



**UFAM**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA – PPGSS



**Atenção ao Parto e Nascimento em Manaus: um olhar para as denúncias de Violência  
Obstétrica registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista**

ANA PAULA DIAS CORRÊA

Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM)

MANAUS/AM

2022

ANA PAULA DIAS CORRÊA

**Atenção ao Parto e Nascimento em Manaus: um olhar para as denúncias de Violência  
Obstétrica registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista**

Dissertação de mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas. Linha de pesquisa: Gestão social, Desenvolvimento, Ambiente, Direitos humanos, Cultura e Diversidade socioambiental, sob orientação da Professora Doutora Iraildes Caldas Torres.

MANAUS/AM

2022

## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C824a      Correa, Ana Paula Dias  
Atenção ao Parto e Nascimento em Manaus: um olhar para as denúncias de Violência Obstétrica registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista / Ana Paula Dias Correa . 2022  
145 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Iraildes Caldas Torres  
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Relações de Gênero. 2. Violência Obstétrica . 3. Manaus/AM.  
4. Humaniza Coletivo Feminista. I. Torres, Iraildes Caldas. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

ANA PAULA DIAS CORRÊA

**Atenção ao Parto e Nascimento em Manaus: um olhar para as denúncias de Violência  
Obstétrica registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista**

Aprovada em 10 de Outubro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Iraildes Caldas Torres – Presidente  
Universidade Federal do Amazonas (PPGSS/UFAM)

---

Profa. Dra. Márcia Maria de Oliveira  
Universidade Federal De Roraima (PPGSOF/UFRR) – Membro Externo

---

Profa. Dra. Alice Alves Menezes Ponce de Leão  
Universidade Federal do Amazonas - PPGSS/UFAM – Membro Interno

***Dedicatória***

A todas as pessoas vítimas da violência obstétrica

A todas as mulheres que vieram antes de mim e trilharam  
o caminho que permitiu realizar esta pesquisa

A todas as mulheres que estão quebrando correntes ao  
meu lado para construirmos um mundo melhor

Em especial, àquela que me inspira a continuar lutando,  
minha afilhada, Maria Helena

## AGRADECIMENTOS

Realizar o mestrado em meio a uma pandemia que paralisou o mundo e desalinhou todos os meus sentimentos só foi possível porque em nenhum momento estive sozinha. Dedico, então, toda a minha gratidão àqueles que estiveram ao meu lado e, de alguma forma, me incentivaram a prosseguir, um passo de cada vez.

Agradeço à minha orientadora, professora doutora Iraildes Caldas Torres, por me recepcionar quando, durante a graduação, eu apresentei a ela uma proposta de pesquisa de Iniciação Científica com o tema da violência obstétrica. O acolhimento no Grupo de Pesquisa, Estudo e Observatório Social: Gênero, Política e Poder (Gepos) foi essencial para a minha inserção no mundo da pesquisa acadêmica e a participação nas oficinas de formação e organização de eventos como o Encontro de Estudo sobre Mulheres da Floresta (Emflor) me inspiraram a seguir me dedicando. São anos de parceria, confiança e incentivo que culminaram na conclusão deste trabalho.

Jamais terei palavras suficientes para agradecer a meus pais, Maria Lucimar Roseno Dias e José Antônio, dois nordestinos corajosos que decidiram sair do interior do Maranhão para tentar a vida em Manaus. Nesta cidade, longe da família, eles se dedicaram incansavelmente ao meu desenvolvimento, sempre me incentivando a alçar os voos mais altos e confiando nas minhas decisões. Eles me fizeram quem eu sou, e tudo o que sou eu dedico a eles.

Agradeço à minha irmã, Ana Beatriz. Minha parceira, minha quase-gêmea, minha amiga. Ser uma boa referência para ela sempre foi uma das minhas principais motivações, e hoje ela é uma referência para mim. De responsabilidade, de afeto, de cuidado com quem se ama. Obrigada por todo o companheirismo. Agradeço também a Arthur e Andrya, os caçulas, por me fazerem sentir novamente a leveza de ser criança e me ajudarem a recuperar as energias para enfrentar a vida adulta.

Agradeço a Marcelo, meu amigo e meu amor, que esteve ao meu lado em todas as fases da minha vida acadêmica, desde a escolha do curso de graduação até os momentos angustiantes de conclusão da dissertação em meio a tantas dificuldades. Obrigada por me apoiar incondicionalmente e por sempre ter acreditado em mim, mesmo quando eu mesma não acreditei. Obrigada por cuidar tão bem de mim e da nossa família. Dedico, também, meu amor e gratidão aos seres mais puros do mundo, que estiveram junto a mim nas incontáveis horas em frente ao computador, meus felinos Chico, Stark e Pequeno.

Agradeço a Izabel, Marcelo e Gabriel Andion, meus sogros e cunhado, que me acolheram em sua família desde o primeiro momento, sempre me apoiando e comemorando minhas vitórias.

Agradeço a Anna e Guilherme, meus melhores amigos e compadres, por tantos anos de fraternidade e afeto. Vocês me fizeram sentir amada e cuidada em todos os momentos. Obrigada por estarem presentes em cada passo da minha caminhada.

Sou grata, também, a todos os amigos e amigas que estiveram comigo em algum momento dessa jornada e me ajudaram a prosseguir. Agradeço especialmente à Raquel, Vivian, Henrique, Rayane, Larissa, Leticia e Emily.

Agradeço às professoras Sandra Helena da Silva e Ivânia Maria Carneiro Vieira, que participaram da minha banca de qualificação e contribuíram substancialmente para a condução desta pesquisa.

Agradeço a todos os servidores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (PPGSS), por todo o apoio e compreensão com a Turma 2020, que foi intensamente atingida pelo contexto pandêmico. Muito obrigada também a todas as colegas desta turma, pelos momentos de desabafos, troca de experiências e manifestações de suporte diante das dificuldades.

Agradeço aos membros do Gepos, pela recepção calorosa e por todas as partilhas de conhecimento e mensagens de motivação. Pelos momentos de diálogo e solidariedade diante de minhas dificuldades, agradeço especialmente à Alessandra, Elisiane e Raquel.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (Fapeam), pelo financiamento a esta pesquisa, possibilitando com que durante boa parte desta trajetória eu pudesse dedicar-me integralmente ao estudo.

Dedico minha gratidão a todas as mulheres que participaram desta pesquisa, aceitando conceder as entrevistas, mostrando-se interessadas e disponíveis para conceder termos de anuência ou auxiliando a fazer as conexões necessárias. Sem vocês, eu não teria conseguido concluir o estudo.

Agradeço, por fim, a todas as pessoas que denunciaram a violência obstétrica: vítimas, familiares, profissionais de saúde, membros dos movimentos sociais, pesquisadores. Sua força e coragem foram imprescindíveis para a condução desta pesquisa.

*Eu não me vejo na palavra  
Fêmea, alvo de caça  
Conformada vítima*

*Prefiro queimar o mapa  
Traçar de novo a estrada  
Ver cores nas cinzas  
E a vida reinventar*

**(Ju Strassacapa)**

## RESUMO

Esta pesquisa assumiu o propósito de realizar um estudo sobre a atenção ao parto e nascimento na cidade de Manaus, a partir das denúncias registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista, Organização Não Governamental de mulheres que promove o enfrentamento à violência obstétrica no Amazonas. A violência obstétrica é uma das expressões da violência contra a mulher, fundamentada no sistema patriarcal e nas desigualdades de gênero. Trata-se de um conjunto de ações praticadas principalmente por profissionais de saúde, no contexto da atenção ao parto e nascimento, que ferem a integridade das mulheres, podendo também atingir o bebê, o acompanhante e a família. Ao longo da última década, houve um esforço, principalmente por parte dos movimentos de mulheres, em realizar debates e estudos sobre o tema, para traçar estratégias de enfrentamento. No Amazonas, a primeira associação de mulheres voltada para a luta por uma assistência ao parto e nascimento livre de violência teve início em 2014. Atualmente intitulada Humaniza Coletivo Feminista, a organização se constitui num canal de recebimento e encaminhamento de denúncias. A condução metodológica desta pesquisa assumiu as orientações das abordagens qualitativas, sem desconsiderarmos os aspectos quantitativos, sob o aporte das teorias de gênero e seu contexto no âmbito das Ciências Sociais Aplicadas. Os procedimentos técnicos utilizados na coleta dos dados empíricos se ativeram na realização de entrevista semiestruturada junto a uma amostra de 03 mulheres, 02 representantes de movimentos sociais e 01 pesquisadora sobre a temática da violência obstétrica. Os dados secundários perfizeram uma amostra de 15 denúncias de violência obstétrica registradas junto ao Humaniza Coletivo Feminista. A investigação revelou a existência e recorrência da violência obstétrica nas maternidades públicas e privadas de Manaus. Esta violência apresenta-se relacionada à posição social da mulher numa sociedade machista e patriarcal, com o agravante de que, no âmbito das instituições de saúde, as gestantes e puérperas encontram-se suscetíveis a intervenções não fundamentadas em evidências científicas, praticadas de forma arbitrária, privilegiando os interesses dos profissionais. Deve-se reconhecer, não obstante, que o Estado do Amazonas tem apresentado estratégias pioneiras no enfrentamento à violência obstétrica, com participação significativa do Humaniza Coletivo Feminista, que contribui para dar visibilidade ao tema.

**Palavras-chave:** Relações de Gênero; Violência Obstétrica; Manaus/AM.

## ABSTRACT

This research assumes the purpose of carrying out a study on childbirth and birth care in the city of Manaus, based on the complaints registered by the Humaniza Coletivo Feminista, a non-governmental organization of women that promotes the confrontation of obstetric violence in the Amazon. Obstetric violence is one of the expressions of violence against women, based on the patriarchal system and gender inequalities. It is a set of actions practiced mainly by health professionals, in the context of childbirth and birth care, which harm the integrity of women, and can also affect the baby, the companion and the family. Over the last decade, there has been an effort, mainly on the part of women's movements, to carry out debates and studies on the subject, to outline coping strategies. In Amazonas, the first women's association dedicated to fighting for violence-free delivery and birth care began in 2014. Currently called Humaniza Coletivo Feminista, the organization is a channel for receiving and forwarding complaints. The methodological conduct of this research assumed the orientations of qualitative approaches, without disregarding the quantitative aspects, under the contribution of gender theories and their context in the scope of Applied Social Sciences. The technical procedures used in the collection of empirical data were carried out in a semi-structured interview with a sample of 03 women, 02 representatives of social movements and 01 researcher on the subject of obstetric violence. Secondary data comprised a sample of 15 reports of obstetric violence registered with the Humaniza Coletivo Feminista. The investigation revealed the existence and recurrence of obstetric violence in public and private maternity hospitals in Manaus. This violence is related to the social position of women in a sexist and patriarchal society, with the aggravating factor that, within the scope of health institutions, pregnant and postpartum women are susceptible to interventions not based on scientific evidence, practiced arbitrarily, privileging the interests of professionals. It must be recognized, however, that the State of Amazonas has presented pioneering strategies in the fight against obstetric violence, with the significant participation of Humaniza Coletivo Feminista, which contributes to give visibility to the theme.

**Keywords:** Gender Relations; Obstetric Violence; Manaus/AM.

## RESUMEN

Esta investigación asume el propósito de realizar un estudio sobre el parto y la atención al parto en la ciudad de Manaus, a partir de las denuncias registradas por Humaniza Colectivo Feminista, una organización no gubernamental de mujeres que promueve el enfrentamiento a la violencia obstétrica en la Amazonía. La violencia obstétrica es una de las expresiones de violencia contra las mujeres, basada en el sistema patriarcal y las desigualdades de género. Es un conjunto de acciones practicadas principalmente por profesionales de la salud, en el contexto del parto y la atención del parto, que lesionan la integridad de la mujer, pudiendo afectar también al bebé, al acompañante y a la familia. En la última década, ha habido un esfuerzo, principalmente por parte de los movimientos de mujeres, por realizar debates y estudios sobre el tema, para delinear estrategias de enfrentamiento. En Amazonas, en 2014 nació la primera asociación de mujeres dedicada a luchar por un parto y atención del parto sin violencia. Actualmente llamada Humaniza Colectivo Feminista, la organización es un canal de recepción y envío de denuncias. La conducción metodológica de esta investigación asumió las orientaciones de enfoques cualitativos, sin dejar de lado los aspectos cuantitativos, bajo el aporte de las teorías de género y su contexto en el ámbito de las Ciencias Sociales Aplicadas. Los procedimientos técnicos utilizados en la recolección de datos empíricos se realizaron en entrevista semiestructurada con una muestra de 03 mujeres, 02 representantes de movimientos sociales y 01 investigadora en el tema de violencia obstétrica. Los datos secundarios comprendieron una muestra de 15 denuncias de violencia obstétrica registradas en Humaniza Colectivo Feminista. La investigación reveló la existencia y recurrencia de violencia obstétrica en maternidades públicas y privadas de Manaus. Esta violencia se relaciona con la posición social de la mujer en una sociedad machista y patriarcal, con el agravante de que, en el ámbito de las instituciones de salud, las mujeres embarazadas y puérperas son susceptibles de intervenciones no basadas en evidencia científica, practicadas arbitrariamente, privilegiando los intereses de los profesionales. Debe reconocerse, sin embargo, que el Estado de Amazonas ha presentado estrategias pioneras en el combate a la violencia obstétrica, con la importante participación de Humaniza Colectivo Feminista, que contribuye a dar visibilidad al tema.

**Palabras-clave:** Relaciones de Género; Violencia Obstétrica; Manaus/AM.

**LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1** Rede de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Área Urbana de Manaus 82

**LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b>	Distribuição das denúncias de violência obstétrica nas instituições da cidade Manaus.....	de 85
<b>Quadro 2</b>	Profissionais identificados nas denúncias.....	89
<b>Quadro 3</b>	Caracterização dos atos de violência obstétrica citados nas denúncias.....	90

**LISTA DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1</b>	Distribuição das denúncias por caráter da instituição.....	38
<b>Gráfico 2</b>	Mortalidade materna por causas obstétricas diretas (2015-2019).....	45
<b>Gráfico 3</b>	Distribuição das denúncias nos municípios do interior do Amazonas.....	78
<b>Gráfico 4</b>	Distribuição das denúncias nos últimos 5 anos.....	98

**LISTA DE SIGLAS**

APS	Atenção Primária à Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
Cedim	Conselho Estadual dos Direitos da Mulher do Amazonas
Coren/AM	Conselho Regional de Enfermagem do Amazonas
DPE/AM	Defensoria Pública do Estado do Amazonas
DPU	Defensoria Pública da União
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MBRS	Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária
MPE/AM	Ministério Público Estadual do Amazonas
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OOBr	Observatório Obstétrico Brasileiro
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PPI	Plano de Parto Individual
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
Sejusc	Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIM	Sistema de Informação em Mortalidade

SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SSP	Secretaria de Estado de Segurança Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UEA	Universidade Estadual do Amazonas
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
USF	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
VO	Violência Obstétrica
ZFM	Zona Franca de Manaus

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>CAPÍTULO I – A EXPANSÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA SOCIEDADE BRASILEIRA E SUAS RAMIFICAÇÕES</b> .....	19
1.1 A violência contra a mulher como uma questão de saúde pública.....	19
1.2 A violência obstétrica como expressão da questão social.....	31
1.3 As relações étnico-raciais e a violência obstétrica.....	41
<b>CAPÍTULO II - AVANÇOS E RETROCESSOS NAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL</b> .....	52
2.1 - A trajetória das políticas de atenção ao parto e nascimento no Brasil.....	52
2.2 Tendências e perspectivas na assistência à gestação, parto e nascimento.....	63
2.3 A atuação do Humaniza Coletivo Feminista na luta contra a Violência Obstétrica.....	72
<b>CAPÍTULO III – VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MANAUS</b> .....	81
3.1 Caracterização da Violência Obstétrica.....	81
3.2 A assistência obstétrica no contexto da pandemia de Covid-19.....	94
3.3 A rede de enfrentamento à violência obstétrica em Manaus.....	101
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	110
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	113
<b>APÊNDICES</b> .....	127
APÊNDICE A.....	127
APÊNDICE B.....	129
APÊNDICE C.....	131
<b>ANEXOS</b> .....	135

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa assumiu o propósito de realizar um estudo sobre a atenção ao parto e nascimento na cidade de Manaus, tendo por base as denúncias registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista. Trata-se de uma Organização Não Governamental (ONG) que desenvolve ação social em torno da problemática da violência obstétrica no Amazonas. O interesse pelo tema decorre da minha participação, como bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas – Fapeam, junto à minha atual orientadora, em um projeto de iniciação científica que teve como objeto a violência obstétrica e suas expressões em uma maternidade de Manaus, momento em que me deparei com a expressiva incidência de violência obstétrica no campo da pesquisa e fiquei instigada a aprofundar a investigação sobre o tema.

O estudo se ocupou de uma análise das denúncias de violência obstétrica registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista. Nossa intenção consistiu em analisar a expansão da violência obstétrica como expressão da questão social na sociedade brasileira, evidenciando seus marcadores de gênero, raça e classe. Buscou-se, também, avaliar os avanços e retrocessos nas políticas de atenção ao parto e nascimento no Brasil, identificando suas principais tendências e as formas de organização das mulheres na luta pelo direito à saúde. Investigamos o panorama da violência obstétrica na cidade de Manaus, suas principais expressões e configuração da rede de enfrentamento.

A violência obstétrica é uma das expressões da violência contra a mulher, fundamentada no sistema patriarcal e nas desigualdades de gênero. Scott (1991, p. 21) explica que o gênero é “uma forma primeira de significar as relações de poder”, um elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos. O gênero deve ser considerado em um contexto político e social que envolve, além do sexo, raça e classe. Para Beauvoir (2016b, p. 12), as características evocadas para definir o papel social da mulher não são biológicas, mas elaboradas pelo conjunto da civilização na medida em que há a necessidade de constituir o sexo feminino como o *Outro*: a humanidade é masculina, e o homem define a mulher não em si, mas relativamente a ele; ela não é considerada um ser autônomo.

As desigualdades estabelecidas nas relações sociais entre os gêneros masculino e feminino ensejam diversas formas de violência contra a mulher, dentre elas a violência obstétrica. Conforme explicam Diniz et al (2015, p. 379), o termo violência obstétrica “é utilizado para descrever as diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento”. De acordo com os autores, atos discriminatórios e

desumanos são comuns na assistência ao parto, tanto no setor público de saúde quanto no setor privado.

Até a segunda metade do século XX, o parto no Ocidente foi um evento conduzido por mulheres, predominantemente no espaço doméstico, mas devido ao seu caráter multicultural também acontecia na floresta, na roça ou no rio. Apesar da diversidade de simbologias que envolvem o imaginário do parto, ele predominantemente era caracterizado por um momento de solidariedade e suporte mútuo, frequentemente contando com o acompanhamento de parteiras tradicionais e com a participação de outras mulheres do meio familiar.

A partir dos avanços científicos da medicina, este ramo do saber passou a apropriar-se do papel de resgatadora de mulheres, passando a inserir as parturientes em um ambiente frio, solitário, desacolhedor e muitas vezes hostil. As mulheres rapidamente perderam o seu ativismo no momento do parto, ficando vulneráveis a quaisquer práticas que os profissionais de saúde julgassem necessárias, inclusive aquelas caracterizadas como violência obstétrica. A pesquisa *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*, realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo e SESC, com uma amostra de 2.365 mulheres brasileiras, revela que, dentre aquelas que tiveram filhos na rede pública ou privada (62%), 01 em cada 04 mulheres afirma ter sofrido algum tipo de violência no atendimento ao parto.

Os atos caracterizados como violência obstétrica são aqueles praticados principalmente por profissionais de saúde, no contexto da atenção ao parto e nascimento, que ferem a integridade das mulheres, podendo também atingir o bebê, o acompanhante e a família. Dentre os atos mais comuns caracterizados como violência obstétrica, estão: a realização de cesáreas eletivas; o descumprimento da Lei do Acompanhante (Lei 11.108/2005); a imposição violenta de rotinas, posições de parto e interferências obstétricas desnecessárias; e a expressão de discursos abusivos, preconceituosos e discriminatórios, na intenção de intimidar e constranger as pacientes.

A violência obstétrica é, pois, uma forma de violação dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres. De acordo com Ávila (2003), os direitos sexuais dizem respeito à liberdade e à igualdade no exercício da sexualidade, enquanto os direitos reprodutivos dizem respeito à liberdade e à igualdade na esfera da vida reprodutiva. A separação entre os dois conceitos é importante pois garante a autonomia de cada um, rompendo com a moral patriarcal que prega a indissociabilidade, para as mulheres, entre sexualidade e reprodução.

A violência obstétrica representa o oposto disto, visto que “está diretamente vinculada à concepção da mulher como “coisa” e não como ser humano” (CISNE; SANTOS, 2018, p. 72). Atualmente, muitas das rotinas e práticas estabelecidas pelas equipes de saúde na

assistência à gestação e parto não levam em conta a autonomia da mulher e a saúde do conjunto mãe-bebê, mas sim a eficiência e a rapidez em realizar partos e liberar leitos. Esta situação pode ser comparada a uma espécie de *linha de montagem* (DINIZ; CHACHAM, 2006) na atenção ao parto, expondo as mulheres a muitos riscos decorrentes da prática de medicina não baseada em evidências científicas e levando a situações de violência obstétrica.

Uma das consequências dessa tendência de racionalização dos procedimentos no momento do parto, que se relaciona com o modelo privatista de saúde, é a alta taxa de cesáreas no país. O Brasil está entre os países com as maiores taxas de cesáreas no mundo, apresentando diferenças de acordo com a rede de serviços. No setor público, a taxa de cesáreas fica em torno de 46%, enquanto no setor privado, o valor é dobrado, podendo chegar a 100% em algumas maternidades (PALHARINI, 2017). Em ambos os casos, a taxa é problemática, pois a Organização Mundial de Saúde indica que somente cerca de 15% dos partos realmente precisam ser realizados por via cirúrgica (CIELLO et. al., 2012).

Os movimentos em defesa dos direitos reprodutivos e sexuais vêm denunciando a má qualidade de atenção à saúde da mulher no Brasil desde meados da década de 1970, principalmente a partir da atuação de grupos, associações e coletivos independentes de mulheres. A discussão sobre os maus-tratos na atenção ao parto e nascimento, especificamente, toma fôlego a partir dos anos 2010, quando o termo “violência obstétrica” passou a ser conhecido depois que o presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez D’Gregorio publicou um artigo sobre a temática, em 2010 (PULHEZ, 2013). Desde então, este termo tem adquirido destaque no seio dos movimentos pelos direitos das mulheres, principalmente naqueles dedicados à luta pelo parto humanizado.

