversas instâncias, inclusive jurídica e pela sociedade civil, ao ferir, violar e/ou não garantir a efetivação dos direitos reprodutivos.

apropriando-se de seus corpos e existência, a violência obstétrica pode se manifestar nas diversas etapas da parturição - gestação, trabalho de parto, parto, puerpério e/ou abortamento -, expressa de natureza física, sexual, verbal, moral, institucional e/ou psicológica. Tratando-se de violações sistemáticas dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos de mulheres, destinando a essas/es sujeitas/os tratamentos rudes e cuja prática atinge sua integridade física e sua subjetividade, a violência obstétrica deve ser entendida teórico-politicamente enquanto uma das formas de violência contra a mulher. Isto porque ela reflete e resulta nas e das relações patriarcais, em uma relação dialética, em que estrutura e é estruturada, concomitantemente, pelo patriarcado.

Nesse sentido, a violação em âmbito estrutural visa o controle sobre os corpos femininos - campo sobre o qual são exercidas as relações de poder - e o útero é tomado como território político (FEDERICI, S., 2004, p. 163), arena de disputa entre homens e Estado, e terreno de resistência das mulheres. Sendo uma das principais formas de exploração de mulheres na sociedade capitalista, em que o corpo é visto como uma *máquina* de reprodução e acumulação da força de trabalho, a parturição foi, historicamente, submetida ao controle sobre esses corpos e à consequente perda de autonomia dessas sujeitas.

Um século anterior à caça às bruxas, isto é, no século XIII, a medicina na Europa, enquanto profissão, já havia avançado no que diz respeito à exclusão das mulheres curandeiras de seu exercício, por meio de leis misóginas que proibiam exercer a profissão sem formação universitária e vetavam o ingresso de mulheres nas universidades. A descrença nessas mulheres fora tamanha, marcada por um estigma de superstição, que, a partir dos séculos XVII e XVIII, com o apoio da classe média, a figura do médico homem passou a ser considerada como "aqueles que dão à luz".

Compreender a guerra declarada contra as mulheres entre os séculos XV e XVIII, bem como suas motivações e impactos - fenômeno conhecido como *caça às bruxas* - dispõe-nos de ferramentas para apreender no que tange à ruptura do protagonismo social das mulheres e a consequente institucionalização estatal sobre o controle desses corpos. Os acarretamentos oriundos desse processo explicita o engendramento de uma sociabilidade pautada nas *relações de sexagem*, agravada pela misoginia, racismo e classismo, dentre outros modos de discriminações, que darão, em expressões particulares, terreno às novas formas de exploração por meio

da banalização da violação de direitos, como é o caso da violência obstétrica. Descortinar esta perpetuação implica relacionar novas manifestações às opressões históricas.

A partir do final do século XV, os cercamentos⁵ de terras expropriaram o campesinato do local que dependiam para a sobrevivência, por meio da privatização de terras, desalojando comunidades estruturadas de forma comunal. A comercialização de terras somado ao crescimento das relações monetárias afetaram de modo distinto mulheres e homens. Isto porque a sociabilidade imposta destruiu direitos consuetudinários - dos quais haviam aqueles destinados às mulheres idosas e viúvas, por exemplo, por meio de auxílio ou transmissão de uma parcela da propriedade de seu antigo marido (THOMAS, 1971, apud FEDERICI, 2019, p. 61) - e criminalizou a pobreza, proibindo a oferta e recebimento de caridade. Sobretudo para as mulheres, o processo de demonização de integrantes dessas comunidades foi propício à privatização econômica e social, conforme defende a autora e pesquisadora Silvia Federici em seus estudos sobre a caça às bruxas.

Somado à escravidão e ao genocídio dos povos indígenas no Novo Mundo (que ocorrem no mesmo período), a guerra levantada contra as mulheres durante este período foi de suma importância para a consolidação do capitalismo. Diante de um cenário de crise populacional, decorrente dos cercamentos, que produziu a pauperização em massa; das mortes que os europeus trouxeram e provocaram à América, transportando doenças antes desconhecidas à população nativa; e da crise sanitária na Europa, cujos surtos, como a Peste Negra, já haviam provocado perdas significativas; tornou as condições históricas propícias à construção de uma nova ordem patriarcal, pautada, sobretudo, na exploração da reprodução e no controle desses corpos. Não defendo, aqui, que estes acontecimentos foram determinantes à caça às bruxas; suas causas, conforme defende a autora Silvia Federici, foram polissêmica e multicausal. Entretanto, intercalam-se em um ponto comum, que é o desenvolvimento das relações capitalistas.

Para além disso, o período histórico de crise populacional supracitada, dos séculos XVI e XVII, pautou a urgência da instituição de novos métodos de controle

⁵ De acordo com a autora Silvia Federici (2019): “os cercamentos foram um fenômeno inglês pelo qual a classe proprietária de terras e membros abastados da classe camponesa cercaram terras comuns, colocando fim aos direitos consuetudinários e desalojando a população de agricultores e colonos que delas dependiam para sobreviver” (FEDERICI, 2019, p. 59).

sobre a reprodução pelo Estado. Teorias expansionistas da população, pelas quais acreditava-se que a riqueza da nação é determinada pela quantidade de cidadãos e cidadãos, também estavam em ascensão (FEDERICI, 2019, p. 153). Neste período, as classes abastadas temiam, ainda, o acesso que escravas e curandeiras, no geral, mulheres pobres, tinham às suas casas, podendo causar-lhes danos, o que também impulsionou o sancionamento de leis severas contra os considerados crimes reprodutivos. O âmago dessa questão deve ser apreendido a partir do enovelamento das condicionalidades de gênero, raça/etnia e classe, no que diz respeito à função social desempenhada pelo corpo feminino acusado.

Em geral, as mulheres acusadas de serem bruxas eram aquelas que se opunham à exclusão social e à subordinação que as destituiu de sua posição social na sociedade. Normalmente, eram mulheres camponesas, pertencentes a uma classe subalterna, solteiras e viúvas, conectadas, ainda, aos conhecimentos da natureza, como curandeiras e parteiras. Apesar de não haver registros de julgamentos que relacionem diretamente as supostas bruxas às vítimas do processo de cercamentos, as ações e personalidades dessas mulheres eram associadas à feitiçaria, que, de acordo com os estudos de Alan Macfarlane (1970), eram aquelas e aqueles “orgulhosos, analfabetos, miseráveis (...). Acima de tudo, julgava-se que (...) eram o tipo de pessoa que andava mendigando e os que tinham línguas perversas” (MACFARLANE, A., 1970, p. 282). De acordo com a autora Sílvia Federici (2019, p. 63), as mulheres acusadas de bruxaria:

“Ameaçavam, lançavam olhares reprovadores e amaldiçoavam quem se recusava a ajudá-las; algumas se tornavam inconvenientes, aparecendo de repente, e sem serem convidadas, na soleira de vizinhas e vizinhos que viviam em melhor situação ou realizando tentativas inadequadas de se tornarem aceitas ao oferecer presentinhos para as crianças. As pessoas que as processavam acusavam-nas de ser encrenqueiras, de ter língua ferina, de armar confusão entre a vizinhança – acusações que historiadoras e historiadores muitas vezes acataram. Podemos, porém, questionar se, por trás das ameaças e das palavras maldosas, não deveríamos captar um ressentimento nascido da raiva pela injustiça sofrida, uma forma de rejeitar a marginalização.” (FEDERICI, S., 2019, p. 63).