No Amazonas, o primeiro movimento organizado pela humanização do parto teve início em 2014, quando algumas mulheres que se conheceram pela internet, num fórum de gestantes, resolveram se organizar e buscar o apoio do Ministério Público Federal para realizar uma audiência pública sobre o tema da violência obstétrica (CORRÊA; TORRES, 2021). Atualmente intitulada Humaniza Coletivo Feminista, a organização social promove o enfrentamento à violência obstétrica no Amazonas e, dentre outras atividades, se constitui num canal de recebimento e encaminhamento de denúncias que, analisadas, podem fornecer um panorama sobre a atenção ao parto e nascimento na cidade de Manaus.

A condução metodológica desta pesquisa assumiu as orientações das abordagens qualitativas, sem desconsiderarmos os aspectos quantitativos, sob o aporte das teorias de gênero e seu contexto no âmbito das Ciências Sociais Aplicadas. Os procedimentos técnicos utilizados na coleta dos dados empíricos se ativeram na realização de entrevista

semiestruturada junto a uma amostra de 03 mulheres, 02 representantes de movimentos sociais e 01 pesquisadora sobre a temática da violência obstétrica. Os dados secundários perfizeram uma amostra de 15 denúncias de violência obstétrica registradas junto ao Humaniza Coletivo Feminista. Utilizamos nomes de flores para nomear as mulheres ouvidas em nossa pesquisa e os autores das denúncias, para salvaguardar o anonimato de suas identidades e integridade moral.

Em decorrência da pandemia causada pela emergência do Covid-19, o processo de pesquisa de campo<sup>1</sup> foi realizado inteiramente de maneira remota, com o auxílio de tecnologias digitais. O contato com as participantes da pesquisa ocorreu por meio das plataformas Whatsapp e Gmail. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas via Google Meet. A pesquisa documental junto ao Humaniza Coletivo Feminista foi viabilizada com a disponibilização, pela associação, de uma tabela de controle das denúncias redigidas, bem como as pastas virtuais com os arquivos de cada caso acompanhado. Para analisar as principais políticas de saúde relacionadas à assistência ao parto e nascimento, bem como as formas de enfrentamento à violência obstétrica em Manaus, realizamos pesquisa bibliográfica, hemerográfica e documental.

Este trabalho está estruturado em três capítulos para melhor disposição didática. O primeiro capítulo expõe uma análise sobre a expansão da violência contra a mulher na sociedade brasileira, momento em que discutimos sua configuração como uma questão de saúde pública. A violência obstétrica se insere neste contexto como uma das formas de violência contra a mulher, inserida nas determinações das relações de gênero, classe e raça/etnia.

O segundo capítulo versa sobre os avanços e retrocessos das políticas de atenção ao parto e nascimento no Brasil, de modo que analisamos a trajetória destas políticas e suas tendências atuais. Neste contexto, identificamos a organização dos movimentos de mulheres como fator fundamental na luta pela garantia de direitos humanos como a saúde e no enfrentamento à violência obstétrica. No estado do Amazonas, o Humaniza Coletivo Feminista é pioneiro nesta luta.

O terceiro capítulo dá destaque à violência obstétrica na cidade de Manaus, momento em que identificamos suas principais expressões. Dedicamos, também, um espaço para

---

<sup>1</sup> Esta investigação seguiu os princípios éticos de pesquisa, estando em conformidade com as resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. A investigação recebeu parecer favorável à sua execução pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, sob o parecer nº 5.555.222 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 60353522.7.0000.5020.

discutir os impactos da pandemia de Covid-19 na assistência ao parto e nascimento no Brasil, e suas implicações na ocorrência da violência obstétrica. Por fim, apresentamos a rede de enfrentamento a este tipo de violência no Estado do Amazonas, suas principais conquistas e desafios a serem enfrentados.

Esta pesquisa assume fundamental importância, na medida em que não só contribuirá para enriquecer as discussões sobre a violência contra a mulher no âmbito das relações de gênero, mas também poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento deste tipo de violência. Busca-se, por fim, contribuir com este diagnóstico para a fundamentação de políticas públicas voltadas às mulheres vítimas de violência obstétrica e para a prevenção deste tipo de agressão aos direitos humanos.

## CAPÍTULO I – A EXPANSÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA SOCIEDADE BRASILEIRA E SUAS RAMIFICAÇÕES

*Pensar em direitos humanos para as mulheres, exige lutar por uma sociedade sem patriarcado, racismo e classes sociais. Somente com a eliminação dessas determinações, as múltiplas violências contra a mulher podem ser radicalmente abolidas.*

*(Mirla Cisne)*

### 1.1 A violência contra a mulher como uma questão de saúde pública

A violência é um elemento constitutivo das relações sociais desde os primórdios da humanidade. No decorrer da formação das civilizações, apresentou-se sob as mais variadas formas, acompanhando os processos históricos das diferentes sociedades, culturas e sistemas econômicos. No tempo contemporâneo, a violência contra a pessoa humana adquire contornos mais graves na medida em que evoluem as formas de dominação capitalista, associando-se a diferentes expressões da questão social.

Uma das múltiplas manifestações da violência na contemporaneidade é a violência contra a mulher. Saffioti (2004, p. 17) define este tipo de violência como “ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral”. A violência contra a mulher fundamenta-se nas desigualdades de gênero, construídas pelas relações sociais ao longo dos séculos. Trata-se da construção social do que é definido como masculino – racional, forte, confiável – e do que é feminino – irracional, frágil, traiçoeiro.

A discriminação fundamentada no gênero enseja diversos tipos de violências e respectivos vetores de dominação-exploração, podendo estar relacionadas a fatores de identidade de gênero<sup>2</sup>, orientação sexual<sup>3</sup> ou ambos. Para os termos desta pesquisa, utilizaremos o termo violência contra a mulher, que se refere à violência no contexto da dominação patriarcal, posto que geralmente o algoz é o homem cisgênero, mas também pode

---

<sup>2</sup> A identidade de gênero refere-se ao modo como a pessoa se sente em relação ao gênero que lhe foi atribuído no nascimento: a pessoa pode se identificar com ele (cisgênero) ou identificar-se com uma expressão de gênero diferente (transgênero).

<sup>3</sup> A orientação sexual refere-se à atração afetiva-sexual, romântica ou não, pelos indivíduos: se o interesse é por pessoas do sexo/gênero oposto, a orientação é heterossexual; se por pessoas do mesmo sexo/gênero, é homossexual; se por ambos os sexos/gêneros, é bissexual; se a pessoa não sente atração por outras pessoas, assexual; e se a pessoa sente atração por outras pessoas, independentemente do sexo/identidade de gênero, é pansexual. Estas são as formas de expressão mais comuns, existem outras.

ser praticada em âmbito institucional, por homens e mulheres, como é o caso da violência obstétrica. Este tipo de violência está associada à objetificação do corpo feminino e banalização da dor do parto.

A suposta inferiorização da mulher em relação ao homem fundamenta-se na ideia patriarcal de que o homem tem autoridade sobre a mulher por, supostamente, ser um indivíduo racional, forte e capaz de prover a família, enquanto a mulher é vista como um ser de inteligência inferior, conduzido principalmente pela emoção, portanto, incapaz de decidir os rumos da própria vida. De acordo com Delphy (2009, p. 173), “o patriarcado designa uma formação social em que os homens detêm o poder, ou ainda, mais simplesmente, o poder é dos homens. Ele é, assim, quase sinônimo de ‘dominação masculina’ ou de opressão das mulheres”. A palavra patriarcado significa, literalmente, poder do pai<sup>4</sup>, que em muitas sociedades representa a primeira figura que detém autoridade sobre uma mulher, desde o dia de seu nascimento até o dia do casamento, quando a soberania sobre ela é repassada ao marido. Flor-de-Lótus fala sobre a relação entre o patriarcado e a violência contra a mulher. Vejamos:

A gente pode associar [a violência] à estrutura patriarcal na qual a sociedade é alicerçada, que é ainda muito bem alimentada nas instituições, principalmente na família, na Igreja, na escola, [...]. Essa violência que se dá no âmbito do século XXI também está muito relacionada à questão da misoginia, ou seja, do ataque à mulher quando ela se destaca nessa disputa de poder, onde o homem ainda é colocado como o grande poderoso, aquele que tem a liberdade de fazer tudo. Quando elas saem do espaço privado para o público, é como se elas fossem uma ameaça para os homens, de tomar os espaços que socialmente foram construídos para eles [...]. Isso gera um incômodo. Talvez esse incômodo, somado a outros fatores que vão se agravando no lar e fora do lar, vão gerando essas formas de violência (Flor-de-Lótus, entrevista, 2022).

Flor-de-Lótus ressalta a questão das posições sociais dos gêneros feminino e masculino numa sociedade patriarcal e a busca das mulheres por alterar estes papéis sociais. Entre as mais variadas culturas, a imagem social da mulher sempre foi cingida por uma aura de mistério e até mesmo de temor, também em face de suas características ambivalentes provocadas pelas mudanças hormonais em seu corpo. Para Del Priore (2009, p. 33), a mulher causava uma reação ambígua: “ao mesmo tempo capaz de atrair e seduzir os homens, ela os repelia através de seu ciclo menstrual, seus cheiros, secreções e sulcos, as expulsões do

---

<sup>4</sup> O termo patriarcado surge da combinação de duas palavras gregas: *pater* (pai) e *arkhe* (origem e comando).

parto”. Esses fatores contribuíram para o confinamento das mulheres ao espaço doméstico e à redução da sua função social à maternidade, nos termos da heterossexualidade compulsória<sup>5</sup>.

As explicações para essa suposta inferioridade da mulher estão associadas às situações de mal-estar que elas provocam à humanidade. Uma primeira explicação está relacionada ao mito grego de Pandora, mulher curiosa que usou de artimanhas para ter acesso a uma caixa cujo conteúdo não poderia ser revelado, sob pena de maldição, e, ao abrir o objeto, acabou liberando todos os males do mundo. Outra associação é com o mito judaico-cristão de fundação da humanidade, segundo o qual Eva é a responsável por introduzir o pecado na Terra ao desobedecer a ordem divina de não comer do fruto proibido, induzido Adão a fazer o mesmo, são exemplos de argumentos utilizados para justificar a falta de prudência e irracionalização da mulher, o que a torna um sujeito não confiável e inapto para o protagonismo na vida pública. Suas atribuições são restritas ao âmbito privado, familiar, constituindo-se principalmente na reprodução e cuidado da casa, dos filhos, do marido.

Dados obtidos junto ao nosso campo de pesquisa revelam que há uma estreita associação da violência obstétrica com a inferioridade da mulher. Desde os nossos estudos de iniciação científica temos permanecido em contato com o Humaniza Coletivo Feminista, Organização Não Governamental que se posiciona em torno do enfrentamento da violência obstétrica no Amazonas, e temos constatado que, no que diz respeito aos fundamentos deste tipo de violência, o discurso não é tão explícito e claro. Prímula, representante do coletivo Humaniza, explica sua visão sobre esta relação. Vejamos:

No contexto geral, eu acredito que a causa da violência ainda é a ideia de que a mulher é inferior ao homem, que não merece ser vista como um ser humano de direito. Em relação à violência obstétrica, ainda há muito aquela ideia de que parto é sofrimento. Infelizmente muitos profissionais de saúde ainda usam o atendimento à gestação e ao parto como se fosse uma maneira de punir aquela mulher, principalmente se for em alguma situação que a mulher apresente alguma peculiaridade, que ela esteja nos extremos: numa idade muito nova, ou numa idade muito avançada, se ela tiver alguma condição clínica que complique a gestação, se ela já tiver muitos filhos, se ela tiver uma condição financeira ruim, então essa mulher pode ser maltratada ao longo da gestação e do parto, como forma de punição, simplesmente por ter engravidado (Prímula<sup>6</sup>, 30 anos, Entrevista, 2021).

---

<sup>5</sup> A heterossexualidade compulsória é a lógica que estrutura o patriarcado, ao determinar que a heterossexualidade é a única forma natural e aceitável de expressão afetivo-sexual. Esta concepção é essencial para fundamentar a instituição da família tradicional e o controle sobre o corpo e a sexualidade femininos. Ver Cisne e Santos (2018).

<sup>6</sup> Utilizamos nomes de plantas para nos referir aos sujeitos da pesquisa, como forma de garantir o anonimato e resguardar a privacidade dos informantes.

A associação do parto ao sofrimento remete ao mito de Adão e Eva, quando a mulher descumpriu a ordem de não comer do fruto proibido causando a expulsão de ambos do paraíso genesiano e, para Eva e suas descendentes, a condenação de dar à luz em meio a dores. O sofrimento passa, então, a ser visto como uma punição às mulheres pelo uso de sua sexualidade. Observe-se que a sexualidade é o fator de negatividade que macula a vida das mulheres e, embora elas sejam consideradas reprodutoras, o sexo deve ser realizado sob normas morais, com interdições e tabus.

O parto está diretamente relacionado ao sexo, pois é na relação sexual que tudo começa<sup>7</sup>. Luz (2017, p. 133) considera que tanto o ato de fazer sexo quanto o ato de dar à luz “são considerados experiências de êxtase que envolvem picos de um coquetel muito específico e particular de hormônios, os quais incluem ocitocina, endorfina e prolactinas, de forma que, inerente e hormonalmente falando, dar à luz é um ato sexual”. Ou seja, pela lógica patriarcal, a mulher pode ter relações sexuais, gestar e parir, mas não pode sentir prazer no processo.

De acordo com Bourdieu (2010, p. 9), essa opressão contra as mulheres manifesta-se por meio da violência simbólica, que age no subjetivo de homens e mulheres no sentido de legitimar a divisão entre os sexos, a partir de “um longo trabalho coletivo de socialização do biológico e de biologização do social”, com o objetivo de naturalizar a dominação masculina, atingindo um ponto em que ela é vista como a ordem natural das coisas, dispensando justificção. Ao longo dos séculos e com o desenvolvimento das forças produtivas, as maneiras de controlar e reprimir as mulheres foram alteradas para se adequar às necessidades da ordem vigente, visto que a submissão da mulher não se restringe ao plano ideológico, mas tem um papel fundamental no campo econômico.

A exploração da sexualidade e do trabalho feminino foi essencial para o desenvolvimento do sistema capitalista. Confinada ao âmbito da vida privada, à mulher coube garantir a reprodução da força de trabalho e dedicar-se às atividades domésticas, para que os homens pudessem oferecer toda a sua energia aos seus empregadores. As mulheres pouco a pouco conquistaram o espaço público e o trabalho fora de casa, mas esse movimento não foi acompanhado por uma responsabilização dos homens pelo espaço privado. Destarte, não ocorreram alterações significativas na divisão sexual do trabalho e as mulheres acumulam duplas e triplas jornadas, além de sofrerem com precárias condições de trabalho e

---

<sup>7</sup> Exceto nos casos de reprodução assistida e de gravidez resultante de estupro, quando não ocorre uma relação sexual, mas uma violência.

desigualdade salarial. O fator econômico é um dos agravantes da vulnerabilidade feminina nos casos de violência.

Não obstante, é errôneo pensar que as mulheres são vítimas passivas da dominação masculina. As relações patriarcais de gênero são relações de poder e, segundo Foucault (1989, p. 103), o poder “deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia”. O poder não pode ser possuído, apenas exercido e, na mesma medida, aquele que o exerce poder pode sofrer sua ação. Desta forma, a posição de homens e mulheres nestas relações não é estática, imutável.

Torres (2001, p. 81) indica que “os poderes são exercidos por homens e mulheres no dorso do tecido social e proliferam, criando relações pessoais, interpessoais, coletivas e hierárquicas”. Para a autora, mesmo no contexto de submissão as mulheres podem exercer poder, na medida em que procuram “se organizar, criar novos espaços de poder e ter na resistência organizativa o seu maior recurso” (IBIDEM, p. 86).

As mulheres mostraram, diversas vezes, que seu movimento organizado é uma ferramenta fundamental para o alcance de direitos políticos, civis e sociais. Desde a Revolução Francesa<sup>8</sup> é possível encontrar exemplos de mulheres que lutaram por seus direitos. Com a Revolução Industrial e a gradual adoção do trabalho feminino nas fábricas, as mulheres protagonizaram manifestações por melhores condições de trabalho e remuneração.

O debate sobre as diferenças nas condições de vida dos homens e das mulheres tomou fôlego a partir de 1975, quando foi realizada a primeira Conferência Mundial sobre a Mulher, no México. Um dos frutos que teve origem nessa conferência foi a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, um tratado internacional aprovado em 1979. Mas o tema específico da violência contra a mulher só começou a ganhar destaque nas décadas de 1980 e 1990, no âmbito do feminismo internacional. No Brasil, a primeira legislação a falar sobre a violência foi a Constituição Federal de 1988, que abordou a violência intrafamiliar.

Em 1994, foi realizada a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará, que se destaca por ser a primeira a apresentar uma definição da violência contra as mulheres, descrita como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico,

---

<sup>8</sup> Durante a Revolução Francesa (1789), foi escrita a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. Em 1791, Olímpia de Gouges, revolucionária francesa, escreveu a Declaração dos Direitos da Mulher e da Cidadã, em resposta.

sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (OEA, 1994, Art. 1º).

As discussões e reivindicações ocorridas em âmbito nacional a partir destes eventos resultaram na promulgação, em 2006, da Lei nº11.340, conhecida como Lei Maria da Penha<sup>9</sup>. Este dispositivo legal foi pioneiro ao incluir em seu texto a definição de violência doméstica e intrafamiliar contra a mulher, as punições cabíveis e a responsabilização do Estado, bem como a descrição dos tipos de violência. Para os efeitos desta lei, são formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

No âmbito das relações conjugais e intrafamiliares engendradas pela violência, mais de uma destas formas podem se manifestar simultaneamente, sendo a violência psicológica

---

<sup>9</sup> Maria da Penha Maia Fernandes é uma farmacêutica brasileira que sofreu violência doméstica e duas tentativas de homicídio pelo então marido, em 1983: a primeira com um tiro, que a deixou paraplégica, e a segunda com eletrocussão. Além da violência causada pelo companheiro, Maria da Penha também sofreu violência por parte do Poder Judiciário brasileiro, visto que apesar de sua luta por justiça, seu ex-marido ficou impune por quase 20 anos. Em 2001, após o apelo a dispositivos internacionais, Maria da Penha conseguiu com que o Estado brasileiro fosse responsabilizado por negligência, omissão e tolerância em relação à violência doméstica praticada contra as mulheres brasileiras. Ver mais em: <<https://www.institutomariadapenha.org.br/quem-e-maria-da-penha.html>>.

aquela que está presente em todos os atos de agressão. Apesar de não deixar marcas visíveis, a violência psicológica pode ser mais cruel que a física, por afetar profundamente a subjetividade da mulher, sua autoestima e autoconfiança. Para Saffioti (2004, p. 63), as sequelas da violência psicológica “não são feridas no corpo, mas na alma. [...] é frequente as mulheres se pronunciarem a respeito da maior facilidade de superar uma violência física, como empurrões, tapas, pontapés, do que humilhações [...]. A humilhação provoca uma dor muito profunda”.

De acordo com o Mapa da Violência contra a Mulher de 2018, entre janeiro e novembro daquele ano, a imprensa brasileira noticiou 14.796 casos de violência doméstica. Os maiores agressores das mulheres são companheiros e ex-companheiros, representando 58% dos autores de violência, enquanto pais, avôs, tios e padrastos, principalmente, representam os outros 42% (MARQUES, 2018, p. 25). Estes dados mostram como a lógica do patriarcado atinge de maneira grave as mulheres. O desrespeito sobre seu corpo e sua vida é tão intenso que não raro as situações de violência evoluem para o assassinato de mulheres.

Devido ao alto número de assassinato de mulheres que morrem por serem mulheres, em 2015 foi aprovada a Lei nº 13.104, que institui o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio contra a mulher por razões da condição de sexo feminino, quando o crime envolve violência doméstica e familiar e/ou menosprezo ou discriminação à condição da mulher (BRASIL, 2015). Os dados divulgados no Mapa da Violência contra a Mulher mostram que, desde a aprovação da lei até novembro de 2018, 15.925 mulheres em situação de violência doméstica foram assassinadas no Brasil, conforme levantamento feito a partir de notícias da imprensa<sup>10</sup>. Nos casos de feminicídio, os companheiros e ex-companheiros representam 95,2% dos algozes e os outros 4,8% são representados pelos parentes (MARQUES, 2018, p. 56).

O sistema patriarcal utilizou-se de diversas estratégias para promover o controle da sexualidade feminina. Um deles foi a caça às bruxas nos séculos XV a XVIII, que ocorreu principalmente na Europa, mas também foi estendida a colônias africanas e americanas. Conforme Federici (2017, p. 305), este fenômeno pode ser enxergado como uma investida à “resistência que as mulheres representaram contra a difusão das relações capitalistas e contra

---

<sup>10</sup> Os números divulgados pela imprensa são mais altos que os registrados nos órgãos de segurança pública. Verifica-se que enquanto a imprensa identifica e noticia o feminicídio em sua natureza fática, os órgãos de segurança pública ainda possuem resistência em categorizar o mesmo crime. Ver Marques (2018). De fato, no Atlas da Violência publicado pelo IPEA em 2018, constam apenas 4.519 registros de assassinatos de mulheres no Brasil, segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), menos de um terço do que foi divulgado pela imprensa. Ver Cerqueria et. al (2020).

o poder que obtiveram em virtude de sua sexualidade, de seu controle sobre a reprodução e de sua capacidade de cura”.

Três séculos depois, as mulheres ainda lutam para conquistar o controle sobre seus corpos e o direito de exercer sua sexualidade, sem sofrer discriminação e violência. Apesar de a Lei Maria da Penha e a Lei do Feminicídio abordarem essencialmente a violência contra a mulher no âmbito doméstico e intrafamiliar, local onde de fato as agressões ocorrem com maior frequência, a violência contra a mulher acontece também em outros contextos. Por isso, “é necessário atentarmos para a totalidade da questão, ampliando a análise para além do âmbito doméstico, com o cuidado de não fragmentar ou dissociar as manifestações de violências estruturais das interpessoais” (CISNE; SANTOS, 2018, p. 69-70).