Para as mulheres negras escravizadas, sequestradas, em grande maioria, da África, referindo-me, particularmente, ao contexto do Brasil colônia entre os séculos

XVI e XIX, o controle sobre o próprio corpo assumia um outro lugar de resistência, para além da luta anti-patriarcal, um *locus* social de luta contra o sistema escravista. Nas palavras do compositor Eduardo Taddeo, interpretadas pela cantora Yzalú:

“Enquanto o couro do chicote cortava a carne/ A dor metabolizada fortificava o caráter/ A colônia produziu muito mais que cativos/ Fez heroínas que *pra* não gerar escravos, matavam os filhos/ (...) Enquanto mulheres convencionais lutam contra o machismo/ As negras duelam *pra* vencer o machismo, o preconceito, o racismo/ (...) Não sou a subalterna que o senhorio crê que construiu/ Meu lugar não é nos calvários do Brasil/ (...) Cansei de ver a minha gente nas estatísticas/ Das mães solteiras, detentas, diaristas/ O aço das novas correntes não aprisiona minha mente/ (...) Abalam mais não deixam nossos neurônios cativos.” (TADDEO, Eduardo. Mulheres Negras. In: YZALÚ)

De acordo com a autora Maria Helena P. T. Machado, as mulheres escravizadas eram submetidas à múltiplas violações: enquanto escrava, seu corpo era apropriado para geração de riquezas; enquanto mulheres, lhes eram impostas o espaço de reprodução da escravidão; e, seja para a produção, seja para a reprodução, essas experiências eram atravessadas e impostas, exacerbadamente, por meio da violência (MACHADO, Maria Helena P. T., 2018, p. 329). Destarte, a imposição da função reprodutiva às mulheres adquire contornos particulares quando atravessados pelo racismo e classismo e descortina a crucialidade da tríade gênero-reprodução-maternidade para a consolidação da escravidão, que, por sua vez, aliado à guerra contra as mulheres, constitui um dos pilares para consolidação do capitalismo.

No continente americano, a implementação do princípio romano *partus sequitur ventrem* legitimou a transmissão da condição jurídica das mulheres mães escravas às/aos suas/seus filhas/os (SOUSA, Caroline P., et al., 2021, p. 63). Vale pontuar que este princípio foi de encontro ao regime em sociedades livres, em que era a figura do pai quem concedia legitimidade aos filhos (SOUSA, C. P., et al., apud COWLING, 2021, p. 63). Diferentemente das mulheres europeias, as mulheres escravizadas estavam abertamente vulneráveis a estupros e agressões sexuais compulsórias. Assegurados pelo princípio *partus sequitur ventrem*, a geração de

filhos/as frutos de estupros contra mulheres escravizadas sequer ameaçava as posses dos senhores.

Enquanto na Europa foram impostas pena de morte às mulheres pelo uso de contraceptivos, para coagí-las à procriação (FEDERICI, 2004, p. 206), para as mulheres vítimas do regime escravocrata, na condição de “mercadorias valiosas”, lhes impuseram, além de estupros compulsórios, o sofrimento da separação de suas/seus filhas/os, vendidas/os em leilão; a obrigatoriedade de preterir sua própria cria em favor dos filhos/as dos senhores, no que diz respeito à amamentação - função que desempenhavam como amas de leite; e o silenciamento e negação do direito à maternidade.

Nos Estados Unidos, para garantir a procriação e manutenção da escravidão, os senhores mais abastados contratavam médicos, muitos deles inexperientes, os quais invadiam e violavam os corpos dessas mulheres, inspecionando-as, vigiando seus ciclos menstruais e diagnosticando-as durante a gravidez e parto, por meio de procedimentos dolorosos, invasivos e sem embasamento científico ou empírico (SOUSA, Caroline P., et al., 2021, p. 66) - características, estas, de procedimentos considerados como violência obstétrica. Conforme descrito pela autora Silvia Federici, “a condição de mulher escrava revela de uma forma mais explícita a verdade e a lógica da acumulação capitalista” (FEDERICI, S., 2004, p. 163). Apesar dos esforços racistas, misóginos e capitalistas somados, as mulheres escravizadas resistiam à perpetuação da escravização - sendo uma das formas utilizadas por elas o aborto.

A guerra contra as mulheres levantada durante a consolidação do capitalismo dependeu, sobretudo, de romper com os conhecimentos e propriedade que elas possuíam sobre a sexualidade, a parturição e o uso da natureza para tratamento e cura, transmitidos milenarmente ao longo das gerações, de mãe para filha, e entre vizinhas. A procriação assume um ponto-chave nesse contexto histórico, em que foi imposta à mercê da acumulação capitalista, de modo que ela não se configura apenas como um fenômeno da natureza, mas como “*uma atividade historicamente determinada, carregada de interesses e relações de poder*” (FEDERICI, S., 2004, p. 165).

Até a Idade Média, as mulheres haviam assumido um controle indiscutível sobre a parturição e uso de métodos contraceptivos. O parto era exclusivamente um ritual entre e para mulheres, momento em que a presença de homens era

dispensada e que a sociabilidade feminina triunfava ao redor dos aposentos da mulher parturiente. Possuíam conhecimentos sobre ervas e plantas analgésicas e tranquilizantes; empregavam o uso de esporão-do-centeio (ergotina), por exemplo, contra as dores do parto, base usada até os dias atuais na farmacologia moderna, em uma época em que esta dor era considerada pela Igreja como um castigo divino pelo “*pecado original*” de Eva (EHRENREICH, B.; ENGLISH, D.; 1973, p. 18). Diante da possibilidade de um aborto espontâneo, para inibir as contrações uterinas, bruxas e curandeiras utilizavam a beladona, antiespasmódico ainda usado na atualidade (EHRENREICH, B.; ENGLISH, D.; 1973, p. 18).

Eram elas, também, as principais responsáveis pela assistência médica à população; possuíam influência nas comunidades exercendo o trabalho como curandeiras, parteiras ou operando práticas mágicas (FEDERICI, S., 2019, p. 72). Culturalmente, as mulheres eram e são vistas em algumas partes do mundo como “tecelãs da memória - aquelas que mantêm vivas as vozes do passado e as histórias das comunidades” (FEDERICI, S., 2019, p. 90). A sabedoria milenar que compartilhavam entre si as reconheciam em sociedades pré-capitalistas por sua relação singular com a natureza e sobre os processos reprodutivos, capazes de “proporcionar vida e morte e a descobrir as propriedades ocultas das coisas” (FEDERICI, S., 2019, p. 74).

A concepção mágica sobre o corpo, até então vigente, era incompatível com a lógica capitalista que buscava se consolidar, pela qual transformava-se os corpos em máquinas de acumulação - seja pela exploração da força de trabalho, seja pelo controle dos processos reprodutivos. Diante do exposto, nota-se, que, “de fato, as bruxas representavam uma ameaça política, religiosa e sexual para a Igreja, (...), e também para o Estado” (EHRENREICH, B.; ENGLISH, D.; 1973, p. 8). Ao serem torturadas e queimadas vivas em praças públicas:

“Na figura da bruxa as autoridades puniam, ao mesmo tempo, a investida contra a propriedade privada, a insubordinação social, a propagação de crenças mágicas, que pressupunham a presença de poderes que não podiam controlar, e o desvio da norma sexual que, naquele momento, colocava o comportamento sexual e a procriação sob domínio do Estado.” (FEDERICI, S., 2019, p. 64).

As interferências de senhores, médicos e Estado sobre a reprodução torna plausível conceber a caça às bruxas, em grande parte, como um movimento que buscou criminalizar o controle das mulheres sobre seus corpos, cujos esforços voltaram-se a colocá-los à serviço da acumulação capitalista. Destarte, de um modo geral, a partir do século XVI foram implementadas penas mais severas contra à contracepção, ao infanticídio e ao aborto. Neste período, essas mulheres foram processadas, em grande escala, acusadas de violar as normas reprodutivas e do assassinato de crianças. Concomitantemente, a Igreja, para fortalecer a ordem patriarcal, repreendia a sexualidade feminina; a demonização criada em torno da figura da mulher visava reprimir para produzir trabalhadoras/es disciplinadas/os, além de colocá-las como objeto de satisfação das necessidades sexuais dos homens.

Nesse contexto, o Estado perseguiu mulheres parturientes para mantê-las sob vigilância pública. Assim, a suspeita também recaiu sobre as parteiras. Estas foram marginalizadas, ora “postas sob vigilância do médico ou (...) recrutadas para policiar outras mulheres” (FEDERICI, S., 2004, p. 161). Na Alemanha, puniam-se mulheres que não se esforçavam suficientemente durante o parto ou caso não demonstrassem entusiasmo diante do nascimento (RUBLACK apud FEDERICI, 2004, p. 162). Engendrou-se, por fim, a masculinização das práticas médicas e de obstetrícia, cuja prática foi posta sob controle estatal, e, conseqüentemente, engendrou-se a feminização da pobreza.

Gradualmente, durante o período da caça às bruxas, as mulheres foram destituídas de seus meios de subsistência e de seus ofícios que ocupavam por excelência, os quais eram fontes de sua posição e de seu poder social. Aliado ao fortalecimento da autoridade patriarcal, as condições sócio-históricas impuseram às mulheres a dependência de homens e de seus empregadores.

No Brasil, com a vinda da família real portuguesa no século XIX, as parteiras tradicionais locais, tais como mulheres indígenas e negras, foram marginalizadas durante o processo de inclusão nas primeiras escolas de medicina no país. Para tanto, “apenas mulheres jovens, com ‘atestado de bons costumes’, geralmente moças de origem europeia, podiam ingressar no curso, e somente as que possuíssem diploma poderiam exercer a parteria.” (EHRENREICH, B.; ENGLISH, D.; 1973, p. 58).

A história da consolidação e manutenção do capitalismo descortina o patriarcado, o racismo e o classismo como alguns de seus pilares estruturantes, regidos pela dinâmica entre controle e medo. Por meio desta mesma dinâmica, sob tais condições sócio-históricas descritas neste capítulo, instaurou-se o processo que levou à perda de autonomia das mulheres sob a parturição, postas como personagens antagonistas ao darem à luz. Foram-lhes ensinadas a obediência para preveni-las das chamas da fogueira; majoritariamente às mulheres brancas, lhes disseram que seu corpo, por si só, não possuía forças suficientes para parir; às mulheres negras, lhes impuseram a figura de “parideiras por excelência”, expondo-as às mais rudes manifestações da violência obstétrica e afastamento de seus/suas filhos/as. Nas palavras das autoras Bárbara Ehrenreich e Deirdre English (1973):

“O referencial que temos hoje do parto e nascimento é o de um filme de terror: gritos, sofrimento, purgatório, um processo que dá medo e nojo. Medo da desconhecida força da natureza do corpo humano e nojo do corpo da mulher que expressa essa força. É muito ousado uma mulher ter controle sobre seu próprio corpo, e ao mesmo tempo à reprodução humana. Portanto, o patriarcado e o regime heterossexista vêm promovendo desde a Inquisição até os dias atuais o distanciamento das mulheres de seus processos fisiológicos (“naturais”) e emocionais. Essa alienação cria uma estrutura social poderosa que busca submeter e controlar as mulheres. Mas as bruxas estão despertando.” (EHRENREICH, B.; ENGLISH, D.; 1973, p. 62)

Destarte, a consolidação de uma nova ordem social pautada na exploração exigia o rompimento das relações das pessoas entre si, com a natureza e com o **próprio corpo**. Nesse regime, a colonização, a escravização de povos e a caça às bruxas constituem processos fundantes do capitalismo. Por sua vez, ao mesmo tempo que estruturam, tais processos continuam sendo estruturados pelo patriarcado e racismo.

Isso, por fim, constitui e mantém a sociabilidade cishetero-patriarcal-racista, em que a violação de direitos estão presentes e são estruturantes. Destarte, a relação com a parturição torna-se tanto expressão dessa sociabilidade, quanto instrumento para mantê-la. As mulheres, por sua vez, são postas em uma posição

de reprodução não apenas biológica, mas também social. Conforme elucidada a autora Heleieth Saffioti (2015):

“Neste regime, as mulheres são objetos da satisfação sexual dos homens, reprodutoras de herdeiros, de força de trabalho e de novas reprodutoras. Diferentemente dos homens como categoria social, a sujeição das mulheres, também como grupo, envolve prestação de serviços sexuais a seus dominadores.” (SAFFIOTI, 2015, p. 112)

Capítulo II - A violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos durante a assistência à parturição

Na contemporaneidade, o ciclo gravídico-puerperal é, em grande parte, marcado por um modelo assistencial intervencionista em redes públicas e privadas de saúde. A patologização de processos fisiológicos naturais concebe a falaciosa ideologia de que o corpo da mulher, por si só, é incapaz de parir⁶, na tentativa de enquadrar o trabalho de parto em uma lógica de linha de produção capitalista. Destarte, intervenções são realizadas a fim de agilizar o tempo de trabalho de parto, atendendo à *produtividade* em detrimento da saúde e bem-estar de mulheres e recém-nascidos.

A assistência à parturição não embasada em evidências científicas é capaz de alienar a/o sujeita/o parturiente sobre sua própria natureza, autonomia e protagonismo no que tange ao nascimento. Dessa forma, minando a integridade e subjetividade dessas mulheres, mantém-se um dos pilares estruturantes do capitalismo: o patriarcado, cujo âmago consiste nos esforços para o controle desses corpos, visando a produção, reprodução e manutenção desta sociabilidade, conforme elucidado no capítulo anterior.

O cercamento de conhecimento sobre nossos próprios corpos produzido pelo capitalismo corrobora para a perpetuação de um ambiente propício à expor mulheres, em um momento de vulnerabilidade, às violações de seus **direitos sexuais, reprodutivos e humanos**. Apesar da estranheza que tais procedimentos e condutas possam lhe causar, a pressão advinda de uma estrutura hierárquica, em que profissionais de saúde são postos em um patamar de detentores da “verdade absoluta”, por vezes, as impedem de reconhecer a violência que lhes foi causada.

⁶ Conforme discorreremos ao longo deste capítulo, a premissa de que o corpo da mulher, por si só, seria incapaz de parir se manifestará de modos distintos entre mulheres brancas e negras, além de outras condicionalidades que impactarão suas respectivas vivências. Veremos, portanto, aspectos como estes: enquanto, para mulheres brancas, esta ideologia, em grande maioria, se manifestará por um entendimento da equipe médica de cuidado como sendo o excesso de intervenções - consideradas violência obstétrica, tais como cesáreas, medicamentos para alívio de dores e para acelerar o trabalho de parto -, para as mulheres negras, estas estarão sujeitas, em grande parte, a outras formas de intervenções consideradas violência obstétrica partindo da mesma premissa. Apesar de uma herança escravocrata e racista de que “mulheres negras são parideiras por excelência”, fruto do contexto sócio-histórico exposto no capítulo I, a visão sobre a incapacidade do corpo da mulher para parir, por si só, se manifestará, por exemplo, por meio da maior exposição à Manobra de Kristeller e episiotomia - muitas vezes realizada nas mulheres negras sem anestesia.

No âmbito das políticas públicas, houve avanços no que diz respeito ao combate dessas violações e à consequente humanização da assistência à parturição, sobretudo a partir da década de 1970, quando mulheres reivindicaram por direitos reprodutivos, centradas na “autonomia corporal, o controle da própria fecundidade e atenção especial à saúde reprodutiva” (VENTURA, M., 2009, p. 22). A partir dos anos 1980 e 1990, esse debate ganha mais força e passa a se materializar em conquistas em legislações e documentos internacionais.

Resultou-se desses movimentos dois dos principais marcos no avanço da conquista desses direitos: o Plano de Ação do Cairo, realizado em 1994 na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, e o documento resultante da IV Conferência Mundial da Mulher, realizada em 1995, em Pequim. Dentre suas características centrais, destaca-se no Plano de Ação do Cairo o reconhecimento de crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, povos indígenas e pessoas com deficiência, dentre outros, como sujeitas/os de direitos reprodutivos (Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 2007, p. 98-99; 104).

Já em relação ao documento resultante da IV Conferência Mundial da Mulher, dentre seus objetivos destacam-se a promoção de serviços de atendimento primário à saúde mais acessíveis, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, e o reconhecimento do aborto inseguro como uma questão de saúde pública (Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, 1995, p. 181-182). Enfatiza-se, ainda, ao longo da declaração, a importância de garantir o direito à autonomia e à autodeterminação para as mulheres, em condições de igualdade.

Ressalta-se que os direitos sexuais e reprodutivos⁷ são frutos do movimento das mulheres e tem como uma de suas fontes de efetivação as políticas públicas e sociais. Estão inscritos no âmbito dos direitos humanos, uma vez que estes correspondem à garantia de gozar dos direitos, liberdade e segurança pessoal sem distinção de qualquer espécie, “seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião

⁷ O tratamento social e jurídico distinguindo a diferenciação entre direitos sexuais e reprodutivos faz-se importante. Isto porque, apesar de sua interlocução, os direitos sexuais traduzem a garantia de acesso a vivência da sexualidade de forma mais ampla, para além da esfera reprodutiva, assim como o exercício reprodutivo estende-se para além das relações sexuais (como os casos de fertilização in vitro, por exemplo).

política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição” (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948).