Os efeitos da opressão patriarcal não se expressam somente no âmbito doméstico e nas relações afetivas e intrafamiliares, mas são sentidos em todas as instâncias da vida pública. As mulheres são discriminadas e julgadas na escola, na faculdade, no trabalho e em âmbito institucional, como é o caso dos serviços de saúde. Entretanto, o debate sobre as estratégias de prevenção e enfrentamento à violência contra as mulheres, para além dos muros da vida privada, ainda não está tão avançado quando no âmbito doméstico e intrafamiliar. No caso da violência obstétrica, as mulheres estão no processo de reivindicação do reconhecimento desta problemática, como é possível perceber na narrativa de Prímula. Vejamos:

Em 2014, quando eu estava na minha segunda gestação, eu entrei num grupo de gestantes, era um grupo criado por um grupo de doulas, e lá eu conheci a Clívia e a Gardênia<sup>11</sup>, que são doulas e estavam realizando rodas de gestantes, serviços de apoio para mulheres que buscavam um parto humanizado. Na época, eu já havia sofrido violência obstétrica, na minha primeira gestação, e já havia denunciado o ocorrido no Ministério Público Federal [...]. Nós solicitamos uma reunião para solicitar uma audiência pública, porque na época o meu caso havia sido considerado um caso isolado, porque a minha denúncia foi a primeira desse tipo de violência aqui no estado, então havia aquela ideia de que não acontecia violência obstétrica, mas isso era simplesmente porque as mulheres não tinham consciência desse tipo de violência e não denunciavam. Então a partir do momento que nós fizéssemos uma audiência sobre isso, a gente acreditava que a visibilidade e as denúncias iam aumentar, e foi realmente o que aconteceu. Foi a partir daí que nós resolvemos nos unir e começar a procurar outras mulheres que tivessem sofrido algo parecido, pra fazer uma denúncia coletiva, que foi apresentada na audiência pública de 2015 (Prímula, entrevista, 2021).

Se atualmente já existem estudos que explicam a ocorrência da violência obstétrica, se, também, já existe um Inquérito Público no Ministério Público Federal do Amazonas que reúne mais de 100 denúncias, se, enfim, existem políticas e programas implantados em âmbito

---

<sup>11</sup> Nomes fictícios.

nacional para promover a atenção humanizada ao parto e nascimento, deve-se à pressão e organização de grupos de mulheres como é o caso do Humaniza Coletivo Feminista, fundado em 2014. Torres e Oliveira (2010, p. 103), chamam a atenção para o fato de que “os movimentos sociais da sociedade civil forçam o Estado a atender as reivindicações das classes subalternizadas no que diz respeito aos direitos”.

Nenhum direito vem “de graça”, todos são conquistados tendo por base a organização social de determinados grupos que reclamam garantias fundamentais à sua sobrevivência, de acordo com suas especificidades. Na maioria dos casos, um direito só é reconhecido quando a ausência dele já causou graves consequências nas condições de vida – e de morte – dos indivíduos. Sempre há resistência quando algum movimento social está reivindicando o reconhecimento de uma demanda. No caso da violência obstétrica, um dos principais desafios é fazer com que a categoria médica admita que este é um problema real de saúde pública.

É neste contexto que se verifica a importância da organização das mulheres e seu reconhecimento como “sujeito político coletivo na luta por transformações de suas vidas e da sociedade” (CISNE, 2018, p. 213). Os movimentos de mulheres são essenciais para a superação da ideologia patriarcal que as socializa como inferiores e submissas, proporcionando a formação da consciência militante feminista e a reivindicações de seus direitos.

Um dos obstáculos para a garantia dos direitos humanos das mulheres é a violência contra elas, que ao longo dos séculos foi naturalizada e, atualmente, é empregada em diferentes contextos, podendo assumir variadas formas, como violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Todas estas formas de violências causam danos emocionais às mulheres, que muitas vezes não se enxergam como vítimas de violência, em parte pelo fato de este termo ser um conceito recente. Não raro, as mulheres acabam se culpabilizando pelas situações de dor e constrangimento vivenciadas nas instituições de saúde e guardam para si estes traumas, que podem se expressar em memórias dolorosas ou evoluir para casos mais graves, a saber:

Eu acredito que a principal consequência é o impacto psicológico. Nem toda violência deixa uma seqüela física, mas todas elas deixam uma marca psicológica. Então a mulher pode ter desde quadros de ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, esses são os impactos maiores (Prímula, entrevista, 2021).

Estes abalos emocionais impactam tanto as condições objetivas da vida das mulheres – pois podem interferir nas suas relações sociais, na sua vida sexual, no seu trabalho – quanto as

condições subjetivas, pois atingem profundamente a sua subjetividade, sua psiqué, causando “um estado de mal-estar da mulher por ser mulher, carregado de inquietação, aflição, ansiedade e insatisfação do ser mulher enquanto gênero e produto das relações sociais tecidas na civilização” (PONTES, 2017, p. 23). As consequências da violência contra a mulher, bem como o elevado número de ocorrências, constituem-se em um grave problema de saúde pública, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Para a OMS, “a saúde pública diz respeito à saúde e ao bem-estar das populações como um todo. A violência impõe uma carga maior ao bem-estar” (KRUG et. al., 2002, p. 19). A OMS considera a violência um problema mundial de saúde pública, que se caracteriza pelo uso “intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG et. al., 2002, p. 5). Este problema “impõe ônus humanos e econômicos aos países, e custa anualmente muitos bilhões de dólares em assistência à saúde, custos legais, absenteísmo e produtividade perdida” (p. 11).

Dentre as formas de violência que geram demandas aos serviços de saúde, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, publicado pela OMS em 2002, aborda a violência contra a mulher praticada principalmente no contexto de relações afetivas, por parceiros íntimos, referindo-se a “qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação” (KRUG et. al., 2002, p. 91). Esse comportamento pode incluir atos de agressão física, abuso psicológico, relações sexuais forçadas e atitudes controladoras.

Os impactos da violência na saúde das mulheres as colocam em risco crescente de depressão, tentativas de suicídio, síndrome de dor crônica, distúrbios psicossomáticos, lesão física, distúrbios gastrintestinais, síndrome de intestino irritável e consequências na saúde reprodutiva, como aborto espontâneo, entrada tardia em cuidado pré-natal, natimortos, parto e nascimento prematuros, lesão fetal e baixo peso ao nascer. As consequências da violência fazem com que as vítimas necessitem dos serviços de saúde, às vezes por longos períodos, o que aumenta os custos da assistência à saúde.

Schraiber (2001, p. 105) alerta para o fato de que “a assistência médica e os cuidados em saúde, de modo geral e não sem conflitos, são atuações profissionais que têm dificuldades para lidar com problemas mais identificados ao social ou à subjetividade do que ao adoecer orgânico”. A autora explica que os profissionais de saúde são preparados para curar o corpo que adocece, mas lidam mal com sofrimentos e demandas que estejam envoltos em contextos como o da violência, em que é necessário oferecer canais de fala e escuta qualificadas.

Os serviços de saúde são considerados “locus privilegiado para se identificar, assistir e noticiar casos de violência” (AGOSTINI, 2017, p. 28). Por este motivo, em 2003 foi publicada a lei nº 10.778, que estabelece a notificação compulsória de casos de violência contra mulheres que forem atendidas em serviços de saúde público ou privados em todo o território nacional (BRASIL, 2003). Para Schraiber (2001, p. 111), a atenção em situações de violência deve ser sempre multiprofissional e intersetorial. Por isso, a abordagem nunca será completa no primeiro serviço procurado, seja de saúde ou de justiça, “mas seu esforço conjunto em projetos construídos com mútua referência será sempre mais competente na produção de suportes sociais e institucionais mínimos para uma assistência melhor”.

Ao longo das últimas duas décadas, estratégias foram pensadas e legislações foram implantadas para promover assistência adequada e integrada a mulheres vítimas de violência. Em 2017, foi incluído no Art 7º da Lei Orgânica de Saúde (lei nº 8.080/90), legislação que regula o Sistema Único de Saúde – SUS, um inciso que institui como princípio do SUS a “organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras” (BRASIL, 2017). No ano de 2019, foi promulgada a lei nº 13.871, que dispõe sobre a responsabilidade do agressor pelo ressarcimento dos custos relacionados aos serviços de saúde prestados pelo SUS às vítimas de violência doméstica e familiar.

Nos casos de violência doméstica e intrafamiliar contra a mulher, estes recursos legais são fundamentais para oferecer uma atenção qualificada às vítimas e proceder com os encaminhamentos necessários para protegê-las. Entretanto, quando se refere à violência obstétrica, há um problema, pois os autores da agressão estão dentro dos serviços de saúde. Aqueles que deveriam estar preparados para identificar e noticiar as situações de violência são os mesmos que a cometem.

No contexto da atenção à gestação, parto, pós-parto e situação de abortamento, as mulheres se veem expostas a atos de violência obstétrica praticados majoritariamente por profissionais de saúde, sobretudo médicos(as) e enfermeiros(a). Estes atos podem configurar-se em agressões sutis e simbólicas ou evoluir para práticas mais violentas, atingindo não só a mulher, mas também seu feto ou recém-nascido, seu acompanhante e sua família, como é possível perceber na narrativa a seguir:

A violência contra a mulher pode ser desde uma violência física, violência verbal, é algo que tira sua liberdade, tira sua autonomia, que a constrange, e no contexto da violência obstétrica, isso pode começar desde o pré-natal até o pós-parto. No

pré-natal, pode ser desde a dificuldade de a mulher conseguir vivenciar o pré-natal de fato, porque às vezes não tem uma unidade próxima da sua casa, ou porque tem dificuldade de conseguir o pré-natal de alto risco, no caso de mulheres que precisam dessa atenção; a mulher que é constrangida por estar engravidando novamente, por estar numa idade avançada ou por estar muito nova. Durante o parto, as mais comuns são a mulher que é submetida à episiotomia, que recebe ocitocina sem indicação clínica, que é submetida a manobra de Kristeller, que é proibida de ter um acompanhante, que é constrangida, a mulher que é amarrada, que é agredida fisicamente. No pós-parto, pode ser a mulher que é proibida de ter um acompanhante também, que fica longe do seu bebê, sem necessidade clínica, que é submetida a procedimentos invasivos, que não recebe orientação sobre amamentação, sobre a sua recuperação (Prímula, entrevista, 2021).

Diniz (2015, p. 384) aponta que “a violência nos serviços de saúde se manifesta nas várias formas de abuso, violência e negligência que as mulheres sofrem quando buscam assistência, em especial para sua saúde sexual e reprodutiva”. É uma das formas de violência institucional, que se fundamenta no *status* social assumido pela categoria médica e seu saber-poder, abrindo um abismo entre usuários e profissionais de saúde.

A violência obstétrica é uma das formas mais comuns de violência institucional. Estudo da Fundação Perseu Abramo (2010) mostra que pelo menos 1 em cada 4 mulheres afirma ter sofrido maus-tratos durante o parto<sup>12</sup>. Trata-se de um conjunto de ações que causam constrangimento e humilhação à mulher, reunindo elementos da violência física, psicológica, simbólica e sexual, agredindo fortemente o seu ser, sua subjetividade, como explica Jung (1980, p. 102), “um funcionamento inadequado da psique pode causar tremendos prejuízos ao corpo, da mesma forma que, inversamente, um sofrimento corporal consegue afetar a alma, pois alma e corpo não são separados, mas animados por uma mesma vida”.

Apesar de sabermos que a violência obstétrica é um grave problema de saúde pública e que todas as mulheres, ao adentrarem numa instituição de saúde pública ou privada, tornam-se vulneráveis a ela, é mister ressaltar que as mulheres não constituem um grupo homogêneo. Sim, todas podem sofrer violência obstétrica, mas não da mesma forma. Além da discriminação de gênero, as mulheres estão sujeitas a sofrer intolerância e agressão em decorrência de sua cor de pele e/ou condição social. Os conceitos de interseccionalidade e consubstancialidade têm sido utilizados por teóricas feministas para abordar as relações sociais de sexo/gênero, étnico-raciais e de classe.

---

<sup>12</sup> No Brasil, um estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo, em 2010, revelou que 1 em cada 4 mulheres afirmaram ter sofrido maus-tratos durante o parto, e aproximadamente 23% alegaram ter ouvido frases humilhantes, tais como “não chora, ano que vem você está aqui de novo” (15%); “na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe” (14%); “se gritar eu paro e não vou atender” (6%); “se ficar gritando vai fazer mal pro neném, ele vai nascer surdo” (5%) (VENTURI et al 2010, p.177).

A interseccionalidade é um conceito que surgiu com o feminismo negro, principalmente a partir dos anos 1990, como uma crítica ao “feminismo branco, de classe média, heteronormativo” (HIRATA, 2014, p. 62). Cisne e Santos (2018, p. 81) apontam que esta crítica, “além de denunciar o racismo no interior do movimento feminista de mulheres brancas, expõe a existência e a necessidade de análise do intercruzamento das opressões por sexo, raça, classe, sexualidade”. O termo interseccionalidade foi cunhado em 1989, por Kimberlé Crenshaw. Anos antes, feministas negras como Angela Davis e Bell Hooks já discutiam o reducionismo em homogeneizar a categoria “mulher”.

Kergoat (2010, p. 98) dirige uma crítica ao conceito de interseccionalidade, problematizando sua tendência à categorização extrema. Para a autora, “pensar em termos de cartografia nos leva a naturalizar as categorias analíticas”, ou seja, a perspectiva de interseccionalidade, ao classificar as opressões, falha em apreender a complexidade das relações sociais. Por isso, Kergoat defende o uso da categoria consubstancialidade/coextensividade. Para esta autora, as relações sociais são consubstanciais, pois “formam um nó que não pode ser desatado no nível das práticas sociais, mas apenas na perspectiva da análise sociológica”, e são coextensivas, pois “ao se desenvolverem, as relações sociais de classe, gênero e ‘raça’ se reproduzem e se co-produzem mutuamente” (IBIDEM, p. 94).

A autora utiliza a alegoria do novelo para se referir à ideia de consubstancialidade e coextensividade, pois “um novelo é feio com uma única linha, ainda que entrelaçada e que possa apresentar alguns nós, mas é uma, o que significa dizer que as dimensões de classe, raça e sexo são dialeticamente indissociáveis e entrelaçadas” (CISNE; SANTOS, 2018, p. 85). A interseccionalidade, em comparação, não se trata de uma única linha, “são linhas diferentes que podem (ou não) se cruzar, ou melhor, não necessariamente o entrelaçamento será entre raça, classe e sexo” (IBIDEM, p. 85).

A violência obstétrica é uma das formas de violência contra a mulher, mas também é violência de raça-etnia e violência de classe. Ao analisarmos a maneira como ela acontece, não podemos ignorar esse novelo, pois a cor da pele e a condição social das mulheres influenciam no seu acesso aos serviços de saúde e na qualidade do atendimento que recebem nas instituições públicas e privadas. No Brasil, país marcado por um capitalismo dependente que se desenvolveu pela via da exploração racista e patriarcal, a violência obstétrica se constitui como uma expressão da questão social.

## 1.2 A violência obstétrica como expressão da questão social

A discussão sobre a violência obstétrica é uma problemática recente, visto que, até a primeira metade do século XX, o parto no Ocidente era um evento predominantemente familiar, doméstico, acompanhado por parteiras tradicionais e com a participação de outras mulheres como as mães, avós e tias da parturiente. Os significados e tradições referentes à gestação, parto e pós-parto variam de acordo com as especificidades de cada cultura, mas sempre remetiam a um momento de solidariedade e suporte mútuo, carregado de simbologia e ancestralidade.

A partir da segunda metade do século XX, as inovações tecnológicas e o avanço da medicina deram início ao processo de hospitalização do parto, o que originou um novo protagonista para este momento: o médico. As parteiras passaram a ter sua prática desvalorizada e até mesmo criminalizada, em favor do saber-poder médico, presidido pelo discurso de que o parto hospitalar era mais higiênico e seguro. Foucault (1989, p. 47) assinala dizendo que este processo de medicalização já estava acontecendo num âmbito mais geral, como um mecanismo disciplinar do capitalismo para a transformação do corpo em máquina de trabalho, pois “foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política”.

Para Foucault (1989, p. 62), “é a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização”. Esta medicalização tem uma perspectiva higienista, que busca garantir o controle e o “conserto” dos corpos, as principais máquinas de trabalho neste período. O corpo feminino, que já era considerado frágil e doente, passou a ser ainda mais patologizado, e a medicina apresentou-se como sua salvadora. O ambiente doméstico, aconchegante e acolhedor, foi substituído pelo espaço hospitalar, um lugar frio, solitário e muitas vezes hostil, contribuindo para que as mulheres rapidamente perdessem o seu ativismo no momento do parto, ficando vulneráveis a quaisquer práticas que os profissionais de saúde julgassem necessárias.

Atualmente, muitas das rotinas e práticas estabelecidas pelas equipes de saúde na assistência à gestação e parto não levam em conta a autonomia da mulher e a saúde do conjunto mãe-bebê, mas sim a eficiência e a rapidez em realizar partos e liberar leitos. Esta situação pode ser comparada a uma espécie de *linha de montagem* (DINIZ; CHACHAM, 2006) na atenção ao parto, expondo as mulheres a muitos riscos decorrentes da prática de medicina não baseada em evidências científicas e levando a situações de violência obstétrica.

As questões sobre a qualidade da atenção à gestação e parto começaram a ser levantadas pelas feministas a partir dos anos 1950, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, que dizem respeito à liberdade e à igualdade no exercício da sexualidade e da vida reprodutiva.

No Brasil, o movimento pela humanização do parto e defesa dos direitos sexuais e reprodutivos começa a tomar fôlego a partir da década de 1970, principalmente a partir da atuação de grupos, associações e coletivos independentes de mulheres. Em resposta às reivindicações, no ano de 1983 o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pioneiro ao abordar a saúde reprodutiva no âmbito da atenção integral, e não de forma isolada. Dez anos depois, foi fundada a Rede de Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), organização da sociedade civil que tem como objetivo principal a divulgação da assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas, no intuito de diminuir intervenções desnecessárias.

De acordo com Diniz (2005, p. 632), “estas iniciativas inauguraram um processo mais amplo de humanização dos serviços conduzido pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o Programa de Humanização de Hospitais”. Apesar destes avanços, nas primeiras décadas do século XXI as queixas sobre o sofrimento das mulheres no contexto da assistência ao parto continuaram a crescer. Em 2007, a expressão “violência obstétrica” foi utilizada pela primeira vez na Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia<sup>13</sup>, da Venezuela. Esta legislação define a violência obstétrica como

la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (VENEZUELA, 2007, s.p.)<sup>14</sup>.

Desde então, este termo tem adquirido destaque no seio dos movimentos pelos direitos das mulheres, principalmente naqueles dedicados à luta pelo parto humanizado. Apesar da resistência de muitos órgãos e conselhos profissionais em reconhecer a problemática da violência obstétrica, este movimento tem obtido sucesso na conexão com outras instituições

---

<sup>13</sup> Lei Orgânica sobre os Direitos das Mulheres a uma Vida Livre de Violência.

<sup>14</sup> A apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos profissionais de saúde, que se expressa em um tratamento desumanizante, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007, s.p., tradução livre).

de caráter público e privado, ocupando um espaço político, além de transformar a vida das mulheres que solicitam seu auxílio. Como afirma Souza-Lobo (2011, p. 179), “a dinâmica dos movimentos [de mulheres] não só rompe com as formas institucionais de reivindicação, mas rompe também com as formas internas de constituição dos grupos em ação na sociedade, estabelecendo novas relações entre indivíduos, grupos e sociedade”.

Nas últimas décadas, os registros de violência doméstica e intrafamiliar contra a mulher têm aumentado significativamente. No que se refere à violência obstétrica, apesar de o quantitativo de denúncias estar crescendo de maneira menos acentuada, as denúncias registradas são de fundamental importância para fornecer um panorama da problemática. A partir da análise das denúncias registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista, foi possível identificar diversas situações que podem ser caracterizadas como violência obstétrica.

As mais recorrentes são: ofensas verbais; negligência; recusa na oferta de atendimento/peregrinação<sup>15</sup>; cobrança para atendimento em instituição pública; omissão de informações; restrição alimentar; descumprimento da lei do acompanhante<sup>16</sup>; realização de exames de toque excessivos e agressivos; episiotomia<sup>17</sup>; manobra de Kristeller<sup>18</sup>; restrição da movimentação da parturiente; e a realização de cesáreas eletivas<sup>19</sup>. Um fator comum em quase todas as denúncias de violência obstétrica é o tratamento humilhante à pessoa parturiente, principalmente quando ela não consegue atender às expectativas da equipe de saúde no momento do parto, como na seguinte narrativa:

“Vou contar algo que me atormenta até hoje: eu estava tranquila durante as contrações, mesmo começando a não sentir minhas pernas. Foi quando entrei na sala de parto que tudo intensificou, primeiro começou com frases assim: NÃO FOI BOM FAZER? AGORA AGUENTA A DOR! Quando eu estava há mais de 1 h de parto, com a bebê em estado crítico dentro da barriga, começou a gritaria: BORA FAZ FORÇA DIREITO, NAO TE ENSINARAM A PARIR? TUA FILHA TÁ MORRENDO E A CULPA VAI SER SUA, ELA TÁ MORRENDO E A CULPA É TUA! Repetiam tanto aquilo, que por um longo tempo eu me culpei” (Violeta, Narrativa de denúncia, Pesquisa documental, 2021).

É possível observar um tom de julgamento à parturiente por ter exercido sua sexualidade no processo da concepção, principalmente pela possibilidade de Violeta ter

<sup>15</sup> A peregrinação acontece quando a mulher não é atendida no primeiro serviço de saúde que procura e precisa se deslocar a outras unidades até ser admitida, o que pode causar riscos para mãe e bebê.

<sup>16</sup> A Lei nº 11.108/2005 garante 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.

<sup>17</sup> A episiotomia é um corte realizado na região do períneo para aumentar o canal de parto, técnica que deve ser utilizada em casos específicos, mas acaba sendo praticada de maneira rotineira.

<sup>18</sup> A manobra de Kristeller consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero, geralmente com o uso dos braços e cotovelos, para agilizar a saída do bebê. É uma técnica obsoleta e não recomendada pela Organização Mundial da Saúde.