Assim sendo, a concepção de direitos humanos gera novas categorias, as quais consideram seus princípios norteadores ao mesmo tempo em que reconhecem necessidades sociais específicas. Destarte, os direitos sociais se relacionam entre si, sendo de responsabilidade do Estado garantir a proteção e promoção da garantia de acesso aos recursos e serviços necessários para sua efetivação. Concomitantemente, as condições para a segurança reprodutiva e sexual dependerá, também, da provisão de acesso à saúde, educação, leis trabalhistas e previdenciárias, dentre outras.

Nesse contexto, a própria Constituição de 1988 constitui um avanço no que tange aos direitos reprodutivos e sexuais, garantindo a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade e à segurança, nos termos do artigo 5º (BRASIL, 1988), bem como o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, nos termos do artigo 196º (BRASIL, 1988). Além disso, no âmbito da seguridade social, nos termos do artigo 201, inciso II, assegura a proteção à maternidade, especialmente à gestante (BRASIL, 1988), e no âmbito da assistência social, a “proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência (...)”, independentemente de contribuição à seguridade social, nos termos do artigo 203, inciso I (BRASIL, 1988). Dispõe, também, em seu artigo 226, § 7º, o acesso à informação e meios para decidir e gozar de seus direitos sexuais e reprodutivos, livre de coerção:

“Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.” (BRASIL, 1988)

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS), passou a divulgar recomendações e condutas para atenção à parturição, categorizadas em: condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas; e condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado. Já no âmbito nacional, em 2000, o Ministério da Saúde promoveu um conjunto de ações voltadas à redução dos índices de morbimortalidade materna,

peri e neonatal, instituindo o Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN):

“O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.” (BRASIL, 2002, p. 5)

No PHPN, destacam-se os preceitos de atendimento digno à mulher, recém-nascido e familiares, por meio da garantia de um atendimento ético e da instituição de um ambiente acolhedor. Somado a isso, destaca-se a importância de procedimentos e condutas baseados em evidências científicas, evitando intervenções desnecessárias e prejudiciais à saúde da mulher e da/o recém-nascido.

Nesse mesmo sentido do PHPN, no que tange aos esforços para a redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil, foi lançado em 2004 o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que reforçou ações estratégicas para este objetivo. Dentre elas, encontram-se: assegurar o direito à/ao acompanhante; qualificar e humanizar a atenção ao parto, ao nascimento, ao abortamento legal ou ao abortamento inseguro; a intensificação do cuidado pós-parto com a mulher e a/o recém-nascido; dentre outros (Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, 2004, p. 2).

Por fim, em março de 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha. Propôs-se com este Programa a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher parturiente e criança, desde a gestação ao parto, nascimento e puerpério. Com ele, são oferecidos recursos para a ampliação de exames, tais como testes de gravidez e de detecção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), bem como para ampliação, qualificação e adequação de leitos e da ambiência das maternidades, sendo todos esses serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A assistência hospitalar à parturição tornou-se praticamente universal no país, com uma taxa de 98,4% dos nascimentos entre 2006 e 2007, e, neste mesmo período, 80,9% das/os sujeitas/os parturientes realizaram mais de cinco consultas de pré-natal (VICTORA, et. al., 2011, p. 36). Apesar dos avanços significativos de

políticas públicas e sociais voltadas à atenção e assistência humanizada, livres de violações e coerções, e da universalização do acesso aos sistemas de saúde, estes fatores não são diretamente proporcionais à qualidade de atendimento ofertado. Indicadores de atenção pré-natal e obstétrica expostos pela pesquisa “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”, de Leal et. al. (2017), apontam maiores índices de um pré-natal inadequado entre as mulheres parturientes, com maior recorrência entre as mulheres negras (LEAL et. al, 2017, p.7-9).

Nesse cenário, verificou-se disparidades raciais, um gradiente de cuidado entre mulheres pretas, pardas e brancas. Além de possuírem um maior risco de um pré-natal inadequado, as mulheres pretas e pardas também apresentam uma maior peregrinação entre as maternidades e recebem menos orientações sobre o início do trabalho de parto e sobre complicações na gravidez (LEAL et. al, 2017, p.7-8). Em relação à mortalidade materna, esta chega a ser duas vezes e meia maior em mulheres negras do que em brancas (Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2016). A realidade vivenciada por mulheres durante a assistência médica-hospitalar à parturição é um reflexo dos pilares estruturantes do capitalismo, pautados na apropriação e exploração de gênero, raça/etnia, classe e sexualidade.

Sobretudo diante da responsabilidade de garantir saúde e bem-estar à sua cria, os direitos das mulheres são concebidos em detrimento aos da criança, quando, na realidade, é inviável dissociá-los. A garantia de um pré-natal adequado e de um parto humanizado e, ainda, de acesso aos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, como alimentação de qualidade, impactará não apenas os índices de morbimortalidade materna, mas diretamente o desenvolvimento infantil saudável, conforme discorreremos ao longo deste capítulo. Por ora, vejamos como a violência obstétrica se materializa no cotidiano de assistência à parturição, bem como as condicionalidades atravessam a vivência dessas mulheres.

Para tanto, retomaremos nessa produção dados da iniciação científica realizada no período de agosto de 2020 a julho de 2021, aprovada pelo comitê de ética em pesquisa (CAAE 44038721.00000.5505). Entendendo que este trabalho se desenvolve na sequência da entrega do relatório da iniciação científica, optamos por aprofundar a análise dos dados e relacioná-los com outras referências teóricas, tratando-se portanto, de uma nova e diversa produção.

Com a participação total de 21 mulheres cis-gênero parturientes, por adesão voluntária, o estudo supracitado foi organizado em torno de três pilares principais: a pesquisa bibliográfica, por meio da qual buscou-se realizar o aprofundamento acerca da literatura já existente sobre o tema, bem como o levantamento de dados nacionais sobre violência obstétrica, à título de parâmetros de comparação; coleta de dados por meio de questionário online, testado previamente e construído com instruções precisas e linguagem objetiva e acessível, cujas interrogações buscou acolher a visão das/os sujeitas/os envolvidas/os e possibilitar um momento de reflexão; e a entrevista semiestruturada, cujo roteiro destinou-se a dirigir a conversação para auferir os objetivos da pesquisa.

No que tange ao questionário online, as perguntas foram estruturadas em blocos temáticos, a saber: características sociodemográficas maternas; características do parto; indicadores de atenção pré-parto; o tratamento recebido ao longo da internação; indicadores de atenção obstétrica; e a concepção das voluntárias sobre violência obstétrica e o tratamento ofertado a elas na situação de parturição. Por meio desta estruturação, buscou-se identificar o perfil das voluntárias, problematizar o tema em questão e abrir espaço para falas dessas mulheres, buscando fortalecer sua voz e protagonismo.

A partir dos resultados obtidos, as fichas foram revisadas cuidadosamente, para seleção de mulheres a serem convidadas para entrevistas individuais. Os critérios de inclusão abrangiam a faixa etária (ter mais de 18 anos de idade, assim como o foi para o questionário online); ter vivenciado a parturição de 2011 em diante⁸; e ter permanecido, no mínimo, uma hora no espaço de pré-parto⁹. “Foi priorizado uma amostra que apresentasse diversidade em relação aos quesitos raça/cor; ao menos uma participante de cada instituição (pública e privada); e diversidade de intervenções médicas a que foram submetidas” (CARDOSO, P. F. G. e MOTTA F. F., 2020, p. 16-17). Dentro do prazo previsto, uma entre as setes convidadas retornou, aceitando a entrevista por adesão voluntária, sendo que as demais contactadas não retornaram o contato.

⁸ O critério a respeito do ano da parturição (de 2011 em diante) foi pensado para avaliação da realidade da violência obstétrica durante a assistência médica-hospitalar à parturição a partir da implementação do Programa Rede Cegonha, um dos principais marcos políticos referente à assistência humanizada integral às/aos sujeita/o parturiente e recém-nascido.

⁹ O estabelecimento deste critério justifica-se pela maior demanda por assistência durante este período.

A coleta de dados por esses três pilares priorizou, para além de uma análise quantitativa, uma análise qualitativa, desvelando o significado e os conceitos dessas experiências pelas vozes de quem as protagonizaram. Defende-se, destarte, a premissa de que “qualquer que seja a hipótese eleita para investigação, o método apresentará falha, se omitir a voz da principal sujeita ativa, protagonista do parto: a mulher.” (CIELLO, et. al., 2012, p. 19).

II.1 Vivências da parturição: análise crítica a partir da voz e relatos de mulheres parturientes

Parir e nascer devem ser compreendidos enquanto processos fisiológicos naturais e sociais. Para além do corpo biológico, o poder de decisão da/o sujeita/o parturiente deve estar atrelado a uma assistência à saúde adequada, humanizada e cujos procedimentos e tratamentos sejam ética e cientificamente respaldados e embasados. Para que este cenário torne-se viável, do acompanhamento clínico-ginecológico e pré-natal ao puerpério, é de suma importância e responsabilidade das/os profissionais que atravessarão essas vivências o exercício de uma atuação sob o horizonte de garantia de acesso e preservação aos e dos direitos sexuais, reprodutivos e humanos. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010):

“No campo da Saúde, a humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.” (BRASIL, 2010, p. 62)

Conforme elucida a autora Carmen Diniz (2005), falar em humanização nos serviços de assistência à parturição é uma forma estratégica e mais branda de dialogar com as/os profissionais de saúde sobre a violência institucionalizada

(DINIZ, 2005, p. 633), sobre a violação dos direitos à informação e à integridade física e psíquica. Reivindicar o parto humanizado implica reivindicar o reconhecimento da integralidade entre os direitos sociais, sexuais e reprodutivos dessas/es sujeitas/os, de seu protagonismo e da co-responsabilidade entre os atores envolvidos para garantia de acesso à informação, para que, assim, ocorra a decisão individual livre e consciente.

As reverberações de uma assistência humanizada resultam, inclusive, na redução dos índices de mortalidade neonatal. De acordo com o estudo realizado por Deborah Malta (et. al., 2007), dentre as principais causas de mortalidade neonatal, estas seriam evitáveis e reduzíveis por “(...) adequada atenção à mulher na gestação; (...) por adequada atenção à mulher no parto; (...) por adequada atenção ao recém-nascido; (...) por ações adequadas de promoção à saúde (...)” (MALTA et. al., 2007, p. 237).

Entretanto, esta experiência diverge daquelas relatadas por muitas mulheres que vivenciaram a parturição em instituições públicas e privadas no Brasil. De acordo com a pesquisa de opinião pública “*Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*”, publicado em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, de abrangência nacional, 25% das mulheres sofreram alguma violência no atendimento ao parto; dentre elas, foram denunciadas o exame de toque realizado de forma dolorosa (10%), a ausência de informação sobre um procedimento que estava sendo realizado (9%) e a negação de atendimento (8%) (Fundação Perseu Abramo, 2010, p. 173).

Em nossa pesquisa, “*Violência Obstétrica na cidade de Santos/SP: dando voz e visibilidade a mulheres e sua dor/força*”, encontramos o seguinte panorama de violência obstétrica: dentre as 21 mulheres participantes, apesar de 47,6% não terem identificado ter sofrido algum tipo de violência (física, verbal, moral, institucional e/ou psicológica), e de 14,3% não saber afirmar com certeza, 71,42% das voluntárias relataram ter sido submetidas a algum procedimento considerado violência obstétrica. Quando comparado ao índice no que tange ao cenário nacional, obtido pela pesquisa “*Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*”, a violência obstétrica no município em questão foi, aproximadamente, 2,85 vezes maior.

Dentre as intervenções consideradas violência obstétrica que as mulheres participantes da nossa pesquisa relataram encontram-se a episiotomia; o “*ponto do*

marido” (sutura a mais após a realização da episiotomia); uso de fórceps; medicalização para alívio de dores e para acelerar o trabalho de parto; exames de toque repetidos *com* o consentimento da mulher parturiente; e exames de toque repetidos *sem* o seu consentimento. Conforme discorreremos ao longo deste capítulo, apuramos na pesquisa em questão disparidades raciais, inclusive, nas formas como as manifestações da violência obstétrica se materializam de acordo com a cor da/o sujeita/o parturiente.

Isto descortina a urgência da interlocução entre a discriminação estrutural sobre a saúde da população, pauta que, por vezes, torna-se lacuna na produção da literatura, apesar dos fomentos de debates nos dias atuais. Decorrente desse cenário, segmentos da população, tais como a população negra e indígena, apresentam níveis mais elevados de adoecimento e de morte por causas evitáveis (LEAL et. al, 2017, p. 2). Estes fatores irão se relacionar aos níveis de escolaridade, classe social, sexualidade e idade, dentre outros, que, por consequência, trarão maior exposição a tratamentos mais hostis de violações de direitos durante a parturição.

A falta de informação, a submissão a procedimentos invasivos e, por vezes, sem o consentimento das/os sujeitas/os parturientes, podem marcar a parturição como uma experiência de dor e de alienação. Por mais que essas condutas e violações lhes causem estranhamento ou constrangimento, a ideologia enraizada de que a equipe médica, supostamente, ocuparia um lugar hierarquicamente superior, “detentora do conhecimento absoluto”, impedem-nas de identificar, de início, o teor da assistência ofertada. Relaciona-se, ainda, à preterição da retirada histórica do protagonismo das mulheres sobre a parturição em prol da posição da figura do médico como *aquela que dá à luz*.

A violência verbal também é marcante em instituições públicas e privadas durante esta assistência. De acordo com a pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2010), 23% das mulheres parturientes sofreram com a violência verbal, expressa em frases como: “*na hora de fazer não chorou/ não chamou a mamãe, por que está chorando agora?*”, “*se gritar eu paro agora o que eu estou fazendo, não vou te atender*” e “*se ficar gritando vai fazer mal pro seu neném, seu neném vai nascer surdo*” (Fundação Perseu Abramo, 2010, p. 177). Dentre elas, nota-se uma maior exposição de mulheres pardas (28%) e pretas (22%) a esta forma de violência, quando comparadas às mulheres brancas (21%).

Fruto do conjunto dessas violações, mulheres parturientes, brancas e negras, participantes de nossa pesquisa assinalaram angústia (23,8%) e medo (28,6%) como alguns dos sentimentos que descrevem sua parturição no que diz respeito à assistência médica e hospitalar ofertadas (CARDOSO, P. F. G e MOTTA F., F., 2020, p. 37). Na entrevista individual, uma mulher voluntária depôs o seguinte relato:

*“Eu realmente sou uma pessoa bem controlada no sentido de que eu preciso ter uma inteligência emocional para fazer o que eu faço: eu sou professora há quase 20 anos, e para você estar numa posição dessa, você tem que ter uma estabilidade emocional; só que na maternidade eu me senti muito **vulnerável**, eu me senti muito **angustiado**, porque **me faltava explicação** do que estava acontecendo. E isso desde a hora que cheguei lá e fiz o check-in; meu médico já me falou que a gente precisaria fazer a cesárea [...]. Enfim, eu já senti um descaso desde a hora que eu cheguei” - trecho do relato da participante entrevistada.* - grifo nosso (CARDOSO, P. F. G e MOTTA F., F., 2020, p. 37)

Um outro dado importante em relação à violação de direitos que influenciam os sentimentos vivenciados na parturição, diz respeito ao direito à presença de acompanhante. A Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, assegura a obrigação dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) à garantir à mulher parturiente o direito a um/a acompanhante de sua escolha, nos seguintes termos:

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

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

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.” (BRASIL, 2005, p.1).

A portaria do Ministério da Saúde nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005, define como pós-parto imediato o período de 10 dias após o parto. Apesar de

garantido por Lei e recomendado pela Organização Mundial de Saúde para uma experiência de parto positiva (OMS, 2018), a nossa pesquisa com mulheres parturientes realizada em Santos/SP verificou que 19% delas relataram ter permanecido sem acompanhante em algum momento; destas, 75% dos casos decorreu de um impedimento do hospital. As justificativas infundadas oferecidas às mulheres parturientes para a violação deste direito constituem violência obstétrica de caráter institucional e, por causas subjacentes, de caráter psicológico. Dentre elas, comumente são reproduzidos discursos como:

“1) (...) restrição da escolha da mulher. Exemplos: ‘só pode entrar se for uma mulher’, ‘só pode entrar se for o pai’, ‘só pode entrar se for da família’, ‘só pode entrar se for profissional da área médica’ (...)

2) (...) restrição do tempo de permanência do acompanhante. Exemplos: ‘só pode entrar no pré-parto’, ‘só pode entrar no momento do parto’, ‘só pode ficar durante o pós-parto’, ‘só pode ficar durante o horário de visitas’ (...)