<sup>19</sup> A cesárea é eletiva quando realizada sem justificativa baseada em evidências científicas, comumente indicada por ginecologistas e obstetras, podendo causar riscos para o bebê ou para a mãe.

sentido prazer com isso. No momento do parto, a dor e o sofrimento são encarados como uma punição pela volúpia sexual. Percebe-se, com efeito, como as violências moral e psicológica causam profundas consequências na subjetividade da mulher. Vergonha, medo, culpabilidade, são sentimentos internalizados pelas mulheres e ratificados pela sociedade em geral, fazendo com que seja muito difícil superar esta violência.

Os sentimentos de medo e vergonha são construídos socialmente contribuem para invisibilizar as violências sofridas, controlando os comportamentos das vítimas. Terra, Oliveira e Schraiber (2015, p. 114), explicam que “o sentimento de vergonha dificulta o diálogo, aumenta o isolamento e a culpa das mulheres que se sentem mal vistas, ‘responsáveis’ pelo sofrido e, portanto, obrigadas a aguentarem tais situações ou a resolverem o problema sozinhas”. Isto contribui para a invisibilização dos abusos, pois é como se a violência acontecesse porquê de algum modo a mulher deixou de cumprir seu papel. Caso os gritos de “faz força direito” não funcionem para acelerar a evolução do parto, não é incomum que a equipe recorra a atos de violência física. É o que nos mostra a narrativa abaixo:

“Fui para sala de parto e ali começou minha tortura, meu esposo não entrou comigo, me senti muito sozinha. Eu sei o que é ter um filho (*em parto*) normal, era meu segundo filho, fiz muito esforço e nada... o médico me brigava pra eu fazer força e eu não tinha mais força. Foi quando ele chamou alguém para ajudar. A enfermeira subiu em cima de mim com muita força e apertava minha barriga, colocava os braços com tanta força que fiquei toda dolorida (*manobra de Kristeller*), quando ouvi o médico dizendo que estava engatado na minha vagina, recebi um corte (*episiotomia*) e ele nasceu e eu quase desmaiada [...]. Perguntei do médico quantos pontos levei no corte e ele simplesmente olhou para mim e disse ‘perdi as contas’” (Hortênsia, Narrativa de denúncia, Pesquisa documental, 2021).

Este trecho nos ajuda a ilustrar algumas das formas como a violência obstétrica tem ocorrido, em seu caráter físico e psicológico, atingindo as mulheres em suas dimensões objetivas e subjetivas. Nota-se que houve o descumprimento da Lei do Acompanhante, o que atinge o aspecto emocional da parturiente e contraria a recomendação da OMS, segundo a qual “o apoio contínuo durante o trabalho de parto tem benefícios clinicamente significativos para as mulheres e crianças e nenhum prejuízo conhecido” (OMS, 1996, p. 2). Sozinha, sem amparo, Hortênsia esgota suas forças ao tentar obedecer aos comandos médicos.

Quando seus esforços se mostram insuficientes, a equipe decide fazer uso da manobra de Kristeller e da episiotomia para abreviar o período de expulsão do bebê, sem a prévia explicação dos procedimentos para a parturiente. Rohde (2016, p. 21) afirma que “em casos de violência obstétrica, não é incomum as mulheres dizerem que se sentiram, no parto, violentadas. Algumas mesmo relacionam o que sentem, psicológica e sexualmente, a um estupro”. Práticas como a episiotomia podem causar dificuldades para as mulheres retomarem

sua vida sexual, por problemas na cicatrização, dor, ponto do marido<sup>20</sup>, vergonha da cicatriz, falta de autoestima, dentre outros fatores. É o que expõe Prímula, a saber:

Temos casos de mulheres que ficaram com incontinência fecal, incontinência urinária, tiveram dificuldade em retomar a vida sexual por causa de episiotomia desnecessária, episiotomia com corte muito grande, pontos mal feitos, algumas também chegam a ter lesão na bexiga. São marcas que ela vai carregar pelo resto da vida, algumas vão ter um impacto muito grande na sua qualidade de vida, e outras causam uma dor mais invisível, uma dor que muitas vezes é até minimizada pelos profissionais, pois quando não há uma sequela mais perceptível, eles tendem a concluir que ficou tudo bem, que aquela mulher tá bem, tá com sua saúde física intacta, e ignoram todo o sofrimento que essa violência causa e o impacto que ela tem também até mesmo no início do vínculo mãe-bebê, pode impactar o seu puerpério de uma maneira mais pesada, então são consequências doloridas para as mulheres (Entrevista, 2021).

Ressalte-se que, mesmo nos casos de violência física, as consequências sempre envolvem dano emocional, traumas, medos, memórias difíceis. Como é possível perceber na narrativa de Prímula, estas consequências podem afetar o puerpério<sup>21</sup>, prejudicando o estabelecimento do vínculo mãe-bebê e, em casos mais graves, levando a um quadro de depressão pós-parto. Dias e Pacheco (2020, p. 8) advertem para o fato de que é preciso tomar cuidado para não ignorar “os danos que vão além dos que aparecem de forma instantânea, que se referem aos efeitos contínuos, que tem impacto significativo em como a mulher se vê, se sente e se põe diante de seu mundo”.

A partir da análise das denúncias de violência obstétrica coletadas na pesquisa documental, foi possível percebermos a recorrência de atos de ofensas verbais, tratamento humilhante, negligência e culpabilização das parturientes. Rohde (2016, p. 59) afirma que este tipo de violência se expressa através de “ameaças, ralhetes, chantagens, ofensas, negligência, desrespeito, humilhações, troças, linguagem grosseira”. Esta situação contribui para que gestantes/parturientes e seus acompanhantes, familiares, doulas, tenham sentimentos de vulnerabilidade, medo, insegurança, acuação, abandono, perda de dignidade e integridade,

---

<sup>20</sup> O “ponto do marido” é uma prática violenta que alguns obstetras utilizam ao realizar a sutura do períneo após a episiotomia ou laceração natural. A prática consiste em dar um ou mais pontos a mais do que o necessário, com a justificativa de deixar o canal vaginal mais “apertado”, para propiciar maior satisfação sexual ao companheiro daquela mulher (ROHDE, 2016). Além de ser uma violência física, o ponto do marido atinge a mulher também em sua subjetividade, pois ignora sua autonomia sobre o próprio corpo e a possibilidade de ela própria garantir sua satisfação sexual.

<sup>21</sup> O puerpério é o período pós-parto em que a mulher passa por transições e alterações fisiológicas e psicológicas, seu corpo se despede da gestação e ela estabelece o vínculo com o bebê fora de seu ventre, passando pela amamentação, privação de sono, adaptação a uma nova rotina, dentre outros aspectos. Não há um tempo definitivo de duração para o puerpério. Alguns afirmam que ele corresponde aos três primeiros meses do bebê, outros dizem que vai até o primeiro ano de idade, outros dizem que dura até o fim do desmame. Cada mulher vive uma experiência própria.

entre outros. Prímula revela como a condição social das mulheres influencia no atendimento que elas recebem nos serviços de saúde e nas formas de violência obstétrica que podem vir a sofrer. Vejamos:

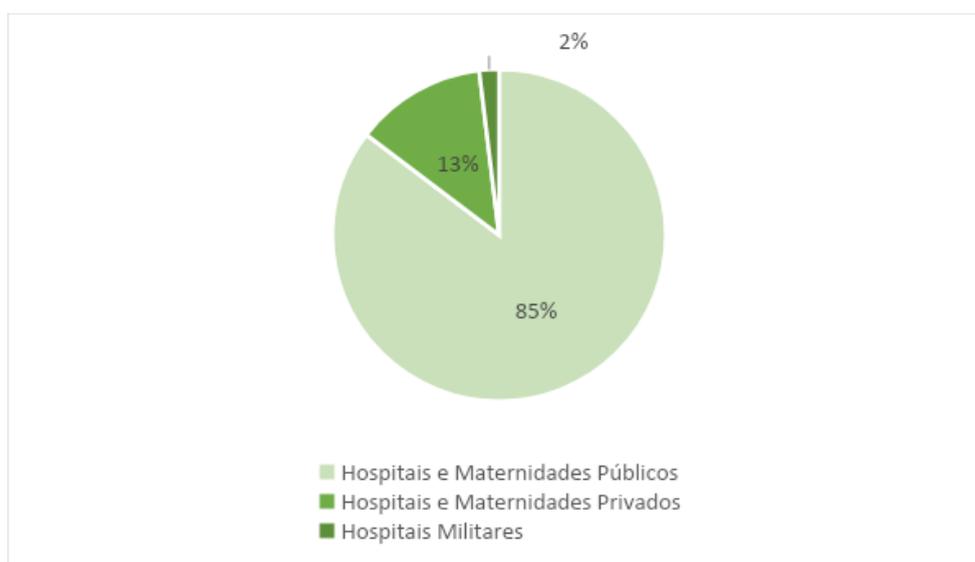
É bem comum que as mulheres sejam constrangidas, durante o atendimento, com ofensas que mencionam a sua condição social, a sua condição financeira, e inclusive a gente consegue perceber uma diferença entre os atendimentos do SUS e os atendimentos da rede privada. Na rede pública, os constrangimentos, as ofensas, os xingamentos e às vezes até mesmo as agressões físicas, são mais comuns. Na rede privada, ela pode acontecer de uma forma mais sutil, pode ser uma episiotomia que não era indicada, uma ocitocina, uma cesárea desnecessária. Então no SUS, as mulheres são agredidas de forma mais escancarada, digamos assim. Já na rede privada, a mulher é convencida de que aquilo que ela tá passando não é uma violência, ela é convencida de que aquilo é um procedimento necessário. Só depois ela se dá conta de que aquilo era uma intervenção desnecessária, que poderia ser evitada (Entrevista, 2021).

Como já mencionamos, as mulheres não formam um grupo homogêneo. Mesmo que unidas pelo gênero, elas vivenciam diferenças e especificidades de acordo com sua classe social, raça, etnia, orientação sexual, idade, dentre outros fatores (CISNE, 2005). Para Cisne (2005, p. 3), “por mais que ‘o gênero una as mulheres’, a homossexualidade una gays e lésbicas, [...] a classe irá dividi-las(os) dentro da ordem do capital. A classe é, pois, quem determina como essas mais variadas expressões de opressões irão ser vivenciadas por esses sujeitos”.

Gomes (2014, p. 139) considera que a cultura institucional é pautada em estereótipos de classe e gênero. No ambiente hospitalar, as normas são impostas de modo a desrespeitar a autonomia e a subjetividade das pacientes, produzindo “a desmoralização com base em seu *status* social de classe com menores condições socioeconômicas e o gênero feminino, o que produz intenso sofrimento”. Como resultado, tem-se a naturalização de rotinas de trabalho desumanizadas, o que por sua vez leva à banalização das situações de violência.

No contexto da violência obstétrica, percebe-se que as mulheres que possuem melhores condições financeiras e têm acesso aos serviços privados de saúde, têm menos chance de sofrer com ofensas verbais, tratamento humilhante e atos de violência física. Na posição de consumidores que pagam diretamente pelos serviços prestados, as gestantes e seus acompanhantes/familiares conseguem, em certa medida, exercer poder e garantir maiores chances de terem sua integridade resguardada. As mulheres que dependem dos serviços públicos, por sua vez, ficam mais vulneráveis à prática da violência obstétrica, pois são privadas do poder de escolha. O gráfico abaixo mostra a distribuição das 164 denúncias analisadas de acordo com o caráter das instituições:

Gráfico 1 – Distribuição das denúncias por caráter da instituição



Fonte: Humaniza Coletivo Feminista, 2021 (pesquisa documental). Dados organizados por Ana Paula Dias Corrêa.

Menos de um quinto das denúncias referem-se a instituições privadas e militares. A maior parte dos casos referem-se a hospitais e maternidades associados ao Sistema Único de Saúde. É evidente que este dado é influenciado pela diferença no volume de pessoas que têm acesso a planos de saúde privados e de pessoas que dependem do SUS. De acordo com Souza Júnior et al. (2021), dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 mostram que, naquele ano, 28,5% dos brasileiros possuíam plano de saúde médico ou odontológico.

Os autores ressaltam que a cobertura dos planos de saúde é concentrada nas áreas urbanas e capitais, principalmente nas regiões sul e sudeste e relaciona-se com a escolaridade e renda *per capita*, chegando a 88% entre os brasileiros com renda *per capita* maior que cinco salários-mínimos (SOUZA JÚNIOR et al, 2021, p. 2532). Segundo dados da Pesquisa

Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC), em 2018, a renda média mensal de 60% dos trabalhadores brasileiros foi menor que um salário-mínimo<sup>22</sup>.

A relação entre escolaridade, remuneração, acesso a serviços de saúde e qualidade da assistência é um dos elementos que explicam por que a violência obstétrica se configura como uma expressão da questão social. Em Santos (2012), a questão social é vista como manifestação de pobreza e desigualdade produzidas pelo modo de produção capitalista, mas não se reduz apenas ao pauperismo, pois está conectada às relações sociais de produção e provoca resistências, que se constituem nas lutas de classe. De acordo com Iamamoto (2009, p. 177),

Na atualidade, a ‘questão social’ diz respeito ao conjunto multifacetado das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, indispensáveis em a intermediação do Estado. A ‘questão social’ expressa *desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais*, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização (grifos da autora).

A violência obstétrica, além de ser uma das formas de violência contra a mulher, assenta-se também nas desigualdades econômicas, fazendo com que mulheres de classes subalternas sofram agressões mais graves, humilhações mais dolorosas. Constatamos na narrativa de Prímula que a violência obstétrica nas instituições privadas é mais sutil, costuma acontecer por meio do convencimento, pela persuasão, na medida em que leva as gestantes a acreditarem que elas precisam de determinadas intervenções desnecessárias para proteger seu bebê, como a indução do parto antes de o feto dar sinais de que está pronto para nascer, a utilização de ocitocina sintética para acelerar o trabalho de parto e, principalmente, a realização de cesáreas eletivas. Nas maternidades privadas brasileiras, mais de 90% dos partos são realizados por meio de cesáreas, enquanto nas instituições públicas essa taxa corresponde a cerca de 50% dos partos. Em ambos os casos, a taxa é problemática, pois a Organização Mundial de Saúde indica que somente cerca de 15% dos partos realmente precisam ser realizados por via cirúrgica (CIELLO et. al., 2012).

No contexto dos serviços públicos de saúde, uma outra situação de conduta não apropriada na assistência obstétrica é a cobrança de valor monetário às parturientes e seus familiares, para a realização dos serviços. Durante a análise das denúncias registradas junto ao

---

<sup>22</sup> Renda média de mais da metade dos brasileiros é inferior a um salário-mínimo. **Agência O Globo**. 2019. Disponível em: <<https://epocanegocios.globo.com/Brasil/noticia/2019/10/renda-media-de-mais-da-metade-dos-brasileiros-e-inferior-um-salario-minimo.html>>. Acesso em 03 Ago. 2021.

Humaniza Coletivo Feminista, identificamos cinco casos de cobranças por serviços em maternidades públicas do Amazonas. Um deles é o de Íris. Vejamos:

“Passei o dia andando de maternidade em maternidade, com dores e sangramento. No dia seguinte, não aguentava mais de cólica e fui pra Ana Braga, lá fui atendida por um senhor que viu que realmente eu estava em trabalho de parto e me disse que não poderia fazer nada pois naquele dia tinham muitas mulheres com seus bebês no chão esperando leito. Eu comecei a chorar... e ele chamou meu pai e disse que com jeitinho BRASILEIRO dava um jeito. Esse jeitinho brasileiro cobrou do meu pai R\$600,00 reais. Meu pai raspou tudo que tinha no bolso deu 400,00 ele pegou esse dinheiro e rápido colocou em seu bolso. Em questão de minutos apareceu leito e vaga no centro cirúrgico” (Íris, Narrativa de denúncia, Pesquisa documental, 2021).

Constata-se, deste modo, que os profissionais agem de forma espúria e venal no contexto do parto, agindo com coação e extorsão a parturiente e seus acompanhantes. No episódio relatado acima, as vítimas cederam à chantagem e conseguiram reunir uma quantia de dinheiro suficiente para garantir o atendimento necessário. Na narrativa seguinte, é possível ver o que acontece quando os usuários e seus familiares não têm condições de pagar pelo atendimento: “[...] depois minha cunhada chamou outro médico e ele disse ‘se você quiser eu faço a cesárea, cobro bem baratinho, mas vai ter que me pagar agora, senão vai morrer de dor aí’. Minha cunhada disse que não tinha dinheiro, ele virou e disse ‘boa sorte’” (Azaleia, Narrativa de denúncia, Pesquisa documental, 2021).

O Sistema Único de Saúde não garante o princípio de universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, previsto na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Se a população usuária do SUS pudesse confiar no sistema, os médicos não teriam oportunidades para praticar chantagens e, mesmo que o fizessem, as mulheres e seus acompanhantes não cederiam. A possibilidade de perder seu bebê pela falta de estrutura e profissionais qualificados nos serviços públicos de saúde não deveria ser uma preocupação para gestantes e familiares.

Behring e Boschetti (2011) afirmam que uma das explicações para o exíguo e precário investimento nos gastos sociais públicos, dentre eles a saúde, é a hegemonia neoliberal que dominou os países capitalistas na década de 1970. De acordo com Behring e Boschetti (2011, p. 125-126), o neoliberalismo surge “como uma reação teórica ao Estado intervencionista e de bem-estar”, defendendo que “o Estado não deve interferir na regulação do comércio exterior nem na regulação de mercados financeiros”. Um dos principais ideais sustentado pelos neoliberais é a contenção dos gastos sociais.

Apesar de, no Brasil, a década de 1980 ter sido marcada pela efervescência do movimento de redemocratização e luta por direitos, que culminou na Constituição Federal de

1888, chamada de Constituição Cidadã pelo seu forte conteúdo social, a perspectiva neoliberal atingiu o país paralelamente a esse movimento, impondo dificuldades e até mesmo impedindo a materialização dos direitos conquistados. As autoras explicam que o neoliberalismo afeta as políticas sociais a partir do trinômio: privatização, focalização/seletividade e descentralização.

A descentralização pode ser interpretada por duas perspectivas. Enquanto princípio do SUS, ela se refere ao compartilhamento de poder nas esferas públicas. No entanto, enquanto tendência neoliberal, a descentralização configura-se em “mera transferência de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais correlatas” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 156). A descentralização, na perspectiva neoliberal, leva à desresponsabilização, pois as atribuições são delegadas em cadeia, até não ser responsabilidade de ninguém. Na saúde, conforme Behring e Boschetti (2011, p. 163-164),

O principal paradoxo é que o Sistema Único de Saúde, fundado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade das ações, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado, vem sendo minado pela péssima qualidade dos serviços, pela falta de recursos, pela ampliação dos esquemas privados que sugam os recursos públicos e pela instabilidade no financiamento.

O desmonte do SUS traz enormes prejuízos para a as condições de vida da maioria dos brasileiros, que não têm acesso a planos de saúde. No contexto da assistência à gestação e nascimento, a precariedade do sistema propicia terreno fértil para práticas de violência obstétrica desde o pré-natal, seja pela dificuldade de acesso a consultas e exames, seja pela falta de profissionais capacitados para promover um acompanhamento adequado, especialmente nas gravidezes de alto risco. Devido à falta de informações e possibilidades de escolha, muitas famílias se resignam com esta situação e aceitam o que lhes é oferecido

Nas denúncias de violência obstétrica examinadas neste estudo, constatamos que não são coletados dados socioeconômicos das mulheres como idade, escolaridade, profissão, remuneração e autodeclaração étnico-racial. Isto contribui para que se incorra no equívoco de pensar que todas as mulheres sofrem violência obstétrica da mesma forma, sem considerar as especificidades das relações de gênero, tais como classe e raça/etnia.

### **1.3 As relações étnico-raciais e a violência obstétrica**

As relações sociais são construídas no âmbito dos processos históricos das formações capitalistas em cada sociedade. No Ocidente, com efeito, essas formações não são creditadas somente ao capitalismo, na medida em que outros elementos se inter cruzam com a exploração, tais como o sexismo e o racismo.

Para Santos (2016, p. 51), a formação histórica e cultural do Brasil é “fortemente marcada por essas três relações, patriarcais, capitalistas e escravistas, cada uma com seu explorador e explorado definidos e com suas ideologias para a sustentação dessas relações”. A autora explica, ainda, que essas relações são interdependentes e se inter cruzam no contexto da vida social. Neste sentido, “as experiências de exploração e opressão são vivenciadas pelas mulheres de forma diferenciada, ou melhor, acentuada para os diversos segmentos de mulheres”. Essas mulheres são “negras, indígenas, pobres, ricas, ou seja, o movimento tem ‘cor’, classe e tem sexualidades” (SANTOS, 2016, p. 42).

No Brasil, os povos indígenas foram considerados pelos portugueses como seres inferiores e limitados, o que demandava que fossem educados e catequisados. Como indica Raminelli (2018, p. 11), “a cultura indígena foi descrita a partir do paradigma teológico e do princípio de que os *brancos* eram os *eleitos de Deus* e, por isso, superiores aos povos do novo continente”. Com a expansão da dominação europeia, imagens estereotipadas sobre as culturas e tradições indígenas foram propagadas e cristalizadas, gerando preconceito e silenciamento sobre a existência dos povos originários do Brasil.

Além de oprimidas pelo etnocentrismo branco europeu, as mulheres indígenas também tiveram sua sexualidade explorada para satisfazer os colonizadores e promover o povoamento da região. Os colonizadores se apropriaram dos corpos das mulheres indígenas por meio de vários mecanismos, tais como: o casamento, o concubinato, o comércio sexual e o estupro dessas mulheres, usando como justificativa o estigma da mulher fácil e lasciva sexual. Torres (2005, p. 27-28) explica que

O período da política pombalina (1759-1798) estabeleceu as diretrizes para o povoamento do território amazônico, pela via da miscigenação portuguesa e indígena. A estratégia sexista do poder local, em requisitar a participação da mulher no projeto de reprodução física da Amazônia, se fez acompanhar de uma política de difamação moral da mulher índia associada à promiscuidade sexual [...]. A imagem da mulher parideira atravessou oceanos e se estabeleceu no imaginário das populações europeias como um anti-valor, factível apenas em raças inferiores e atrasadas.

Na sociedade colonial, tornou-se comum a prática de trocar filhas e às vezes até mesmo as esposas por alimentos, bebidas alcoólicas e “outras quinquilharias” (TORRES,

2005, p. 80), como uma forma de sobrevivência amistosa entre índios e brancos. Esta é, pois, a porta de entrada da bebida alcoólica no contexto indígena, o que acabou se tornando uma problemática social que perdura até os dias atuais.

O preconceito étnico-racial é estrutural na sociedade brasileira e influencia diretamente o acesso dos povos indígenas a direitos fundamentais como saúde, educação, alimentação, trabalho e moradia. Torres (2005, p. 67) considera que “essa carga discriminatória que afeta profundamente a imagem da mulher amazônica não deixa de ser um determinado tipo de violência contra a nativa”. O preconceito contribui para o ocultamento das demais formas de violência contra a mulher indígena.

No que se refere à saúde da mulher indígena, principalmente a saúde reprodutiva, Coimbra Jr. e Garnelo (2004, p. 153) apontam a existência de uma lacuna no conhecimento sobre os determinantes socioculturais, ambientais e biológicos. A maioria dos estudos sobre saúde reprodutiva no país foram desenvolvidos em contextos urbanos, com perspectivas mais genéricas, e aqueles que discutiram o fator étnico-racial, abordaram principalmente as especificidades das mulheres negras. Isto foi constatado durante o levantamento bibliográfico em bancos de teses e dissertações para a construção desta pesquisa. Apesar de termos identificado um avanço nos estudos sobre violência obstétrica no âmbito das ciências humanas e sociais, inclusive com uma significativa quantidade de trabalhos abordando as relações entre raça/etnia e atenção ao parto, poucos abordaram especificamente as mulheres indígenas.

É pertinente identificar a condição étnica no contexto da violência obstétrica, pois o preconceito étnico vem se juntar ao aspecto de gênero, agravando a violência sofrida pelas indígenas. Para Dos Anjos (2004, p. 108), “a dominação étnica coloca a etnia dominada numa posição similar à do gênero dominado: a de objeto de apreciação e de medicações que o retiram do lugar de sujeito para tornar necessário o lugar de porta-voz”. No contexto da saúde reprodutiva, as mulheres indígenas se veem inseridas no processo de vilipêndio e frequentemente não recebem a assistência adequada.

Diniz (2009, p. 318) explica que vários elementos estão envolvidos na “formatação cultural das práticas de assistência ao parto” em uma sociedade, dentre eles: gênero, raça, classe social, geração, entre outros. Quando estes elementos não são considerados como determinantes dos processos de definição dos padrões de assistência, tem-se a receita ideal para falhas. Um exemplo disso é o que a autora denomina *cegueira de gênero*, condição em que os profissionais não possuem um olhar crítico sobre a realidade, o que os leva a aceitar crenças como a de que “o corpo feminino é essencialmente defeituoso, imprevisível e

potencialmente perigoso, portanto necessitando de correção e tutela, expressas nas intervenções”.

Além do gênero, o elemento raça/etnia é determinante no acesso e qualidade de atenção à gestação e parto. O Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (2014)<sup>23</sup>, indica que no ano de 2012, 74,9% das gestantes brancas tiveram acesso a pelo menos sete consultas de pré-natal, enquanto entre as gestantes pretas, pardas e indígenas, apenas 56,4%, 54,8% e 24,3%, respectivamente, tiveram acesso ao atendimento recomendado. De acordo com Barata (2009, p. 20), “as desigualdades no estado de saúde estão de modo geral fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de inequidade existente em cada sociedade”. O não acesso aos serviços de pré-natal é um dos indicadores dessas desigualdades, podendo ocorrer pela falta de serviços disponíveis em determinadas regiões, pela impossibilidade de mulheres comparecerem às consultas em virtude do trabalho e do cuidado com os filhos, pela escolha das gestantes em não procurar os serviços por acreditarem que não serão bem tratadas, dentre outros fatores.

Outro dado que evidencia os impactos das desigualdades sociais na saúde da mulher brasileira são as taxas de mortalidade materna<sup>24</sup>. Em 2018, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2020), quase o dobro da meta nacional de até 30 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos<sup>25</sup>. As mortes maternas podem ocorrer por causas obstétricas diretas ou indiretas. As causas obstétricas diretas referem-se “às complicações na gravidez, no parto ou puerpério, em razão de tratamento inadequado, más práticas e omissões” (MARTINS; SILVA, 2018, p. 726). As causas indiretas, por sua vez, “resultam de doenças que já existiam antes da gestação ou de uma patologia que se desenvolveu durante a gravidez, sem uma relação com causas obstétricas diretas, mas que se agravam pelas condições fisiológicas específicas de uma gestação” (IBIDEM, p. 726).

O gráfico a seguir mostra que a taxa de mortalidade materna de mulheres negras<sup>26</sup> por causas obstétricas diretas no Brasil é aproximadamente duas vezes maior do que a de

---

<sup>23</sup> BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Relatório Anual Socioeconômico da Mulher. 1. ed. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2015. 181p. Disponível em: <[http://assets-institucional-ipg.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2015/04/Raseam\\_completo\\_2014.pdf](http://assets-institucional-ipg.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2015/04/Raseam_completo_2014.pdf)> Acesso em: 27/02/2021.

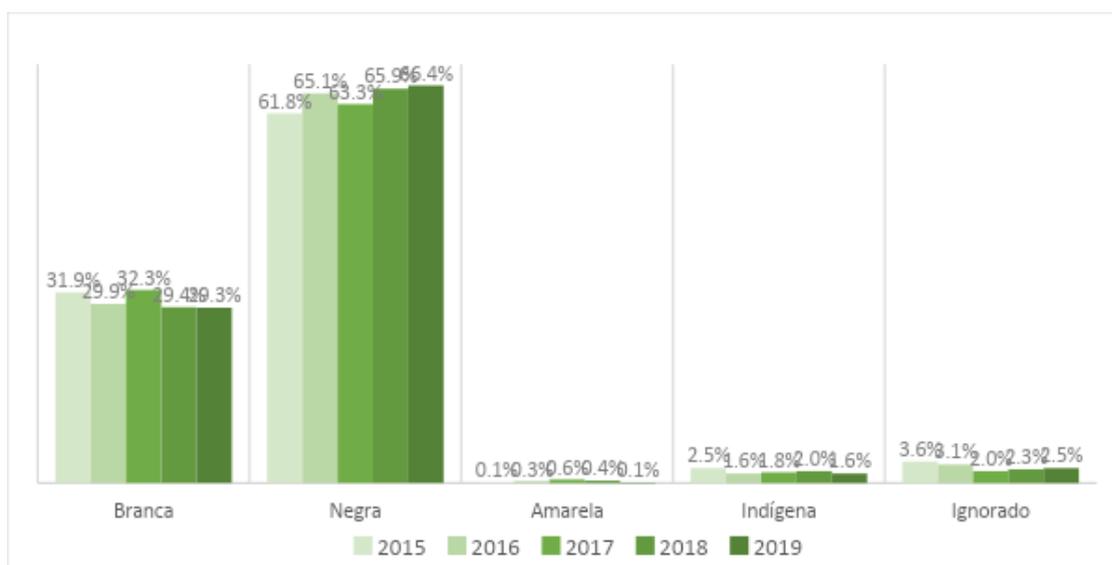
<sup>24</sup> É configurado como morte materna todo óbito ocorrido durante a gestação ou após 42 dias do seu término, independentemente da duração da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ao agravo da gestação, podendo ocorrer por causas obstétricas diretas ou indiretas. Ver Martins e Silva (2018).

<sup>25</sup> A meta mundial do 3º Objetivo do Desenvolvimento Sustentável – Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades – é de até 70 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos. Como o Brasil alcançou, em 2016, a redução da RMM para 64,4 óbitos/100 mil nascidos vivos, em 2018 a meta nacional foi ajustada para até 30 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (IPEA, 2019).

<sup>26</sup> A categoria mulher negra abrange os grupos de mulheres autodeclaradas pretas e pardas.

mulheres brancas, apesar dos dois grupos constituírem 49,73% e 48,69% da população feminina brasileira, respectivamente (IBGE, 2010). Estes números podem ser explicados, dentre outras razões, pelo fato de as mulheres negras serem “as que possuem menos tempo nas consultas de pré-natal, esperam mais tempo para serem atendidas, são as que menos possuem acompanhantes no parto, por motivo de desautorização do serviço de saúde” (CARVALHO; MEIRINHO, 2020, p. 659-660). Há ainda o mito de que mulheres negras seriam mais resistentes à dor, e por isso não precisam de anestesia tanto quanto as mulheres brancas. Quando há escassez de anestésicos nas instituições públicas de saúde, as mulheres brancas têm prioridade.

Gráfico 2 – Mortalidade materna por causas obstétricas diretas (2015-2019)



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade Materna (SIM), 2021. Dados organizados por Ana Paula Dias Corrêa.

As mulheres indígenas tiveram uma taxa média de mortalidade materna por causas obstétricas diretas de 1,9% entre 2015 e 2019. Este índice parece pequeno, mas se levarmos em conta que as mulheres indígenas representam apenas 0,42% da população feminina brasileira, é possível identificar o problema. Em Santos et. al. (2017, p. 5) verificamos que alguns motivos para este alto índice, são a “dificuldade no acesso aos serviços básicos e

especializados de saúde, baixa qualidade no atendimento e falta de capacitação dos profissionais voltados para atender aos riscos específicos aos quais mulheres indígenas estão expostas”.

Em 2020, com a pandemia de Covid-19, o Brasil tornou-se recordista em óbitos de gestantes e puérperas, concentrando 77% das mortes em escala mundial. Um estudo mostrou que, neste contexto, as mulheres negras morreram duas vezes mais: 14,2% das gestantes negras hospitalizadas foram a óbito, enquanto entre as brancas, a proporção foi de 7%, metade dos casos (TAKEMOTO et. al., 2020, p. 2). Não foram encontrados dados sobre a mortalidade de gestantes e puérperas indígenas por complicações da Covid-19.

Note-se que a ocorrência de violência obstétrica se insere num contexto de consubstancialidade das relações de gênero, classe e raça/etnia. Quando estes elementos não são considerados, corre-se o risco de abordar a questão de forma generalizada e buscar alternativas que irão beneficiar uma parte da população alvo, mas não serão efetivas para outros grupos, como as mulheres indígenas. É preciso preencher a lacuna de dados sobre a saúde reprodutiva e as demandas específicas das mulheres indígenas para que estratégias mais adequadas sejam elaboradas e implementadas.

A pesquisa sobre violência obstétrica contra mulheres negras, apesar de também evidenciar a carência de dados, apresenta mais resultados do que a pesquisa sobre mulheres indígenas. Estudos<sup>27</sup> mostram que os indicadores de atenção ao pré-natal e parto são piores nas mulheres de cor preta e parda, em comparação às brancas. Dentre pardas e pretas, estas últimas detêm os piores indicadores. Estes dados referem-se não apenas ao momento do parto, mas se estendem ao longo da gestação.

De acordo com Leal et al. (2017, p. 10), “mulheres pretas e pardas, além de um pré-natal com menor número de consultas e exames, vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientações, o que resulta em maior peregrinação para parir”. No momento do parto, apesar da cultura intervencionista da assistência obstétrica no país, mulheres pretas e pardas estão menos expostas às intervenções como uso de ocitocina, episiotomia e cesariana. Isto pode ser interpretado como um fator positivo, mas na verdade revela que estas mulheres, em comparação às brancas, apresentam “prevalências mais altas de parto pós-termo, provavelmente como reflexo de um ‘menor cuidado’ devido a menos intervenções que as necessárias” (IBIDEM, p. 10). Curi, Ribeiro e Marra (2020, p. 160) afirmam que

---

<sup>27</sup> Ver Leal et al. (2017): A cor da dor: iniquidades na atenção pré-natal e ao parto no Brasil.

pronunciado pelas bocas daqueles que detêm o poder médico, mesmo aquilo que não tem qualquer base científica torna-se científico, justificando, assim, formas discriminatórias e violentas de assistir e intervir. Falas como “mulheres pretas são parideiras por excelência”, “negras são fortes, mais resistentes à dor”, “negras têm mais leite”, “negras são mais resistentes à anestesia”, “elas não fazem o pré-natal direito”, dentre outras, são reiteradamente pronunciadas, determinam assistência oferecida, sem qualquer crítica ou mesmo constrangimento. Reverberam entre as instituições, entre os profissionais. Ecoam na sociedade.

É neste sentido que se verifica a indissociabilidade das relações de gênero, classe e raça/etnia. No que se refere à violência obstétrica contra mulheres indígenas, a falta de denúncias não deve ser interpretada como um indício de que ela não existe, mas sim de que esse problema está sendo invisibilizado. Numa realidade em que até mulheres brancas com melhores condições sociais, com acesso a planos de saúde, sofrem violência obstétrica, o que pensar das indígenas que sofrem uma tripla discriminação (gênero, etnia e classe)? Na fala de Prímula é bem clara a situação de invisibilização das denúncias no contexto indígena. Vejamos:

Eu acredito que a falta de denúncias não reflete a realidade, eu acredito que essa violência acontece sim, que ela deve ser frequente, e que a gente só não tem conhecimento disso porque infelizmente os casos não são denunciados. E, infelizmente, se não temos os dados estatísticos, é como se não existisse essa violência. Acredito que falta a gente alcançar essa parte da população indígena, com conscientização, com orientação sobre o que é esse tipo de violência, pra gente poder acolher essas denúncias, acolher essas mulheres. É algo que, até mesmo dentro da Humaniza, a gente tem essa dificuldade, de chegar até elas (Entrevista, 2021).

Carvalho e Meirinho (2020, p. 658) constata que, desde 2017, “os indicadores e dados coletados pelos serviços públicos de saúde devem conter informações sobre cor/raça do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da autodeclaração do paciente”. O registro e divulgação de informações que considerem o marcador cor/raça/etnia é fundamental para o conhecimento das especificidades de cada grupo populacional, ao “apresentar a devida complexidade social e contextual relacionada aos critérios étnicos e raciais” (IBIDEM, p. 659). A falta dessas informações favorece a invisibilização da inequidade no acesso e qualidade de serviços prestados a mulheres brancas, negras, amarelas e indígenas.

Para avançarmos na análise da violência obstétrica e suas expressões na realidade brasileira, é primordial que as instituições de saúde, os órgãos de justiça e os movimentos sociais registrem as informações de autodeclaração das vítimas. Caso contrário, a massa de denúncias será tratada de forma homogênea e generalizada, o que compromete a qualidade da análise. Na pesquisa documental realizada junto ao Humaniza Coletivo Feminista, foi

identificada apenas uma denúncia referente a uma mulher indígena, mas a narrativa não foi enviado pela vítima ou seus familiares, e sim por um terceiro que testemunhou o acontecido.

Vejam os:

“Escrevo para contar uma de várias situações que acontecem no interior do Amazonas. Peço sigilo e preservação da minha identidade, pois temo represália política. Há três dias, nasceu no hospital de Benjamin Constant um bebê, filho de uma jovem de descendência indígena, mãe de primeira viagem e sem muitos parentes próximos (pois sua família é de Amatuá). Mãe e filho tiveram alta hospitalar, no prontuário constava normalidade em tudo. Acontece que, três dias após a alta, a mãe e familiares descobriram que o bebê havia nascido sem o ânus. Ao constatarem o caso, o levaram imediatamente para o hospital. A mãe relata mal atendimento e demora. Internaram o recém-nascido, depois o transferiram para a UPA em Tabatinga. Após a transferência, o bebê foi a óbito. [...] O que me revolta é que esse caso ficará impune por se tratar de pessoas humildes. Como pode um bebê sair do hospital e o corpo médico, enfermeiros e técnicos não terem examinado adequadamente o bebê? Isso é revoltante. Quando uma grávida se interna no hospital, os profissionais jogam para os acompanhantes a responsabilidade pela grávida e pelo bebê [...]. O slogan de campanha do prefeito foi “O ser humano”. Ficou só no slogan mesmo, porque não há humanização, o que há é um descaso total e manobras de ocultação de erros e violências dentro do sistema de saúde. Não há humanização de nada. O nível de violência é altíssimo. Porque aqui há uma diversidade étnica imensa. Não há denúncia porque o município é pequeno e tudo gira em torno de politicagem. Precisamos de ajuda (Magnólia, Narrativa de denúncia, Pesquisa documental, 2021).

O caso relatado aconteceu em Benjamin Constant, município situado no Sudoeste do Amazonas – Alto Solimões, na tríplice fronteira entre Brasil, Peru e Colômbia. Benjamin Constant, bem como os municípios vizinhos nos países da tríplice fronteira, é habitado por uma numerosa população indígena, o que provoca acentuada diversidade étnico-racial e “revela um complexo emaranhado de relações socioculturais, políticas e econômicas permeado por marcadores sociais de gênero, raça/etnia, nacionalidade, religião e classe social” (CAMPOS, 2018, p. 29).

Na narrativa, é possível notar estas relações por se tratar de uma mulher indígena, com poucas condições financeiras, que sofreu negligência em uma instituição de saúde, tendo como desfecho o óbito de seu bebê, mas o caso seria silenciado por questões políticas. Para Campos (2018, p. 18), há dois conjuntos de fatores que influenciam a qualidade da assistência obstétrica neste município: os fatores que dizem respeito aos pacientes, por um lado (nacionalidade, etnicidade, classe social, pertencimento religioso e nível de informação) e, por outro lado, fatores relacionados à intervenção do Estado (condições de infraestrutura e gestão da instituição). Estes fatores se interrelacionam e configuram a atenção obstétrica em

Benjamin Constant que, no caso das mulheres indígenas, é marcada por preconceitos e estigmas. Conforme Campos (2018, p. 122),

Evidenciei que há um discurso discriminatório de quando uma indígena é admitida em trabalho de parto, várias vezes ouvi: ‘Tá prenha de novo? Esse daí vai se chamar fogão ou motor rabeta?’ Tal discurso é baseado no Auxílio Maternidade a que as mulheres indígenas têm direito. Para algumas pessoas da equipe médica do Hospital de Benjamin Constant, os filhos das indígenas são vistos como objetos/eletrodomésticos. Diziam que as indígenas engravidavam apenas para receberem o auxílio do Governo Federal e, assim, comprarem os eletrodomésticos que precisavam. Por vezes, as piadas eram feitas perante as indígenas, as pessoas que compartilhavam do assunto gargalhavam sem se importar com a presença das mulheres indígenas. Elas mantinham-se caladas, como se não entendessem o que falavam.

Nestes discursos fica evidente que os profissionais de saúde culpabilizam as mulheres indígenas pela sua cultura e sexualidade, pois elas costumam ter uma prole grande e intervalos curtos entre as gravidezes. Bezerra (2017, p. 18) destaca que as indígenas “experimentam a maternidade cedo em suas vidas e apresentando taxas de fecundidade total elevadas, não raro ultrapassando 08 filhos por mulher, especialmente no Norte do País”. As mulheres indígenas são julgadas, ainda, por fazerem uso de um benefício social<sup>28</sup> que é direito delas, sendo acusadas de terem muitos filhos em razão da obtenção desse benefício, cujo valor é acrescido conforme o número de filhos.

Em municípios pequenos e afastados, como é o caso de Benjamin Constant, as relações empregatícias são marcadas por vínculos de apadrinhamento e clientelismo. Mesmo que alguns profissionais identifiquem práticas violentas na assistência obstétrica, eles não se sentem seguros para denunciar e expor determinadas pessoas densas de relação de poder, pelo receio de retaliações. Tanto no interior quanto na capital, é evidente o quanto as mulheres indígenas estão vulneráveis à violência obstétrica, devido à associação entre as inequidades de gênero, classe e raça/etnia em saúde. Este fator associa-se ao problema da patologização do corpo feminino e medicalização do parto, que atinge as mulheres indígenas em suas condições objetivas e subjetivas, na sua cultura, sua ancestralidade, sua cosmologia.

A população indígena no Brasil corresponde a aproximadamente 897.000 pessoas, organizadas em cerca de 305 povos, que falam 274 línguas. Distribuídos em todo o território brasileiro, 63,8% dos indígenas vivem em zona rural e 36,2% habitam em zonas urbanas. Os

---

<sup>28</sup> O benefício referido é proveniente do Programa Bolsa Família (PBF), programa de transferência de renda que beneficiava famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. O valor do benefício recebido variava a depender da renda familiar, da quantidade de filhos e suas respectivas idades. No ano de 2021, o PBF foi extinto e substituído por outro programa de transferência de renda, o Auxílio Brasil.

povos indígenas têm sua maior concentração na região norte, com aproximadamente 343.000 indivíduos (IBGE, 2010). Com imensurável diversidade étnica e sociocultural, os povos indígenas formam um grupo bastante heterogêneo.

As práticas tradicionais de atenção à gestação e parto nas diversas etnias indígenas são densas de significado cultural e subjetividade. De acordo com Tornquist (2004, p. 65), “mulheres dão à luz de formas diferenciadas, conforme o contexto histórico em que vivem, sua cultura particular e experiências pessoais – incluindo-se as narrativas e lembranças guardadas na memória”. Para os povos indígenas, os sistemas de atenção ao parto “constituem-se em um campo de reafirmação dinâmica da identidade étnica” (SILVA, 2017, p. 15).

O parto tradicional indígena é um evento doméstico e familiar, em que as mulheres contam com o apoio de parteiras, das mulheres da família, do companheiro, em alguns casos, e de pajés, quando há alguma intercorrência no trabalho de parto. Cada etnia vivencia esse processo de uma maneira diferente, mas o que todas compartilham é a visão do parto como um evento fisiológico e não uma patologia, “imerso em cosmologias que evocam ritualidades que integram o processo de tornar-se pessoa e membro de um grupo social” (SILVA, 2017, p. 35).

O processo civilizatório de medicalização do parto, como uma peça do projeto de modernização, tem atingido de maneira cruel os povos indígenas. Foucault (1989, p. 114) mostra como, após o processo de transformação do corpo humano em máquina de trabalho, foi necessária a transformação do hospital em “máquina de curar”. O hospital torna-se uma das instituições disciplinares que contribui para a fabricação de “corpos submissos e exercitados, corpos ‘dóceis’” (FOUCAULT, 2014, p. 165), exercendo a dimensão biomédica do poder. Na atenção ao parto, as maternidades surgem como locais onde os conhecimentos ancestrais das mulheres sobre o corpo feminino são desqualificados e o discurso médico é absoluto. Langdon (1999, p. 6) mostra como esse processo influencia na assistência hospitalar ofertada aos indígenas, no seguinte sentido:

Nas atividades de prevenção e cura, é frequente ouvir os profissionais em saúde manifestando preconceitos comuns sobre os índios, caracterizando-os ou condenando-os como sujeitos, ignorantes sobre as noções em relação à saúde e à doença, pacientes desobedientes ou resistentes às indicações do tratamento e incapazes de compreendê-los. Em geral, as intervenções na área de saúde são realizadas sem o devido respeito para o conhecimento da cultura do grupo, e, assim, os profissionais expressam atitudes etnocêntricas e realizam suas práticas sem reconhecer como a especificidade cultural do grupo influencia no êxito de seu trabalho.