3) (...) restrição pelo vínculo com a instituição. Exemplos: ‘esse direito só vale para o SUS’, ‘só pode na ala privada’, ‘só para quem paga quarto’, ‘é um direito só para quem tem plano de quarto privativo’, ‘não pode ficar acompanhante para quem tem acomodação de enfermaria ou quarto coletivo’, ‘só para o particular’. (...)

4) (...) restrição pelo tipo de parto. Exemplos: ‘só pode acompanhante em parto normal’, ‘só pode acompanhante se for cesárea’. (...)

5) (...) impedimento da entrada ou permanência de acompanhante. Exemplos de outras alegações: ‘o médico não deixou’, ‘é um protocolo do hospital’, ‘o anestesista não deixou’, ‘alegaram desconhecer essa lei’, ‘segurança entrou e retirou o acompanhante de dentro do quarto’, ‘disseram que iam deixar entrar depois mas não deixaram’.” (CIELLO, et. al., 2012, p. 65-69)

Para além de uma assistência humanizada, evidências científicas comprovam a facilitação em prol da fisiologia do parto quando garantido este direito. Isto porque a presença de uma pessoa de confiança da/o sujeita/o parturiente contribui para que, diante de um momento de vulnerabilidade, sintam-se acolhidas e seguras. Destarte, os desdobramentos causais decorrem na diminuição do tempo de trabalho de parto e do uso de medicação para alívio de dor e,

consequentemente, de medicação para acelerar o trabalho de parto (ARAÚJO, S. M. K., 2011, p. 23).

Somado à isso, tem-se como benefícios, embasados cientificamente, melhoria nos escores de Apgar¹⁰, o fortalecimento do vínculo entre mulheres mães e suas crias e a contribuição, de forma positiva, para os índices de amamentação (CIELLO et. al., 2012, p. 64). No caso de cesáreas, os benefícios da presença de acompanhante abrangem, também, a diminuição dos sentimentos de ansiedade e solidão, além de auxiliar para maior duração do aleitamento materno (CIELLO et. al., 2012, p. 64). Há, ainda, de se ressaltar que a presença de um/a acompanhante pode prevenir determinadas manifestações de violência obstétrica.

À exemplo, vide o caso da mulher parturiente, estuprada durante a cirurgia cesariana: de acordo com a matéria publicada pelo Globo (PUTINI, J., 2022), a violência sexual ocorreu no momento em que o acompanhante da mulher gestante, a qual encontrava-se sedada pelo anestesiológico, deixou o centro cirúrgico para acompanhar o bebê ao berçário. A objetificação da mulher, resumindo-a ao sexo e apropriando-se de seus corpos e de sua vida, abduz-na de sua condição de sujeito, e materializa a forma mais desmascarada das *relações de sexagem* (Guillaumin apud Cisne, 2018, p. 72).

Em relação à vivência da parturição, outras manifestações recorrentes de violência obstétrica enraizadas dizem respeito ao “*corte por cima*” e ao “*corte por baixo*”, isto é, cesárea e episiotomia. A taxa ideal de cesáreas recomendada pela OMS é de 10 a 15%¹¹. De acordo com nossa pesquisa, 72,72% das mulheres que realizaram o parto em instituições privadas foram submetidas a cirurgia cesariana; nas instituições públicas, esta taxa foi de 42,85%:

“Na minha primeira gestação, durante os atendimentos do pré-Natal, a obstetra que eu havia escolhido, desde o início falava que dificilmente eu teria parto normal, principalmente pela minha idade (na época eu tinha 34 anos). Ela agendou a cesária, porém, 1 dia antes da data marcada eu entrei em trabalho de parto e fui para o Hospital, não avisei a obstetra pois ela não dá o telefone dela para

¹⁰ Apgar é o termo científico que designa uma escala proposta pela médica Dra. Virgínia Apgar. Refere-se à avaliação de cinco sinais nos primeiros minutos de vida do bebê, sendo eles: força muscular, frequência de batimentos do coração, reflexo, respiração e cor. A somatória desses sinais gera uma nota que varia de 0 a 10, indicando o nível de adaptação da vida fora do útero e necessidade de assistência médica imediata. A pontuação entre 7-10 indica boa vitalidade (Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente, 2020).

¹¹ Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), do Ministério da Saúde, divulgados pelo jornal Diário do Litoral, referente ao ano de 2019 (Sinasc apud Souza, 2019).

as pacientes e a orientação era sempre que acontecesse algo, eu deveria ir para o hospital e lá eles entrariam em contato com ela. Fui atendida por um plantonista que disse que eu estava em trabalho de parto e chamaria a minha médica. Assim que ela chegou ela nem me examinou e disse que teríamos que fazer a cesária. Não teve nenhuma explicação, simplesmente fomos para o centro cirúrgico sem sequer ela perguntar se eu gostaria de tentar o parto normal. Como o meu segundo filho nasceu de parto normal quando eu tinha 39 anos, tive a certeza que os argumentos da médica estavam errados. Não tenho nenhum problema em divulgar o nome da médica e aliás sempre que alguém fala o nome dela eu já alerto dizendo que ela é cesarista e não respeita a vontade das pacientes (...)’ - relato de uma das participantes ao questionário; mulher cis-gênero, autodeclara-se branca e vivenciou a parturição em instituição privada de saúde.” (CARDOSO, P. F. G e MOTTA F., F., 2020, p. 27-28)

Frequentemente, as indicações de cirurgias cesarianas são realizadas de modo rotineiro durante a assistência à parturição, porém, sem respaldo na literatura. Ciello et. al. (2012) aponta que, por vezes, as mulheres parturientes não são esclarecidas da necessidade do procedimento ou são ludibriadas a optar por ele, sobretudo em períodos de troca de plantão, em que há um entendimento entre os médicos de “limpar a área”, para que o próximo assuma (CIELLO et. al., 2012, p. 114).

Estudo realizado por Souza et. al (2010) elucida que o risco de mortalidade materna em cesárea é de, aproximadamente, quatro a cinco vezes maior do que no parto vaginal, além de estar associada ao aumento de mortalidade e morbidade perinatal (SOUZA et. al., 2010, p. 506). Nos casos de cesáreas eletivas realizadas antes da 39ª semana de gravidez, eleva-se o risco de admissão na unidade de terapia intensiva neonatal e de síndrome da angústia respiratória do recém-nascido (SOUZA et. al., 2010, p. 506).

No Brasil, aproximadamente 55% dos partos realizados são cesáreas (FIOCRUZ, 2021). Apesar de pesquisas apontarem preferência da mulher pelo parto vaginal, entrevistas em profundidade revelam a crença enraizada da preferência por cesáreas, por serem menos dolorosas (VICTORA et. al., 2011, p. 34). Comumente, quando oferecida alguma *justificativa* sobre a cesárea à mulher

parturiente, a equipe médica, por vezes, apoia-se na provocação de sentimentos como medo e terror em relação à segurança e risco de vida do bebê, alegando a necessidade de cesárea devido à circular de cordão.

Aproximadamente 60% dos fetos têm uma circular cervical em algum momento durante a gravidez; de 25 a 50% dos casos resolvem-se anterior ao parto (SOUZA et. al., 2010, p. 511). Evidências científicas apontam que:

“Uma circular frouxa não precisa ser desfeita, podendo o nascimento processar-se normalmente. Para circulares apertadas, recomenda-se a manobra de Somersault, com ligadura tardia do cordão” (SOUZA et. al., 2010, p. 511)

Em 2006, quase metade das cesáreas (46,2%) foram agendadas com antecedência (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS, 2006, p. 161). Ainda referente a este dado, a taxa de cesarianas no sistema privado, em 2006, atingiu 80,8%, frente a 33,6% no sistema público (PNDS, 2006, p. 162). De acordo com Leal et. al. (2017), as mulheres negras (pretas e pardas) são menos expostas a cirurgias cesarianas, quando comparadas às mulheres brancas. Estudos apontam uma maior recorrência desta cirurgia entre mulheres de grupos socioeconômicos mais privilegiados, com maior escolaridade e mulheres brancas (VICTORA et. al., 2011, p. 34).