O desenvolvimento do capitalismo e da tecnologia hospitalar teve como efeito a gradual transformação do parto de fenômeno fisiológico protagonizado pela mulher, para uma patologia que demanda intervenção médica. Este processo supõe a perda da autonomia da mulher e a imposição de rotinas e tempos, instituindo o parto hospitalar como antagônico ao parto assistenciado por parteiras tradicionais, que “tratavam as mulheres como totalidade, levando em consideração seu corpo, sua mente, o psicológico e o espírito” (CAMPOS, 2018, p. 17).

Segundo dados disponíveis no Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC, entre 2015 e 2019 as mulheres indígenas mantiveram uma taxa média de 72,9% de partos em hospitais e outros estabelecimentos de saúde e 23,5% de partos em domicílios e aldeias indígenas (DATASUS, 2021). Tornquist (2004) explica que, no Brasil, em algumas regiões as práticas tradicionais ainda são comuns e, em muitos casos, escolha prioritária das gestantes e parturientes. Mas isso ocorre principalmente devido às falhas de implantação dos sistemas de saúde em zonas rurais e áreas de difícil acesso. Nos centros urbanos, onde a racionalidade médica se institui com mais facilidade, o parto hospitalar se tornou hegemônico, impondo-se como mais seguro. Entretanto, os índices de violência obstétrica mostram que não necessariamente existe uma relação direta entre medicalização do parto e segurança.

Conforme Diniz (2009, p. 316), os avanços tecnológicos, apesar de serem de extrema importância para a assistência a intercorrências específicas, não trazem apenas benefícios, pois são acompanhados de um aumento do número de intervenções desnecessárias e da falta de adesão a protocolos baseados em evidências científicas, ao que a autora se refere como *paradoxo perinatal*: “no Brasil, na assistência ao parto podemos conviver com o pior dos dois mundos: o adoecimento e a morte por falta de tecnologia apropriada, e o adoecimento e a morte por excesso de tecnologia apropriada”.

Os dados do SINASC mostram também que, entre 2015 e 2019, as mulheres indígenas mantiveram uma taxa média de 79,2% de partos vaginais e 20,6% de partos via cesárea (DATASUS, 2021). Apesar de a maioria dos partos indígenas serem por via vaginal, a taxa de cesáreas está acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde, o que mostra a força com que o movimento de medicalização do parto atingiu essa população. Bezerra (2017, p. 17) afirma que a associação entre elevado número de partos hospitalares e alta taxa de cesáreas indica “padronização do nascimento, resultando em intervenções independentemente da necessidade e/ou complicações. Essa forma de parir desconsidera os

aspectos culturais das mulheres e a possibilidade das mesmas protagonizarem esse acontecimento”.

O universo feminino brasileiro é caracterizado por uma grande diversidade sociocultural, econômica e epidemiológica. Apesar de haver programas de atenção à saúde da mulher que determinam estratégias para promover uma assistência humanizada e respeitosa às especificidades de cada mulher, o país ainda tem um longo caminho pela frente no que concerne à implantação efetiva destes recursos. Na atualidade, o que predomina são a conveniência médica e as discriminações de gênero, classe e raça/etnia.

## CAPÍTULO II - AVANÇOS E RETROCESSOS NAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL

*Para mudar o jeito de nascer no Brasil, é preciso dispensar o modelo hegemônico para abraçar a diversidade possível, os modelos existentes que respeitam e acolhem experiências diferentes entre mulheres no exercício da sexualidade e da vida reprodutiva.*

*(Núbia Silva)*

### 2.1 - A trajetória das políticas de atenção ao parto e nascimento no Brasil

A maternidade é um conceito que envolve múltiplas discussões sobre sua caracterização e significado na sociedade, inclusive sobre quem pode ou não pode ser mãe. Tradicionalmente vista como consequente de uma relação biológica, necessariamente relacionada à relação heterossexual, gestação e parto, atualmente assume novos significados. De acordo com Gradvoohl et al (2014, p.55), com o reconhecimento de novas configurações familiares e o desenvolvimento das tecnologias reprodutivas, “observa-se o desenvolvimento de novas possibilidades de maternidade e maternagem<sup>29</sup> que questionam os vínculos biológicos e os papéis de gênero nos cuidados ao filho”.

Comumente se escuta a frase “mãe é quem cria”, ou seja, o estatuto de mãe não supõe somente dar à luz uma criança, mas estar presente e cuidar do seu desenvolvimento. Algumas mães gestam seus filhos, outras adotam. Algumas mães utilizam tecnologias reprodutivas, como inseminação e fertilização in vitro. Algumas mães vivem o luto da perda de seus filhos, mas nem por isso deixam de ser mães. Algumas mães precisam lutar diariamente pelo direito de cuidar de seus filhos, como são os casos das mães encarceradas e mães que são mulheres trans e travestis. É o que explica Santos (2016, p. 52-53). Vejamos:

A prática social do movimento feminista com relação à maternidade passa por momentos caracterizados por contradições, mudanças e permanências. Em um primeiro momento, a maternidade é vista como um *defeito natural* e a recusa dela seria o primeiro caminho para se livrarem da dominação masculina. Em um segundo momento, o movimento passa pela negação desse *defeito natural*, passando a ver a maternidade como algo que só as mulheres possuem e os homens têm inveja. Nesse momento, a ‘reflexão feminista dá visibilidade ao poder que as mulheres exercem na sociedade mediante este fenômeno biopsíquico-social que é a maternidade’. E em

---

<sup>29</sup> A maternidade é tradicionalmente relacionada à consanguinidade entre mãe e filho, enquanto a maternagem refere-se ao vínculo afetivo no cuidado que a mãe oferece ao filho, independentemente de relação consanguínea.

um terceiro momento, vai haver uma desconstrução da ideia de maternidade como *defeito natural* mostrando que ‘não é o fato biológico da reprodução que determina a posição social das mulheres, mas as relações de dominação que atribuem um significado social à maternidade’.

A ideia da maternidade como defeito natural tem relação com o significado social atribuído a ela na sociedade capitalista. Conforme explicam Arruzza et al (2019), não foi o capitalismo que inventou a subordinação das mulheres, mas ele certamente estabeleceu novos modelos de exploração. De acordo com as autoras, “seu movimento fundamental foi separar a produção de pessoas da obtenção de lucro, atribuir o primeiro trabalho às mulheres e subordiná-lo ao segundo” (ARRUZA et al, 2019, p. 52). Ao atribuir o trabalho da reprodução social às mulheres, o capitalismo reforça as desigualdades de gênero ao instaurar a separação entre o público e o privado, baseando-se em diferenças biológicas que moldaram os papéis sociais de homens e mulheres na sociedade e transformaram-se em desigualdades sociais.

O confinamento das mulheres ao espaço privado depende da sua subordinação ao marido e à família, pois o trabalho reprodutivo não se refere somente à produção de pessoas (que envolve o trabalho sexual), mas ao trabalho parental (criar e educar), ao trabalho doméstico (garantir as condições necessárias para que o homem possa se dedicar apenas ao trabalho no espaço público: limpar a casa, fazer comida, cuidar da roupa) e a todas as tarefas que envolvem o cuidado e a responsabilização pela família.

Tornou-se, pois, necessário que as mulheres fossem adestradas para este trabalho e, para atingir este objetivo, os homens utilizam-se dos meios que forem necessários. Para Santos (2016, p. 37-38), “o patriarcado se relaciona estruturalmente com a divisão sexual do trabalho, com a família monogâmica, a heterossexualidade obrigatória, com o controle do corpo e da vida das mulheres e por meio da violência contra a mulher”. A violência acontece no cotidiano familiar; no estupro; no ciúme e possessividade; na defesa da “honra”; no constrangimento e ameaça; dentre outras formas, inclusive no momento do parto. É neste sentido que Arruzza et al (2019, p. 53) afirmam que “a reprodução social é, portanto, uma questão feminista. No entanto, é permeada, em todos os pontos, pelas diferenças de gênero, raça, sexualidade e nacionalidade”.

A pauta da maternidade foi abordada pelos movimentos feministas de diversas maneiras ao longo de sua trajetória. De acordo com Collin e LaBorie (2009, p. 134), “desde o final do século XIX, em numerosos países europeus, as feministas buscam assegurar bem-estar e proteção social a todas as mães, e o reconhecimento da maternidade como uma função social que o Estado deve proteger”. Para garantir a proteção à maternidade, inclusive à

escolha por não vivenciá-la, o caminho ideal é começar pelo planejamento familiar, ter acesso a um acompanhamento pré-concepcional e, posteriormente, pré-natal, até o temido momento do parto, de modo que a vida extrauterina tenha início da maneira mais segura possível.

O parto é um dos momentos mais marcantes no processo de maternidade e desde os primórdios da humanidade está envolvido em um imaginário de dor e sofrimento para as mulheres, herdeiras de Eva, que são penalizadas a sofrer em meio a dores como castigo pelo pecado original. De acordo com Del Priore (2009, p. 224), “o parto, momento por excelência do processo de maternidade, marcava-se com a imagem do sofrimento da mãe. Era preciso sofrer para trazer à luz o fruto”. Apesar do espectro de tormento que envolvia o imaginário do parto, ele era predominantemente caracterizado por um momento de solidariedade e suporte mútuo, frequentemente contando com o acompanhamento de parteiras tradicionais e com a participação de outras mulheres do meio familiar.

Não obstante, a partir dos avanços científicos da medicina, este ramo do saber passou a apropriar-se do papel de resgatadora de mulheres, passando a inserir as parturientes em um ambiente frio, solitário, desacolhedor e muitas vezes hostil. As mulheres rapidamente perderam o seu ativismo no momento do parto, ficando vulneráveis a quaisquer práticas que os profissionais de saúde julgassem necessárias. Como explica Silva (2017, p. 23), “o Brasil tem transformado uma experiência de cunho sexual, familiar, social, cultural e, preponderantemente, fisiológico em um ato intervencionista, medicalizado e, por vezes, iatrogênico<sup>30</sup> e perverso com as mulheres”.

Esta problemática em relação à atenção ao parto no Brasil torna-se contraditória, tendo em vista que as discussões sobre a saúde da mulher no país iniciaram com as demandas relativas à gravidez e parto. Os primeiros programas de saúde materno-infantis, elaborados na primeira metade do século XX, “traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares” (BRASIL, 2004, p. 15). Esses programas foram duramente criticados pelos movimentos feministas por serem reducionistas, com foco no ciclo gravídico-puerperal, sem enxergar a saúde da mulher de maneira integral.

Apesar do equívoco em se reduzir a atenção à saúde da mulher à gravidez e ao parto, com o foco dado a estas demandas, é natural presumir-se que o país acumula décadas de progressos e melhorias na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, o que não é necessariamente verdade. Como vimos, a assistência obstétrica no Brasil apresenta uma forte

---

<sup>30</sup> A iatrogenia se refere às sequelas e complicações que resultam de um tratamento médico.

tendência a pautar-se no intervencionismo arbitrário, que não prioriza a autonomia da mulher, mas sim a conveniência para a equipe e para o serviço de saúde.

A partir da década 1980, com o processo de transição democrática e a influência do Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária, que reivindicava mudanças na atenção à saúde da população, intensifica-se também a discussão sobre a saúde da mulher e a necessidade de se ampliar o olhar para esta temática. Os movimentos feministas defenderam também a inclusão de outras demandas na programática de atenção à saúde da mulher, como pré-natal, anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Neste contexto de mudanças e reivindicações, a mobilização dos movimentos de mulheres, com o apoio de grupos de profissionais de saúde, deu origem às diretrizes do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Elaborado pelo Ministério da Saúde, em 1984, o PAISM trouxe como princípios e diretrizes a descentralização, a hierarquização e regionalização, a equidade e a integralidade da atenção, “num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2004, p. 16-17).

Ao provocar uma ruptura com a visão reducionista vigente até então, o PAISM tornou-se um marco da atenção à saúde da mulher, na medida em que propôs uma assistência integral, que contemplasse as mulheres em todos os ciclos de sua vida. Além da assistência gravídico-puerperal, são incluídas: assistência ao aborto; à concepção e anticoncepção; prevenção do câncer de mama e colo uterino; assistência ao climatério; às doenças ginecológicas prevalentes; prevenção e tratamento das DST/aids; amparo à mulher vítima de violência (MATOS et al., 2013).

O sucesso do PAISM levou à sua ampliação e transformação em política de Estado no ano de 2004, passando a chamar-se Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Esta política dá mais um passo em direção à integralidade da atenção e à superação do enfoque biologicista e medicalizador, ao afirmar que “a qualidade da atenção deve estar referida a um conjunto de aspectos que englobam as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais” (BRASIL, 2004, p. 59). A PNAISM também traz em seu texto o conceito de humanização, ao afirmar que:

Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero (BRASIL, 2004, p. 59).

Além de abordar a humanização, a PNAISM deixa claro que as mulheres constituem um segmento social que heterogêneo e que há a necessidade de valorizar as especificidades de cada grupo, como mulheres negras, indígenas, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outros. O termo “humanização” foi adotado no ano 2000, com a elaboração do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), lançado por meio da portaria GM n. 569/2000.

A humanização assinalada pelo referido documento compreende pelo menos dois aspectos fundamentais: o primeiro se refere ao dever em tratar com dignidade a pessoa gestante/puérpera, o recém-nascido e seus familiares, o que depende de um ambiente acolhedor e de uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde; o segundo aspecto está relacionado à adoção de medidas e procedimentos comprovadamente necessários e benéficos ao binômio materno-fetal, evitando intervenções desnecessárias que, além de não trazer benefícios, podem apresentar riscos à saúde (BRASIL, 2002). Orquídea, membro do Grupo de Estudo, Pesquisa e Observatório Social: Gênero Política e Poder (Gepos) e pesquisadora da temática da violência obstétrica, compartilhou sua visão sobre a humanização do parto durante uma entrevista, nos seguintes termos:

Considero que humanizar o parto não é somente dispor de estrutura para realização de parto humanizado, o que nem é suficiente nas maternidades, uma vez que nem todas as mulheres teriam oportunidade de ter essa experiência, tanto pela capacitação dos profissionais para o manejo do parto humanizado, quanto pelo tempo de duração para cada parto. No meu ponto de vista, humanizar o parto é oferecer um tratamento digno, respeitoso, livre de qualquer forma de violência contra a mulher, escutando e respeitando a vontade da mulher, avaliando suas condições de saúde, respeitando os direitos humanos e levando em consideração as novas práticas de assistência do parto baseadas em evidências científicas (Orquídea, 31 anos, entrevista, 2022).

Observe-se que o eixo de abordagem de Orquídea é a oferta de assistência de forma humanizada e sem violências. Esta visão está relacionada a uma atuação comprometida com a atualização profissional e com a utilização de técnicas e intervenções devidamente justificadas. Estar-se-á diante da Medicina Baseada em Evidências (MBE), fruto da crítica ao modelo tecnocrático de assistência à saúde, com “inspiração fortemente questionadora, evidenciando as contradições e a distância entre as evidências sobre efetividade e segurança, e organização das práticas. Trouxe à tona o poder econômico e corporativo na definição das políticas” (DINIZ, 2005, p. 630). Neste sentido, a MBE tornou-se referência para a mudança das práticas em saúde, sendo utilizada como base para as recomendações da OMS.

Uma das estratégias para proporcionar um ambiente acolhedor e com respeito à dignidade dos usuários, é a garantia da presença de um acompanhante. De acordo com Diniz

et al. (2014, p. 151), a presença do acompanhante “pode ser considerada um marcador de segurança e qualidade do atendimento, e também um indicador da incorporação de vários dos princípios do SUS, como a integralidade dos cuidados de saúde, a universalidade, a equidade e a humanização”.

Neste sentido é que, em 2005, foi promulgada a lei nº11.108, conhecida como Lei do Acompanhante, que altera a Lei Orgânica da Saúde, incluindo a seguinte disposição: 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. Este acompanhante deve ser indicado pela parturiente (BRASIL, 2005). No entanto, mais de uma década depois da promulgação da lei, ainda há diversos impasses no seu cumprimento. É o que revela um fato ocorrido em uma maternidade pública do município de Careiro, Amazonas, coletado nesta pesquisa:

Fui na cadeira de rodas e meu esposo acompanhou. Quando eu ia entrar para o centro cirúrgico, comuniquei que ele entraria para acompanhar meu parto e uma das enfermeiras disse que perguntaria da doutora se ele poderia entrar. O único profissional que se prontificou a meu favor foi um enfermeiro e ele foi logo pegar aquelas vestes apropriadas para meu esposo, mas uma das enfermeiras foi logo perguntando quem tinha autorizado a presença do meu esposo [...]. Por fim, a médica não autorizou a entrada dele e ele ficou na porta, pelo lado de fora, onde dava pra ver pelo vidro. Uma das enfermeiras da equipe ainda me falou que eu tinha mesmo era que entrar pra fazer a cirurgia, porque uns dias atrás, eu estava era jogada pelas maternidades de Manaus e ninguém me atendeu. Eu debati um pouco e meu esposo me pediu pra ter calma e só me calei porque fiquei com medo de passar mal e a pressão alterar muito na hora da cirurgia (Peônia, Narrativa de denúncia, Pesquisa documental, 2021).

Note-se que, na visão dos profissionais de saúde/gestores da unidade, parece inexistir uma legislação que ampare o acompanhante, na medida em que esses profissionais condicionaram a presença do acompanhante de Peônia à autorização da médica responsável, que negou o pedido. A violação à legislação, no momento em que a parturiente estava entrando no centro cirúrgico, ocasionou certa inquietação à ela, que ainda tentou reivindicar seu direito, mas teve receio de acabar sofrendo complicações, tendo em vista seu estado emocional. É patente, neste caso, que o não cumprimento de uma determinação voltada para propiciar uma experiência mais segura no parto pode acabar tendo o efeito contrário.

Diniz et al (2014, p. 143-144), ao analisar os dados da pesquisa nacional *Nascer no Brasil*<sup>31</sup>, identificam que, dentre as quase 24.000 puérperas participantes do estudo, 24,5% não tiveram acompanhante em nenhum momento e 75,5% tiveram algum tipo de acompanhante

---

<sup>31</sup> Estudo de base hospitalar realizado com puérperas e seus recém-nascidos entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, totalizando 23.940 participantes.

durante a internação. Dentre as que puderam contar com a presença do acompanhante, apenas 25% tiveram acompanhamento contínuo (pré-parto, parto e pós-parto); os outros 75% tiveram acompanhamento parcial. Para esses autores,

Considerando-se as mulheres que não tiveram um acompanhante, as razões dadas para este fato eram principalmente: o não cumprimento institucional da legislação, principalmente, “nenhum tipo de acompanhante permitido no hospital” (52%), e outras formas de restrições (somente para cesarianas ou para adolescentes, para acompanhantes mulheres, para aqueles que participaram de um curso, para aqueles que tivessem pago etc.) [...]. Algumas mulheres que foram transferidas de outros serviços relataram obstáculos de acesso, como “a ambulância não permitiu trazer o acompanhante” (DINIZ et al, 2014, p. 144-145).

É possível perceber que o descumprimento da Lei do Acompanhante não se trata de alguns casos isolados. É, pois, um entrave à assistência ao parto e nascimento. Muitas vezes, utiliza-se a justificativa da falta de estrutura adequada para acomodar os acompanhantes ou da falta de privacidade, caso a parturiente escolha ser acompanhada por uma pessoa que se identifique com o gênero masculino. No entanto, é dever e responsabilidade dos estabelecimentos de saúde adaptarem-se para garantir este direito.

No mesmo ano em que foi promulgada a Lei do Acompanhante, foi instituída também a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no âmbito do SUS, por meio da portaria nº 1.067/2005, do Ministério da Saúde. Seu objetivo é o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos. Em um de seus princípios e diretrizes, a referida política reafirma o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato para todas as gestantes/puérperas. A portaria dispõe que

A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2005, s.p.).

Dentre os recursos necessários a uma atenção humanizada e com qualidade, consta a existência de estrutura apropriada para acomodar gestantes e puérperas acompanhadas da pessoa de sua preferência, independentemente de identidade de gênero ou vínculo familiar, garantindo a privacidade adequada. A presença do acompanhante é fundamental para que seja preservada a autonomia da mulher e para que ela tenha apoio durante as decisões sobre

condutas a serem adotadas na assistência e, caso seus desejos não sejam considerados, é também o acompanhante quem poderá ajudar a defendê-los.

A garantida da presença do acompanhante é apenas mais um dos desafios para a melhoria na assistência à gestação, parto e puerpério no país. Marques (2015, p. 9) indica que existem falhas relativas “à cobertura, qualidade e continuidade da atenção; na disponibilidade de insumos e no acesso igualitário a serviços de saúde sensíveis às especificidades culturais, independentemente de onde a mulher vive ou de sua situação socioeconômica”. Foi pensando em alternativas para este cenário que o Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha, no ano de 2011, por meio da Portaria GM/MS 1.459.

A Rede Cegonha (RC) é uma rede temática do SUS que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e à criança de até dois anos de idade, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Organizada a partir de quatro componentes (Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação), a RC tem como objetivos: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Santos Filho e Souza (2021, p. 776) afirmam que a Rede Cegonha representou significativo aumento nos investimentos do MS na melhoria da atenção ao parto e nascimento, direcionados para a “mudança de modelo de atenção obstetriconeonatal, desafio assumido pelo MS, fazendo coro com vozes que vêm alertando sobre as lacunas do modelo predominante, hospitalocêntrico e medicocentrado”. De acordo com os autores, a RC incorporou princípios da Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>32</sup>, buscando a inclusão de novos atores, o respeito e a valorização do contraditório, abrindo caminho para a afirmação da indissociabilidade de três campos de trabalho: atenção, gestão e formação.

Estes autores indicam, ainda, que existem dois eixos essenciais na sustentação da RC: “o apoio institucional, como estratégia essencial no modo de implementação; e a formação para o trabalho em equipe, como estratégia de sustentação das mudanças desejadas”

---

<sup>32</sup> Também conhecida como HumanizaSUS, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar (BRASIL, 2013). Um dos materiais produzidos no âmbito da PNH é um caderno especial focado na humanização do parto e nascimento.