Em nossa pesquisa, a nível local, as mulheres brancas concentraram-se, majoritariamente, nas instituições privadas de saúde (92,85%); as mulheres negras (pretas e pardas), por sua vez, concentraram-se nas instituições públicas (83,33%). O enovelamento dessas condicionalidades apontam o reflexo das desigualdades estruturais - sobretudo a tríade gênero-raça/etnia-classe - nas condutas e intervenções enraizadas na atenção obstétrica.

Nesse âmbito, não é descabido afirmar que o nível de escolaridade e informação, bem como as condições financeiras e classe pertencentes, também influenciarão a submissão a tratamentos mais rudes e humilhantes, expondo-as a maior vulnerabilidade e maior probabilidade de solidão durante a parturição.

*“Fiquei muito tempo no pré. E logo após o parto, fiquei mais de meia hora no corredor esperando vagar uma sala de pós antes de subir para o quarto. Além disso, meu marido não pode ficar comigo no pós imediato. Tentaram impedir a presença da minha doula no pós imediato mas meu obstetra lembrou a *** [nome da maternidade*

censurada] que uma doula é lei independente da via de parto e liberaram. Além disso, minha bebê teve uma icterícia neonatal fortíssima. Ficamos 10 dias na maternidade e de início não me explicaram claramente os procedimentos e consequências. Induziram o uso de fórmula, falavam que meu leite não bastava. Tenho sorte e busquei informações quando precisei. Sou branca, com duas formações universitárias, paguei obstetra particular, tive doula e consultoria de amamentação, mas nem todas mães têm essa sorte. Espero que essa pesquisa ajude essas mães.’ - a mulher entrevistada relata em resposta ao questionário; mulher cis-gênero, autodeclara-se branca e vivenciou a parturição em instituição privada de saúde.” (CARDOSO, P. F. G e MOTTA F., F., 2020, p. 48).

Já em relação ao “corte por baixo”, isto é, a episiotomia, esta consiste em um corte na região do períneo, com tesoura ou bisturi. Ela, por si só, constitui um trauma de segundo grau, visto que afeta a estrutura do períneo, como “músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris” (CIELLO et al., 2012, p. 80).

É a única cirurgia realizada, por vezes, sem o consentimento da/o sujeita/o que a recebe. A OMS classifica o uso liberal e rotineiro de episiotomia como uma conduta frequentemente utilizada de modo inadequado (UNASUS, 2014).

As complicações decorrentes desse procedimento realizado rotineiramente são descritas no trecho que segue abaixo:

“Com o advento da Medicina Baseada em Evidências, os obstetras precisam considerar que os riscos de lesão materna superam os possíveis benefícios. Além de não proteger o assoalho pélvico, a episiotomia aumenta a frequência de dor perineal, dispareunia, perda sanguínea, laceração do esfíncter anal, lesão retal e incontinência anal, sem reduzir as taxas de incontinência urinária ou melhorar os resultados neonatais. Quando realizada rotineiramente sem indicação precisa, a episiotomia foi descrita por Marsden Wagner como mutilação genital feminina, devendo, portanto, ser evitada.” (AMORIM; KATZ; 2008)

Dado as características das mulheres negras em relação a maior tendência à formação de quelóides, a submissão à episiotomia poderá, também, acarretar maiores complicações cicatriciais (CIELLO et. al., 2012, p. 89).

Em nossa pesquisa, verificou-se uma maior recorrência de episiotomia entre mulheres negras (33,33%) do que em mulheres brancas (7,14%). Entre as mulheres negras, 50% relataram ter recebido anestesia local apenas antes da sutura, o que indica que o corte em si foi realizado sem anestesia. Entre as mulheres brancas submetidas a episiotomia, todas receberam anestesia antes do corte e da sutura. Em âmbito nacional, este padrão de que mulheres negras tendem a receber menos analgésicos no decorrer da episiotomia também se repete (LEAL et. al. 2017, p. 10).

Hoffman et. al. (2016) elucida disparidades no tratamento da dor entre pessoas negras e brancas, baseadas em crenças infundadas e falaciosas de diferenças biológicas. Assim sendo, o racismo enraizado irá refletir em uma prescrição insuficiente de medicamentos e analgésicos (como anestesia antes do corte e da sutura) para pacientes negras/os, enquanto para pacientes brancas/os, isto será refletido em uma prescrição excessiva de medicalização (HOFFMAN et. al., 2016). Há profissionais da saúde que mencionam, ainda, uma suposta adequação da pelve de mulheres negras para parir (LEAL et. al., 2017, p. 10), fruto de uma herança escravocrata que concebem mulheres negras como *resistentes à dor e parideiras por excelência*.

Esse fato foi verificado em nossa pesquisa: além de receberem menos anestesia local, as mulheres negras também tendem a receber menos medicamentos para alívio de dores. Enquanto esta foi a intervenção mais recorrente entre as mulheres brancas (28,57%), nenhuma das mulheres negras relatou esta aplicação. De fato, há evidências e recomendações em relação a não-medicalização no trabalho de parto. A OMS classifica como uma das condutas claramente úteis e que deveriam ser encorajadas “não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento” (UNASUS, 2014).

Entretanto, é preciso compreender que, diante de um modelo assistencial intervencionista dominante na assistência à saúde, algumas intervenções, como o caso de medicamentos e de cesáreas, são consideradas como *cuidado* pela equipe médico hospitalar. As múltiplas violações pelas quais mulheres negras são submetidas - tais como racismo e violência obstétrica -, somadas à banalização de

sua dor perpetuam um cenário cujos efeitos individuais e coletivos podem ser duradouros ou mesmo permanentes.

As complicações do conjunto de violações dos direitos sexuais, reprodutivos e humanos às mulheres são múltiplas, conforme dissertado neste capítulo. Assim sendo, é preciso profissionais da área da saúde capacitadas/os e comprometidas/os com os princípios que norteiam a assistência humanizada - inclusive assistentes sociais. Para tanto, deve-se apreender a complexidade e totalidade que abrange a violência obstétrica, descortinando suas raízes, a fim de obliterar as violações e disparidades de gênero, classe e étnico-raciais no processo de cuidado e atenção à saúde das sujeitas que protagonizam a parturição: as mulheres.

Considerações Finais

As manifestações da violência obstétrica revelam seu caráter histórico e ideologias enraizadas, sobretudo no que tange ao envelhecimento das questões de gênero, raça/etnia e classe. Isso significa que, somado a esta violência, as situações são agravadas, ainda, pelo racismo estrutural e internalizado, transfobia, classismo, dentre outros. Mulheres sofrem múltiplas-violações e têm ferida sua integridade física e psicológica frente ao preconceito e discriminação enraizados nas condutas de assistência à parturição. Estima-se que, no Brasil, a mortalidade materna entre mulheres negras chega a ser duas vezes e meia maior do que entre mulheres brancas (Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2016).

Isto porque o parto, outrora um ritual entre e para mulheres e um momento de triunfo da cooperação feminina, em que elas reuniam-se ao redor da cama, nas casas das futuras mulheres mães, sofreu uma drástica mudança a partir dos séculos XVI e XVII. Diante da demanda de um período histórico mercantilista por uma rígida política reprodutiva capitalista, instaurou-se a guerra contra as mulheres - conhecida como *caça às bruxas* -, processo fundamental para a consolidação do capitalismo. Suas consequências reverberaram na ruptura do controle indiscutível que as mulheres haviam assumido sobre seus corpos, sobre a parturição e sobre os métodos contraceptivos, dando início à masculinização das práticas médicas (FEDERICI, 2004, p. 161).

As parteiras, marginalizadas sob acusações de violações de normas reprodutivas - incluindo o infanticídio - e as mulheres parturientes passaram a ser

reduzidas a um papel passivo no parto; a comunidade feminina ao redor da cama foram, agora, expulsas das salas; a hierarquia que coloca a figura dos médicos homens como detentor do conhecimento absoluto dominou o espaço sob a falaciosa ideologia de que o corpo da mulher, por si só, não sabe ou não é capaz de parir.

Consubstancial a esse processo, com a hospitalização do parto a partir do século XX, a farmacologização e o uso indiscriminado de cirurgia, técnicas e instrumentos a fim de acelerar o trabalho de parto corroborou para a patologização de um processo fisiológico natural. A instauração de uma lógica de linha de produção sobre esse fenômeno pôs em cheque a garantia de direitos e da integridade física, psicológica e emocional de sujeitas/os parturientes, em que priorizou-se a produtividade e a “*limpeza da área*” nas trocas de plantões (CIELLO et al., 2012, p. 114), em detrimento a uma atuação embasada em evidências científicas.

Destarte, as origens sócio-históricas revelam e descortinam os pilares que estruturam a perpetuação do conjunto de violações dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos durante à assistência à parturição e, portanto, a perpetuação da violência obstétrica. Em uma relação dialética, ao mesmo tempo em que estruturam, o conjunto dessas violações são estruturados pela sociabilidade cishetero-patriarcal-racista, intrínseca ao capitalismo.

Nesse sentido, percebe-se elementos para a identificação e reconhecimento profissional de assistentes sociais nesta área de atuação, visto que dentre os princípios ético-políticos fundamentais da profissão encontram-se a defesa intransigente dos direitos humanos (BRASIL, 1993, p. 23). Além disso, reconhecemos na liberdade o valor ético central, e as demandas por autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais a ela inerentes. Isto demanda o comprometimento da atuação profissional com a garantia de acesso à informação, a democratização de acesso à políticas públicas e sociais disponíveis no espaço institucional e um posicionamento em favor da equidade e justiça social.

Haja vista à interlocução existente entre os direitos humanos, sociais, sexuais e reprodutivos, conforme discorrido ao longo deste estudo, a atuação de assistentes sociais, seja na seguridade social, assistência social ou na área da saúde, deverá contribuir para a educação permanente das equipes e avaliar constantemente as dificuldades que se apresentam no processo coletivo, além de garantir o acesso

para as/os sujeitas/os às políticas públicas e sociais com essa finalidade. Por fim, conforme aponta o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010):

“(...) a diversidade humana não é garantida nessa sociabilidade. Prevalece um conjunto de violações de direitos, sobressaindo a reprodução de inúmeras formas de opressão que afetam a vida cotidiana. Essas formas de opressão são resultantes da negação da diversidade humana e se materializam em ações de violência”

Assim sendo, nos cabe o exercício da profissão sem discriminação por questões de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física, visando, ainda, o processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, raça/etnia e gênero.

Neste estudo, auferimos o objetivo de compreender a interlocução entre a violência obstétrica e as violações sistemáticas dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos de mulheres em uma sociedade cishetero-patriarcal-racista. A contribuição por meio desta produção visa ampliar a literatura em Serviço Social acerca desta temática, entendendo as necessidades sociais das/os sujeitas/os parturientes e assentadas sob o horizonte de transformação social. Buscou-se, por fim, o reconhecimento da promoção de autonomia e bem-estar a partir da garantia da inviolabilidade dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos, bem como da integridade física e psíquica, de mulheres e demais sujeitos parturientes.

Referências Bibliográficas

AMORIM, M. M. R.; KATZ, L. **O papel da episiotomia na obstetrícia moderna.** Femina, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-493990>. Acesso em: dezembro de 2022.

ARAÚJO, Keila Santiago Massote. **A presença do acompanhante no trabalho de parto e parto: uma contribuição para a melhoria da assistência.** UFMG, 2011. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9DNG4E/1/monografia_keila_santia.go.pdf. Acesso em: dezembro de 2022.

BITTENCOURT, C. **Você conhece as recomendações da OMS para o parto normal?** UNA-SUS, 2014. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/voce-conhece-recomendacoes-da-oms-para-o-parto-normal#:~:text=%2D%20Usar%20materiais%20descart%C3%A1veis%20ou%20realizar,durante%20o%20trabalho%20do%20parto>. Acesso em: dezembro de 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: dezembro de 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: dezembro de 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993.** Código de Ética do/a assistente social. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: dezembro de 2022.

BRASIL. **Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: dezembro de 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: dezembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento.** Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: dezembro de 2022.

BRASIL. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.** Brasil, 2004. Disponível em: <https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/pactopsfinfo22.pdf>. Acesso em: dezembro de 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.418, de 03 de dezembro de 2005.** Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html. Acesso em: dezembro de 2022.

BRASIL. **Portaria nº 603, de 9 de maio 2017.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/maio-2017-pdf/64361-portaria-aleitamento-1105-pdf/file>. Acesso em: dezembro de 2022.

CARDOSO, P. F. G.; MOTTA, F. F. **Relatório de Iniciação Científica Violência Obstétrica na cidade de Santos/SP: dando voz e visibilidade a mulheres e sua dor/força.** FAPESP, 2020.

CIELLO, Cariny; DINIZ, Simone Grilo et al. **Violência obstétrica: parirás com dor**. Senado Federal: Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: dezembro de 2022.

CISNE, Mirla; SANTOS, Silvana Mara Morais. **Feminismo, Diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo. Cortez. 2018.

COWLING, Camillia. **Conceiving freedom: women of color, gender, and the abolition of slavery in Havana and Rio de Janeiro**. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/770/77046998013.pdf>. Acesso em: dezembro de 2022.

Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Violência Obstétrica: você sabe o que é?**. Sentidos do nascer, 2013. Disponível em: <https://sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica.pdf>. Acesso em: dezembro de 2022.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciência & Saúde Coletiva, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: dezembro de 2022.

EHRENREICH, Barbara E ENGLISH, Deirdre. **Bruzas, Parteiras e Enfermeiras: uma história das curandeiras**. The Feminist Press, 1973.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. USP, 2004. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4196118/mod_resource/content/1/Federici%20S.%20%282004%29.%20Caliba%20e%20a%20bruxa_mulheres%20%20cor

[po%20e%20acumula%C3%A7%C3%A3o%20primitiva.%20Cap%C3%ADtulo%20IV.pdf](#). Acesso em: dezembro de 2022.

FEDERICI, Silvia. **Mulheres e a caça às bruxas**. Boitempo, 2019.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa Franco. **Análise de conteúdo**. Brasília: Plano Editora, 2003.

Fundação Perseu Abramo. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados**. SESC, 2010. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf. Acesso em: dezembro de 2022.

HOFFMAN, Kelly M. **Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites**. PNAS, 2016. Disponível em: <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.1516047113>. Acesso em: dezembro de 2022.

LIMA, Ivana Stolze et. al. **Instituições Nefandas: O fim da escravidão e da servidão no Brasil, nos Estados Unidos e na Rússia**. Rio de Janeiro, 2018.

MACFARLANE, Alan. **Witchcraft in Tudor and Stuart England: A Regional Comparative Study**. Nova York, Harper & Row, 1970.

MARSIGLIA, R. M. G. **Orientações básicas para a pesquisa**. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente. **Escala de Apgar**. Universidade Federal de Minas Gerais, 2020. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/observaped/escala-de-apgar/>. Acesso em: dezembro de 2022.

Organização das Nações Unidas (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** ONU, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: dezembro de 2022.

Organização Mundial da Saúde (ONU). **Todas as mulheres têm direito a uma experiência de parto positiva.** ONU, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/pt/multi-media/details/all-women-have-a-right-to-a-positive-childbirth-experience>. Acesso em: dezembro de 2022.

Plataforma de Cairo. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.** UNFPA Brasil, 2007. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%Aancia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%Aancia-do#:~:text=O%20resultado%20da%20Confer%C3%Aancia%20foi,da%20igualdade%20de%20acesso%20%C3%A0>. Acesso em: dezembro de 2022.

PUTINI, Júlia. **Gestante tem direito a acompanhante no parto? Entenda.** G1, 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2022/07/11/gestante-tem-direito-a-acompanhante-no-parto-entenda.ghtml>. Acesso em: dezembro de 2022.

SAFFIOTI, H.P. **Gênero, patriarcado e violência.** São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência.** Fundação Perseu Abramo, 2015. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2021/10/genero_web.pdf. Acesso em: dezembro de 2022.

SOUSA, Caroline Passarini et. al. **Localizando a mulher escravizada nos Mundos do Trabalho.** Cantareira, 2021. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/cantareira/article/view/44322/28124>. Acesso em: dezembro de 2022.

SOUZA, Alex Sandro Rolland et. al. **Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico.** Femina, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1708.pdf>. Acesso em: dezembro de 2022.

TADDEO, Eduardo. **Mulheres Negras.** In: YZALÚ. Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/yzalu/mulheres-negras.html>. Acesso em: dezembro de 2022.

VICTORA, C.G.; AQUINO, E.M.; LEAL, M.C. et al. **Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios.** The Lancet, 2011. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/saude-de-maes-e-criancas-no-brasil-progressos-e-desafios/>. Acesso em: dezembro de 2022.