(SANTOS FILHO; SOUZA, 2021, p. 777). A implementação destes dois eixos requer novos modelos de qualificação do trabalho e relações institucionais. Isto, conforme indicam esses autores,

Estendem na perspectiva mais ampliada de redes de produção de articulações em vários âmbitos, passando pelos recursos e conexões que asseguram integralidade como também pela quebra de tradicionais fronteiras de saberes e poderes que obstaculizam o agir em conjunto e corresponsável, âmbito que instigamos ser enfrentado com a noção de transversalidade (IBIDEM, p. 779).

O conceito de transversalidade, de acordo com a PNH, refere-se ao reconhecimento de que “as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável” (BRASIL, 2013). Verifica-se que a implementação da Rede Cegonha e a possibilidade de alcançar uma assistência humanizada ao parto e nascimento a nível nacional dependem de uma série de mudanças em relação à estruturação do sistema de saúde e disponibilização de recursos, bem como no que diz respeito à qualificação e gestão do trabalho. Orquídea alerta para dificuldades no sentido de alcançar estas mudanças, a saber:

Não posso afirmar que a rede cegonha no Brasil foi totalmente efetiva, muito pelo contrário, houve falhas em sua implementação. Não é à toa que a Rede cegonha teoricamente foi extinguida em abril de 2022 pelo Ministério da Saúde e substituída pela Rede de Atenção Materno Infantil – RAMI, este programa também não representa um bom avanço porque foi uma decisão unilateral e repentina do Ministério da Saúde, sem acordo prévio com estados e municípios brasileiros (Orquídea, entrevista, 2022).

Orquídea se refere a uma recente alteração nas políticas brasileiras de atenção ao parto e nascimento. A Portaria nº 715/2022 do Ministério da Saúde criou a Rede de Atenção Materna e Infantil, que traz princípios contrários aos defendidos pela Rede Cegonha. Em nota, o conjunto dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem manifestou que o MS, ao instituir a RAMI, “ignorou dispositivos legais, evidências científicas e apelos ao diálogo da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e outras instâncias de controle social” (Cofen/Coren, 2022, s. p.). De acordo com Lara (2022, s.p.), a RAMI, ao contrário da RC, “retira o protagonismo da paciente na gravidez, no parto e no puerpério, exclui profissionais de enfermagem e ignora o cuidado na primeira infância para direcionar seus holofotes para uma única figura: a do médico obstetra”.

As quase quatro décadas de busca por uma atenção integral à saúde da mulher, o que inclui a assistência à gestação, parto e puerpério, desde o lançamento do PAISM, passando

por sua transformação em PNAISM, até a promulgação do PHPN, da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, da Lei do Acompanhante e da Rede Cegonha, marcam uma trajetória de lutas que sim, obteve resultados positivos, principalmente no que se refere ao reconhecimento e legitimação de direitos sexuais e reprodutivos, mas ainda enfrentam alguns desafios para sua materialização. Dentre estes desafios, está a violência obstétrica.

Os dispositivos legais mencionados, dentre leis e portarias, não mencionam o termo violência obstétrica, nem há uma regulamentação nacional sobre o assunto. Em maio de 2019, o Ministério da Saúde publicou um despacho no qual consta seu posicionamento oficial sobre o tema, afirmando que “o termo ‘violência obstétrica’ tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério”. Segundo o documento, a expressão “violência obstétrica” é inapropriada, pois “tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano”. O órgão ressaltou ainda que estavam sendo tomadas medidas no intuito de abolir o uso do termo (BRASIL, 2019, p. 01).

A publicação desse documento gerou intensa represália por parte dos movimentos sociais e ativistas do enfrentamento à violência obstétrica, os quais argumentaram que o termo já era reconhecido e estudado internacionalmente, inclusive pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Uma preocupação da população era que, com a abolição do termo, a luta contra esse tipo de violência pudesse regredir a alguns estágios, o que conseqüentemente deixaria as mulheres mais vulneráveis a esta prática. Com esta repercussão, órgãos como o Ministério Público Federal, o Conselho Nacional de Saúde e a Ordem dos Advogados do Brasil manifestaram seu repúdio à orientação do Ministério da Saúde. Em virtude das manifestações dos movimentos de mulheres e de alguns órgãos, o Ministério da Saúde publicou o ofício nº 296/2019, nos seguintes termos:

O MS reconhece o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor representa suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas, assim como demonstrado nos estudos científicos e produções acadêmicas que versam sobre o tema (BRASIL, 2019, p. 03).

O ofício elenca todas as estratégias que estão sendo implantadas no país no âmbito do SUS para promover a humanização da atenção ao parto e nascimento. Chama a atenção para a prevenção e eliminação de desrespeito e maus-tratos durante os processos de parturição em instituições de saúde públicas, mas não menciona o termo “violência obstétrica”, assim como nenhum outro documento, dispositivo legal ou política/programa de nível nacional. Por outro

lado, nossa pesquisa em sítios das assembleias legislativas estaduais identificou que vários Estados da Federação já reconheceram este tipo de violência e regulamentaram ações para seu enfrentamento.

No âmbito estadual, é possível identificarmos uma significativa mobilização para a melhoria da assistência ao parto e nascimento, com a promulgação de leis que versam sobre humanização do parto, enfrentamento à violência obstétrica e garantia da presença de doulas nas maternidades. Foram encontradas leis<sup>33</sup> referentes a pelo menos um destes temas em quase todos os Estados da Federação, com exceção apenas da Bahia, do Sergipe e do Rio Grande do Sul, que ainda não tiveram dispositivos legais aprovados, mas contam com Projetos de Lei em tramitação.

Outra temática encontrada nas legislações estaduais foi a regulamentação do exercício das doulas, no Amazonas, Amapá, Rondônia, Alagoas, Rio Grande do Norte, Goiás e Paraná. A legislação do Estado do Amazonas foi a pioneira nesta temática, promulgada em 2014, e caracteriza as doulas segundo a definição da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), como “acompanhantes de parto escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes, que visam prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante” (AMAZONAS, 2014, s.p.). As Doulas são profissionais de nível técnico, que devem possuir certificação ocupacional em curso para essa finalidade. De acordo com Orquídea,

Doula é a pessoa que oferece suporte emocional à mulher desde o início do trabalho de parto até as primeiras horas do pós-parto, também é uma pessoa que possui treinamento sobre a fisiologia do parto normal, os métodos não farmacológicos para alívio da dor, os cuidados pós-natais e aleitamento materno. Eu considero que as doulas são extremamente importantes nesse processo de gestação, parto e pós-parto, mas sobretudo durante o parto, para que ela possa oferecer apoio à mulher e para que ela possa [...]eu não posso dizer prevenir, porque ninguém tem como prevenir a ação de outra pessoa, mas para contribuir com que a mulher não sofra uma violência obstétrica, para intervir antes que a violência obstétrica ocorra, e até para ser testemunha da mulher (Orquídea, Entrevista, 2022).

De acordo com Barrera e Moretti-Pires (2021, p. 3), a palavra doula é de origem grega e significa “mulher que serve”. Era utilizado para se referir “a mulheres que ajudavam as pessoas recém-paridas nos afazeres da casa, como cozinhar, ajudar no cuidado com outras crianças, entre outras necessidades”. Atualmente, refere-se a pessoas – principalmente

---

<sup>33</sup> A lei mais antiga identificada é do ano de 2014, e trata da garantia da presença das doulas em todas as maternidades, casas de parto e estabelecimentos congêneres, públicos e privados, do Estado do Amazonas. Foram encontradas, ainda, três legislações promulgadas no ano de 2015; duas no ano de 2016; duas no ano de 2017; oito no ano de 2018; sete em 2019; quatro em 2020; duas em 2021; e uma em 2022, totalizando 31 legislações em 23 estados e no Distrito Federal.

mulheres, e alguns poucos homens – “sem experiência técnica na área da saúde, que dão suporte físico e emocional às parturientes durante a gestação, no trabalho de parto e no parto e, muitas vezes, na amamentação”.

O acompanhamento com uma doula, tanto durante a gestação, quanto no momento do parto e no pós-parto, não pode garantir que a parturiente ficará a salvo da violência obstétrica. Não obstante, a doula é capacitada para oferecer suporte, informações atualizadas, métodos não farmacológicos para alívio da dor, que podem fazer com que a pessoa gestante ou parturiente e o acompanhante escolhido cheguem às instituições cientes de seus direitos, das opções de vias de parto e de intervenções, com o Plano de Parto Individual preenchido, munidos de informações que lhes garantam mais segurança para dialogar com a equipe de saúde e manifestar suas preferências. A regulamentação de sua atuação e a garantia de sua presença, além do acompanhante, durante todo o processo de parto e nascimento, caso seja desejo da pessoa parturiente, é de grande importância para a garantia de uma assistência obstétrica humanizada.

## **2.2 Tendências e perspectivas na assistência à gestação, parto e nascimento**

A saúde é um direito social assegurado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela lei orgânica nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo como fundamentos, dentre outros, os princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular. A concepção de saúde que baseia estes dispositivos jurídicos assenta-se numa visão ampliada da relação saúde-doença, que não se limita aos elementos biológicos. Associa, outrossim, determinantes e condicionantes como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, a renda e o acesso a bens e serviços essenciais.

O Sistema Único de Saúde (SUS) legal, todavia, é bem diferente do SUS real. Seus quase 32 anos de história são marcados por profundos despautérios provocados por governos, poderes públicos e outros setores da sociedade alinhados a um projeto de privatista de saúde cujo objetivo é a exploração da doença como fonte de lucro. Por meio de contrarreformas neoliberais e estratégias de privatização, terceirização e flexibilização, entre outras, promoveu-se uma situação de precarização da saúde pública e massiva oferta de serviços privados. A população brasileira se vê entre as longas filas de espera do SUS e os preços e condições abusivas dos planos particulares.

Neste processo, a população feminina é especialmente prejudicada. A sociedade brasileira, de forte cunho patriarcal, é caracterizada por uma acentuada intolerância contra as mulheres. O patriarcado assenta-se numa estrutura de poder em que as relações sociais entre os sexos são extremamente desiguais e as mulheres se encontram em desvantagem. Na vida conjugal, na educação, no trabalho e no acesso a bens e serviços essenciais como a saúde, elas precisam se esforçar mais, lidar com duplas e triplas jornadas, além de estarem sempre atentas aos ataques a seus direitos sexuais e reprodutivos.

O SUS constitucional, regulamentado pela lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), é fruto de uma intensa mobilização político-democrática consubstanciada no Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária (MBRS), instituído em meados dos anos 1970, no contexto das lutas contra a ditadura militar. A principal bandeira defendida por este movimento, que contou com a participação de profissionais de saúde, estudantes, movimentos populares e agentes políticos, dentre outros atores, era a conquista da saúde como um direito social e dever do Estado.

As organizações feministas estão entre os movimentos populares que contribuíram para a reforma sanitária visto que, no decorrer dos anos 1980, elas promoveram discussões sobre os direitos sexuais e reprodutivos, sobre “o direito à sexualidade, ao corpo e à livre opção pela maternidade, exaltando operacionalmente a bandeira máxima do feminismo: ‘nosso corpo nos pertence’” (COSTA, BAHIA, CONTE, 2007, p. 15). Suas reivindicações versavam sobre a assimetria de poder entre as mulheres e os profissionais de saúde, sua autonomia e a necessidade de contar com uma gama maior de alternativas assistenciais, tendo em vista a heterogeneidade das necessidades em saúde feminina nas diferentes regiões do país.

As lutas dos movimentos de mulheres tiveram uma conquista expressiva com o lançamento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, por meio do documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”, que foi elaborado pelo Ministério da Saúde em 1983 e publicado no ano seguinte. Este programa inaugura uma visão da saúde da mulher para além do ciclo gravídico-puerperal, propondo atividades de assistência integral que incluam a atenção desde a adolescência até a terceira idade, o controle das infecções transmitidas sexualmente, do câncer de mama e do colo do útero, bem como assistência à concepção e contracepção (BRASIL, 1984).

Outra importante contribuição das mulheres para o debate sobre as condições de saúde, e que ia ao encontro das reivindicações do movimento de reforma sanitária, foi a elaboração da Carta de Itapecerica, em 1984, durante o I Encontro de Saúde da Mulher, que

ocorreu na cidade de Itapecerica da Serra, São Paulo. As autoras do documento declararam que “a saúde é algo dinâmico e indivisível, que leva em conta as características individuais do ser humano, interagindo com as características sociais, sexuais e de classe à qual pertence” (Carta de Itapecerica, 1984, s. p.). Evidencia-se, assim, uma visão da saúde a partir do conceito de integralidade e com abordagem ampla, que vai além do enfoque biológico na doença, para ressaltar a determinação social dos processos de saúde.

Estas questões foram abordadas também durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um dos marcos da Reforma Sanitária Brasileira, que ocorreu no ano de 1986, em Brasília, Distrito Federal, tendo como foco do debate três temas centrais: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e o financiamento setorial. Os resultados das discussões ocorridas durante a conferência transformaram-se em recomendações que fundamentaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 e sua posterior regulamentação, com a Lei Orgânica da Saúde. O Movimento de Reforma Sanitária também reivindicava a democratização e descentralização do poder, por meio da participação da comunidade na gestão do SUS, o que foi garantido e regulamentado pela lei 8.142/1990.

A Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, tornou-se referência ao afirmar e expandir os direitos sociais, principalmente no que se refere à definição da Seguridade Social, composta pelo tripé: Saúde, Previdência e Assistência Social. O texto constitucional consagra a saúde como direito de todos e dever do estado, devendo ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Para dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e funcionamento dos serviços correspondentes, foi promulgada em 1990 a Lei Orgânica da Saúde, que tem como um de seus destaques o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença. Em seu artigo 3º, a LOS dispõe que a organização social e econômica do país é expressa, também, pelos seus níveis de saúde, que têm como determinantes, entre outros, “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990).

Apesar dos importantes avanços ocorridos, estas conquistas tiveram limitado impacto nas condições de saúde da população brasileira pois, tão logo o Sistema Único de Saúde foi criado, ele passou a ser desmontado. Paralelamente ao Projeto da Reforma Sanitária, popular

e democrático, estava em curso um outro projeto de saúde, o Projeto Privatista. Este projeto, que tomou fôlego na década de 1960, no processo da ditadura civil militar, é contrário ao MBRS, pois tem como foco a concepção biológica da saúde e alia-se aos interesses do mercado para fazer da exploração da doença sua fonte de lucros.

Uma das consequências desse embate entre projetos é a não consolidação do PAISM, que dialogava com o MBRS nas críticas ao sistema de saúde e, para ser implantado, necessitava de uma reestruturação do modelo assistencial. Isto não ocorreu, pois, de acordo com Ferreira e Inocentes (2021, p. 80), as políticas neoliberais implementadas no Brasil nos anos 1990 “ditaram os rumos da política brasileira, subordinada ao capital estrangeiro e à lógica economicista, de modo que afetou a organização dos movimentos feministas e levou a fragmentação das políticas sociais, em especial as políticas de saúde da mulher”.

Desde os anos 1990, a tendência tem sido a tentativa de desarticulação cada vez mais intensa aos direitos sociais e às políticas públicas. As contrarreformas neoliberais atingem com destreza setores como a educação, o trabalho, a segurança, a previdência, a assistência social e a saúde<sup>34</sup>. Apesar de, no Brasil, a década de 1980 ter sido marcada pela efervescência do movimento de redemocratização e luta por direitos, que culminou na Constituição Federal de 1988, a perspectiva neoliberal atingiu o país paralelamente a esse movimento, impondo obstáculos para a materialização dos direitos conquistados. Como sintoma deste processo, Orquídea alerta que

A aprovação, no Senado Federal, da PEC 241/2016, conhecida como PEC do teto dos gastos públicos, congelou os investimentos do Governo Federal para a saúde e educação por vinte anos. Essas medidas de austeridade fiscal na saúde, fundadas sob a lógica neoliberal, aprofundam os efeitos da crise da saúde pública, comprometendo a efetividade das políticas públicas e contribuindo para piora da oferta dos serviços na saúde, o que com certeza impacta a assistência obstétrica, um exemplo disso são as negligências que as gestantes enfrentam nas maternidades públicas (Orquídea, entrevista, 2022).

De acordo com Behring e Boschetti (2011, p. 125-16), o neoliberalismo surge “como uma reação teórica ao Estado intervencionista e de bem-estar”, defendendo que “o Estado não deve interferir na regulação do comércio exterior nem na regulação de mercados financeiros”. Um dos principais ideais sustentado pelos neoliberais é a contenção dos gastos sociais. As

---

<sup>34</sup> Apesar da incansável mobilização popular em defesa do SUS Constitucional, diversas medidas de desmonte foram tomadas nos últimos governos, de Fernando Henrique Cardoso a Jair Bolsonaro, o que conduziu a um grave cenário de precarização na saúde brasileira.

autoras explicam que o neoliberalismo afeta as políticas sociais a partir do trinômio: privatização, focalização/seletividade e descentralização.

A privatização é caracterizada pelo atendimento, por parte do Estado, a uma pequena parcela da população que não têm condições de pagar pela assistência, enquanto ao mercado cabe oferecer os serviços aos demais. A pouca oferta de serviços públicos leva à focalização do atendimento para alguns grupos específicos e ao estabelecimento de critérios de elegibilidade e seletividade que dificultam o acesso. Como resultado, tem-se uma rede pública precária, marcada por longas filas de espera, e uma rede privada cujo único compromisso é com o lucro.

A descentralização pode ser interpretada por duas perspectivas. Enquanto princípio do SUS, ela se refere ao compartilhamento de poder nas esferas públicas. No entanto, enquanto tendência neoliberal, a descentralização configura-se em “mera transferência de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais correlatas” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 156). A descentralização, na perspectiva neoliberal, leva à desresponsabilização, pois as atribuições são delegadas em cadeia, até não ser responsabilidade de ninguém.

A saúde é um espaço privilegiado para o desenvolvimento das medidas relacionadas ao neoliberalismo, consubstanciadas no modelo privatista que, antagônico ao projeto da reforma sanitária, tem “caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento” (BRAVO, 2009, p. 101). Flor-de-Lótus, membro do Grupo de Estudo, Pesquisa e Observatório Social: Gênero Política e Poder (Gepos) e ativista em movimentos sociais de mulheres, representante do Gepos no Fórum Permanente de Mulheres de Manaus<sup>35</sup>, aponta algumas das consequências dos ataques às políticas sociais na vida das mulheres brasileiras. Vejamos:

No campo das políticas públicas, quando se tem o congelamento de investimentos na saúde e na educação, isso tem um impacto enorme na vida das mulheres, porque isso fragiliza o acesso à saúde. Se, por muito tempo, as mulheres lutaram e conseguiram alguns avanços no aspecto da saúde, por exemplo, como vários direitos, na maternidade, no acesso à saúde preventiva, de políticas voltadas pra saúde da mulher, a gente percebe que quando se congela investimentos num campo prioritário, isso tem um impacto automaticamente na grande parcela da população,

---

<sup>35</sup> O Fórum Permanente de Mulheres de Manaus é um espaço político de reflexão, organização e articulação das mulheres. Fundado em princípios feministas, tem por missão fortalecer a luta pela garantia dos direitos das mulheres e fomentar políticas públicas pró-equidade de gênero.

que são as mulheres, principalmente as mulheres mais empobrecidas, que não tem condições de acessar cuidados e tratamentos na saúde privada. Então tem lugares que não UTI, tem lugares que as mulheres não têm acesso a fazer exames simples como o papanicolau... então isso as afeta diretamente. Essas políticas neoliberais de privatizações, de retirada dos direitos, elas são nefastas na vida das mulheres, porque elas diminuem o acesso a políticas que tinham sido conquistadas. Quando você não tem acesso à serviços simples de saúde, imagina questões mais complexas? Quantas mulheres não estão aí na fila para tratamento de câncer de colo de útero, câncer de mama? Estão aí, aguardando por um atendimento e não conseguem, porque a política de saúde está extremamente sucateada (entrevista, 2022).

A precarização do Sistema Único de Saúde é um elemento potencializador da violência obstétrica que se apresenta de diversas formas: seja na dificuldade de acesso ao pré-natal; seja na falta de recursos humanos e materiais para atendimento de pessoas gestantes e parturientes; seja nas desigualdades em relação à oferta de leitos obstétricos; dentre outros obstáculos. Uma das consequências desta realidade é a peregrinação, uma forma de violação de direitos que “resulta da precariedade do sistema de saúde, que restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos, fazendo com que muitas mulheres vivenciem uma verdadeira jornada em busca de uma vaga na rede pública hospitalar” (RODRIGUES et al, 2015, p. 615). A narrativa abaixo exemplifica esta situação. Vejamos:

Meu relato se inicia dia 4 de dezembro de 2016, quando descobri que estava grávida através do beta [exame Beta HCG]. Mas na mesma semana, começou um sangramento e **procurei a maternidade do bairro Nova Cidade [Maternidade Dona Nazira Daou] mas não fui atendida pois não tinha ultrassom. No dia seguinte, fui até a maternidade Chapot Presvot, onde me deram um toque e me encaminharam para a maternidade Ana Braga.** Lá também não tinha ultrassom e me foi receitada medicação para "segurar" o bebê. Chegando na Ana Braga, passei com o médico que pediu uma transvaginal, e me deu outro toque. Retornei com o médico e ele disse da forma mais dura possível: "Olha, o colega lá não viu nada no útero. Quem disse que você está grávida?". Mostrei o beta e ele falou “você está sangrando muito”. Eu respondi que estava igual menstruação e ele falou: **“não vou te internar porque será uma perda de tempo para mim, para você e para o hospital”** (Madressilva, Narrativa de denúncia, Pesquisa Documental, 2021).

Madressilva foi enviada para casa ainda sentindo dores, orientada a só procurar atendimento em caso de hemorragia. Alguns dias depois, passou mal e foi levada a um pronto socorro da cidade, de onde foi transferida para uma quarta maternidade, Instituto da Mulher Dona Lindu, onde descobriu que sua gravidez era ectópica<sup>36</sup>. Seu óvulo havia se alojado em uma das trompas, que se rompeu, o que exigiu a realização de uma cirurgia de emergência. Finaliza sua narrativa dizendo: “perdi minha trompa direita, peguei 14 pontos e hoje estou

---

<sup>36</sup> Também conhecida como “gravidez fora do útero”, acontece quando o óvulo fertilizado começa a se desenvolver fora da cavidade uterina.

aqui. Fiquei com problemas de depressão e hoje vou passar por outra cirurgia pois como a outra foi feita às pressas fiquei com aderência no corte e terei que retirar pois causa muita dor” (Madressilva, Narrativa de denúncia, Pesquisa Documental, 2021).

Madressilva passou por mau atendimento, constrangimentos e violência cometidos pelos profissionais e pelas maternidades ao qual passou. Peregrinou em três maternidades diferentes e mesmo assim não obteve o tratamento adequado. Deu entrada com sangramento aparente e após realizarem o exame de BHCG para confirmação da gestação, liberaram-na mesmo sentindo dores abdominais e sangramento vaginal. Ficou dias sem tratamento, o que piorou seu estado de saúde, e só conseguiu atendimento quando já apresentava sintomas graves. Esta mulher foi acometida por violências físicas e psicológicas.

Para Rodrigues et al (2015, p. 618), a recusa de atendimento que leva à peregrinação configura-se como um (des)cuidado que retrata “desleixo, passividade, descumprimento do encargo ou da obrigação; indiferença do profissional de saúde; [...] uma violência institucional ocasionada pela falta de apoio no cuidado à mulher”. Os autores mostram que, desde 2007, existe uma lei (nº 11.634) que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS, tanto para o parto quanto para casos de intercorrência pré-natal, o que ajudaria a evitar jornadas em busca de atendimento. Não obstante, a peregrinação mantém-se como um óbice à assistência ao pré-natal e parto.

Santos (2016, p. 121-122) indica que, dentre os muitos fatores que colaboram com a violência obstétrica, consta a “negligência do Estado em não dispor de políticas de atendimento as mulheres e quando dispõe estão sucateados, faltando recursos materiais, recursos humanos e capacitação dos profissionais”. Apesar de a relação profissional-usuário ser muito marcante nos casos de violência obstétrica, havendo muitos casos em que ocorre tratamento humilhante, constrangimento, ofensas e até mesmo agressão física, a falta de estrutura adequada nas instituições de saúde também é um fator importante que, além de peregrinação, pode causar outras falhas no atendimento. É o que mostra a seguinte narrativa:

Minha irmã continua internada aqui nesta maternidade, não sei quando ela vai sair daqui. Mas eu acho uma completa falta de respeito com as pessoas que estão aqui internadas. Nós estamos num quarto chamado "privativo" e eles nos privam de muita coisa mesmo:

1. O ar-condicionado do quarto não funciona direito, de dia ele é extremamente quente.
2. As janelas não têm nenhuma proteção do sol, quando é pela manhã ou no fim da tarde temos que caçar um lugar que não esteja dando sol pra colocar os bebês.
3. O teto é cheio de infiltrações e goteiras.

4. Não dão lençóis para colocar na cama, nós temos que trazer de casa. Porque toda vez que vamos na enfermaria atrás não tem.
5. A limpeza do quarto e banheiro não é feita com frequência ou bem-feita. Teve um dia que fui reclamar da limpeza do quarto e a responsável da limpeza nos tratou com uma ignorância do tamanho do mundo na maior falta de respeito. Não sei quando ela terá alta novamente, mas deixo aqui o relato do descaso que essa MATERNIDADE tem com as pessoas" (Lírio, Narrativa de denúncia, Pesquisa Documental, 2021).

De acordo com o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a humanização compreende, dentre outros aspectos, o dever das unidades de saúde em receber com dignidade a pessoa gestante/parturiente, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer uma “atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher” (BRASIL, 2022, p. 5).

Verifica-se que a peregrinação e a falta de estrutura adequada, que muitas vezes é utilizada como justificativa para o descumprimento da lei do acompanhante, são obstáculos na garantia do respeito à dignidade de gestantes, parturientes, recém-nascidos e acompanhantes, bem como no que se refere à promoção de um ambiente acolhedor no âmbito do SUS. Esta dificuldade no acesso a uma atenção humanizada atinge de maneira mais intensa as pessoas pobres, que não têm outras opções, a não ser aceitar o que lhes for oferecido pelo Sistema Único de Saúde.

Outro importante fator de humanização é o acesso às doulas. Apesar de, em muitas maternidades e instituições congêneres, a presença da doula ser permitida, ainda não há uma legislação nacional que regulamente este direito, apenas algumas iniciativas estaduais e municipais. Entretanto, o que estas legislações garantem é a entrada da doula contratada por cada parturiente, mas nem todas possuem conhecimento sobre a atuação das doulas ou condições financeiras para acessar este serviço, que acaba sendo mais comum entre mulheres de classe média.

Para Rocha et al (2020, p. 16), “inserir a doula no serviço público mostra-se como um ganho, tanto para as instituições, quanto para as mulheres gestantes, uma vez que essa cuidadora auxilia na consolidação das políticas de saúde e também evidencia os direitos que os usuários do SUS possuem”. De acordo com as autoras, esta inserção deve acontecer não apenas nas maternidades públicas, mas desde as Unidades Básicas de Saúde, para que “possam construir um vínculo com as gestantes, a fim de facilitar a relação interpessoal, podendo beneficiar na evolução do trabalho de parto e parto” (ROCHA et al, 2020, p. 8-9).

Note-se que, apesar das discussões incitadas por organizações da sociedade civil e por alguns grupos de estudantes e profissionais de saúde acerca do empoderamento da pessoa gestante na preparação para o parto e da humanização da assistência à saúde de maneira geral, as tendências em relação a políticas públicas e estratégias governamentais apontam para o estrangulamento de alguns dos direitos já conquistados. Como exemplo, tem-se o lançamento da nova Caderneta da Gestante em maio de 2022.

Este instrumento é utilizado para monitorar a evolução da gestação e registrar todos os procedimentos e exames realizados durante o acompanhamento pré-natal. Em matéria publicada pelo *The Intercept Brasil*, Lara (2022, s.p.) explica que, em sua nova edição, o documento incentiva a utilização da episiotomia, técnica violenta e não recomendada pela Organização Mundial da Saúde. Durante o evento de lançamento do material, o secretário de Atenção à Saúde Primária, Raphael Câmara, defendeu ainda o emprego da manobra de Kristeller, outra prática danosa, “comumente reconhecida como uma forma de violência obstétrica”, não aconselhada pelo próprio Ministério da Saúde, no documento *Diretrizes Nacionais de Atenção ao Parto Normal*.

Durante sua fala no evento, o referido secretário defende o uso desses procedimentos afirmando que “é importante eu, como obstetra, falar que dependendo da situação e, eu concordo, em casos excepcionais, eles podem e devem ser feitos, e quem define isso é o médico. Não são leigos, não são militantes”. Em referência à atuação destes “leigos” e “militantes”, Câmara dispara: “vamos parar de usar termos que não levam a nada, como violência obstétrica, que só provoca desagregação, coloca a culpa no profissional único, o que não tem o menor sentido” (LARA, 2022, s.p.). A autora elucida que

A defesa feita por Câmara de atos que constituem violência obstétrica não surpreende, dado o histórico das instituições que representa e o papel exercido nelas pelo médico, representante do estado do Rio de Janeiro no Conselho Federal de Medicina. O Ministério da Saúde de Bolsonaro e o CFM ridicularizam há anos o conceito de violência obstétrica e contribuem para sua perpetuação ao afirmar que a luta contra esses abusos é uma afronta à dignidade dos médicos [...]. A nova caderneta da gestante prova quão bem Câmara vem desempenhando esta última função. Ela é, segundo o site do ministério, “parte das ações desenvolvidas pela pasta para o aprimoramento da assistência materna e infantil”, que começou com a destruição da Rede Cegonha por parte do secretário [...]. A inclusão da episiotomia na caderneta e o endosso público de métodos cruéis para acelerar o parto durante seu lançamento são igualmente corporativistas. Agora, por meio de Raphael Câmara, o Ministério da Saúde não apenas faz pouco dessas violências, como confere publicamente legitimidade a essas técnicas – e, conseqüentemente, respaldo aos médicos que as utilizam à revelia da ciência e da integridade corporal das mulheres. É o sonho de todo mau obstetra tornado realidade (LARA, 2022, s.p.).

Esta fala expõe a tensão da luta pela humanização da assistência à gestação e parto. Por um lado, existem os movimentos sociais e de algumas profissões em busca do empoderamento, da autonomia e do respeito aos direitos da pessoa gestante e do recém-nascido. Por outro lado, há a resistência da categoria médica e seus órgãos regulamentadores em nível nacional e regional, bem como a tendência do Ministério da Saúde, em atender aos interesses destes profissionais e da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos.

Ressalte-se que a violência obstétrica não se restringe à categoria médica e pode ser realizada por qualquer profissional de saúde ou outro profissional que viole a dignidade da pessoa gestante no âmbito institucional, como porteiros, recepcionistas, maqueiros, dentre outros. Entretanto, são os profissionais da medicina que mais aparecem nas denúncias e que mais resistem em reconhecer a existência deste tipo de violência. Esta situação estabelece inúmeros desafios na atuação de movimentos organizados da sociedade civil, como o Humaniza Coletivo Feminista.

### **2.3 A atuação do Humaniza Coletivo Feminista na luta contra a Violência Obstétrica**

A crítica ao modelo patologizador e hospitalocêntrico de assistência ao parto está sendo desenvolvida desde a segunda metade do século XX, sob diferentes perspectivas. Diniz (2005, p. 629) aponta que na década de 1950 havia movimentos de “profissionais dissidentes”, na Europa, que defendiam o parto sem dor. Nos Estados Unidos da América, havia a vertente do parto natural, defendida pelo movimento hippie e de contracultura. De acordo com a autora, os movimentos feministas tiveram papel central nessa mobilização, com o movimento pela Reforma do Parto, nos EUA, e posteriormente a criação de centros de saúde feministas e Coletivos de Saúde das Mulheres. Com estas reivindicações, “as feministas redescrevem a assistência a partir dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos, e propõem uma assistência *baseada em direitos*”.

No Brasil, o movimento pela humanização do parto surge na década de 1970, sob diferentes perspectivas em diversos Estados, incluindo a inspiração em práticas tradicionais de parteiras e índios, no Paraná. No ano de 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, que denunciava “as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento” (REHUNA, 1993). Iniciativas como a Rehuna forneceram os fundamentos para novas estratégias conduzidas pelo Ministério da

Saúde, como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o Programa de Humanização de Hospitais, ambos lançados no ano de 2000. De acordo com Diniz (2005, p. 632), “a humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos”.

Assim como no movimento internacional, o início do debate sobre a humanização da assistência ao parto e nascimento no Brasil contou com a forte participação dos movimentos de mulheres, com a presença importante das ideias de Saúde Coletiva e de defesa do SUS. No Estado do Amazonas, o primeiro movimento organizado pela humanização do parto teve início em 2014, quando algumas mulheres que se conheceram pela internet, num fórum de gestantes, resolveram se organizar e buscar o apoio do Ministério Público Federal para realizar uma audiência pública sobre o tema da violência obstétrica. Prímula foi uma destas mulheres. Na época, ela já havia sofrido maus-tratos no parto e registrado a primeira denúncia de violência obstétrica no Amazonas, em 2013, mas sua queixa foi considerada um caso isolado. Ela expõe este fato da seguinte forma:

Nós somos um grupo de mulheres que resolveu se reunir para lutar contra a violência obstétrica. Na época em que nos reunimos, nós nos chamávamos ‘Movimento de Humanização do Parto e Nascimento’ e, a partir de algumas ações, em parceria com o Ministério Público Federal, a procuradora Amarilis nos orientou que nós deveríamos ter caráter jurídico. Então nós resolvemos formalizar e dar início à formação da ONG. A partir daí, nos tornamos o Humaniza Coletivo Feminista (Prímula, entrevista, 2021).

Há sete anos, a mobilização pelo enfrentamento à violência obstétrica no Amazonas teve início pela iniciativa de algumas mulheres que identificaram o problema e se organizaram para procurar soluções. Torres e Oliveira (2012) mostram que desde o século passado as mulheres têm se colocado cada vez mais como sujeitos da própria história e alcançado resultados positivos, “isso porque o feminismo não assumiu condição subalterna no século XX, ao contrário, elas se colocaram na arena da grande política como sujeito autônomo e radicalmente pactuadas com a luta maior dos movimentos sociais e das classes trabalhadoras” (IBIDEM, p.91). As mulheres, mesmo subordinadas a uma condição de inferioridade pela ideologia dominante, têm encontrado formas de exercer poder na rede de relações sociais.

Trat (2009, p. 149) explica que “o que permite principalmente caracterizar o movimento feminista como movimento social é a sua duração. Quaisquer que sejam as intermitências da mobilização, as mulheres não cessaram de lutar coletivamente desde a

Revolução Francesa”. De acordo com a autora, as lutas das protagonistas do movimento feminista centram-se contra as discriminações sexistas perpetradas pelo patriarcado e pela divisão sexual e social do trabalho que atinge todas as esferas da sociedade, dentre elas a saúde. No contexto da assistência à saúde da mulher, a violência obstétrica aparece como sintoma das desigualdades vivenciadas pelas mulheres. Flor-de-Lótus fala sobre a importância da atuação de movimentos feministas, como o Humaniza Coletivo, nos seguintes termos:

Eu posso dizer que ele é um movimento pioneiro nessa luta, nessa denúncia em relação à violência obstétrica aqui no Estado do Amazonas. A violência obstétrica é uma discussão que não é muito antiga, apesar de a violência estar aí há muito tempo, é uma violência que ocorreu sempre com as mulheres. Quantas e quantas mulheres foram vítimas dessa violência e não sabiam? Então, um movimento como o Humaniza tem uma importância fundamental em dar visibilidade pra esse tipo de violência, em denunciar essa forma de violência, em se articular pra que a mulher tenha o direito de ser tratada com dignidade, de ser tratada como cidadã, num momento muito delicado da vida dela. Porque o momento do parto mexe com toda a estrutura da mulher, tanto física quanto emocional. É um momento que a mulher tá ali, colocando sua vida em risco pra dar à luz a uma nova vida. Então esse é um momento para ela ser muito bem assistida, muito bem atendida, e é um momento que muitas vezes, ela se depara com uma violência que deixa consequências terríveis, que deixa traumas [...]. Eu mesma sofri essa forma de violência quando eu tive meus filhos, e eu não sabia que era uma violência. Muitas mulheres, por falta de conhecimento, não sabem a quem recorrer, elas não sabem como fazer essa denúncia, porque ela tá ali vulnerável, tá frágil. Então o movimento Humaniza é muito importante ao estabelecer esse diálogo com as mulheres (entrevista, 2022).

A narrativa de Flor-de-Lótus chama a atenção para o fato deste coletivo de mulheres ter sido capaz de identificar um problema que por vezes passa despercebido pelas próprias vítimas, apesar de as consequências serem sentidas por elas. Especialmente no caso das mulheres, que estão sempre em luta pela conquista e garantia de seus direitos, o movimento feminista é de fundamental importância, na medida em que “faz parte de um sistema de interação que permite uma articulação de um novo tipo, com estruturas rizomáticas capazes de criar contatos, formas de responder a determinadas demandas e encaminhar lutas comuns que, isoladas, seriam quase impossíveis de realizar” (SALES et al, 2020, p. 494).

Chama atenção o fato de as mulheres fundadoras do Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento terem optado por se chamar Humaniza Coletivo Feminista, após a sua formalização, enquanto organização sem fins lucrativos. Cisne (2018) explica a diferença entre movimentos feministas e movimentos de mulheres. Para a autora, mesmo que haja a participação de homens, todo movimento feminista é um movimento de mulheres. Entretanto, nem todo movimento de mulheres é um movimento feminista. Existem movimentos de mulheres que são conservadores e atuam na contramão do que é defendido por movimentos

feministas, como os direitos sexuais e reprodutivos, principalmente quando se referem à sexualidade e aborto.

O Humaniza Coletivo Feminista deixa suas intenções bem evidenciadas desde a escolha do nome. As atividades do movimento são centradas principalmente no acolhimento de mulheres vítimas de violência obstétrica, recebimento e encaminhamento de denúncias e divulgação de informações sobre direitos sexuais e reprodutivos somado à atenção humanizada ao parto. De acordo com Prímula,

atualmente nós recebemos denúncias, através do Whatsapp, das redes sociais, através de ligações. Agora durante a pandemia nem tanto, mas antes nós realizávamos palestras, rodas de conversa, levando informação tanto para as gestantes quanto para os profissionais de saúde, profissionais da área jurídica, acadêmicos da área de saúde e direito. Um dos nossos papéis mais importantes também é atuando como *amicus curiae*<sup>6</sup> nos casos de violência obstétrica, nós damos um parecer técnico sobre as situações em que ocorreram violência obstétrica, formulamos quesitos pra perícia, damos esse apoio nas ações judiciais (Entrevista, 2021).

Conforme explica Santos (2008, p. 11), o Humaniza Coletivo Feminista caracteriza-se como um dos “novos movimentos sociais”. Estes movimentos “identificam novas formas de opressão, relacionadas à cidadania e aos direitos sociais”. A autora afirma que os novos movimentos sociais são caracterizados também como movimentos urbanos, pois ocorrem nas cidades e lutam por bens de consumo coletivos, como é o caso dos serviços de saúde. Os movimentos sociais constituem-se em organismos fundamentais para “a conquista de espaços efetivos de participação popular no interior da sociedade civil” (IBIDEM, p. 16).

Machado (2007, p. 253) revela que, até os anos 1970, “os movimentos sociais eram identificados basicamente como um produto da ação histórica da sociedade, ante as contradições do sistema capitalista”. O termo “novos movimentos sociais” surgiu, então, para designar coletivos que não se encaixavam na descrição anterior, surgidos a partir do aprofundamento dos mecanismos e instituições democráticas nas sociedades ocidentais capitalistas. Trata-se principalmente de “movimentos pacifistas, das mulheres, ambientalistas, contra a proliferação nuclear, pelos direitos civis e outros” (IBIDEM, p. 253).

Para esse autor, esta nova forma de articulação de indivíduos e coletivos em rede tem como matéria-prima a informação gerada e eficazmente distribuída. A comunicação por meio das redes sociais é uma possibilidade rápida, barata e inclusiva, com grande abrangência e cobertura. Por este motivo, “a rede se converteu em um espaço público fundamental para o fortalecimento das demandas dos atores sociais para ampliar o alcance de suas ações e desenvolver estratégias mais eficazes” (MACHADO, 2007, p. 268).

Uma das novidades trazidas pelos novos movimentos sociais é a possibilidade de organização e atuação por meio das redes sociais, como é o caso do Humaniza Coletivo Feminista. Identificamos que, além de utilizar a plataforma *Whatsapp* para receber denúncias e realizar atendimentos, o coletivo também possui um endereço em um sítio digital<sup>1</sup> e está presente em outras plataformas, como *Instagram*, *Facebook*, *Twitter* e *YouTube*. Estas quatro últimas plataformas estão voltadas principalmente para a disseminação de informações, notícias, pesquisas sobre violência obstétrica e os direitos das mulheres, além da divulgação de eventos sobre esta temática, como palestras, rodas de conversa, cursos, audiências públicas, dentre outros.

Note-se que “as mídias ocupam, nesses termos, uma brecha histórica deixada pelas fragilidades nos processos democráticos para espaços de fala, escuta, reivindicações de direito ou denúncias” (FACILOI; RIBEIRO, 2022, p. 7). Ao realizar pesquisa documental junto ao Humaniza Coletivo Feminista, identificamos que, até o primeiro semestre de 2021, a organização registrou 166 denúncias ao longo de seus sete anos de funcionamento. Dentre o total de denúncias, 164 se referem a atos de violência obstétrica ocorridos no estado do Amazonas e duas denúncias se referem a outras unidades federativas: Rio de Janeiro e Bahia. Para Primula, esta quantidade não reflete a realidade da violência obstétrica no Amazonas. Vejamos:

Há uma subnotificação, basta levar em consideração que a primeira denúncia foi feita em 2013. E assim, conversando com qualquer mulher, se a gente for parar para conversar com uma amiga, a gente vai ver que nas histórias dos partos, ao longo dos anos, há uns 20, 30 anos, a maioria das mulheres sofreu algum tipo de violência, mas não se deu conta disso. E isso infelizmente continua acontecendo. E às vezes, até mesmo quando a mulher se dá conta de que houve essa violência, ela prefere não denunciar, porque acha que vai ser perda de tempo, que vai ser gasto de dinheiro, porque realmente é um processo que não se resolve de uma hora para outra, é desgastante, é doloroso reviver tudo, e nem sempre a gente tem um desfecho favorável. Até mesmo o judiciário às vezes dificulta, então não são todas as mulheres que denunciam, e o nosso trabalho é justamente esse, conscientizar as mulheres de que, se não há estatística, se não há dados, então nós não temos como pressionar as autoridades por mudanças, pela implementação de políticas públicas para atender melhor as mulheres, para melhorar o atendimento desde o pré-natal, então é importante a gente ter essas estatísticas, para ter uma noção do que está acontecendo de verdade (Primula, Entrevista, 2021).

A vivência numa sociedade patriarcal, promotora da prática de violências, contribui para que as mulheres não se sintam seguras para denunciar agressões sofridas no contexto doméstico, intrafamiliar, no trabalho ou no âmbito institucional, muito menos no caso da violência obstétrica. O medo de serem desacreditadas e a falta de confiança na judicialização e nos órgãos de segurança pública contribuem para que, muitas vezes, elas prefiram silenciar

e internalizar suas dores, lidando sozinhas com as consequências dos episódios violentos. Santos (2016, p. 77) afirma que esta é uma das maiores dificuldades no enfrentamento à violência obstétrica: a judicialização. Isto porque, por ser um conceito recente, ainda não existe um histórico de casos denunciados, processados e julgados.

Outra problemática é a banalização do sofrimento na hora do parto e a naturalização do descumprimento à lei do acompanhante, que contribuem para que muitas mulheres nem percebam que foram vítimas de violência no momento da assistência. A chegada do bebê é um evento muito significativo e que, na maioria das vezes, exige toda a atenção da pessoa parturiente, que acaba relevando maus-tratos e humilhações vividos. Algumas só se dão conta da violência sofrida passados meses após o parto. É o que apontam Wolff e Waldow (2008, p. 139), ao dizer que “as mulheres em trabalho de parto não reclamam e não emitem opinião, por medo, por opressão ou por estarem vivenciando um momento muito especial de suas vidas: o nascimento de seu bebê”.

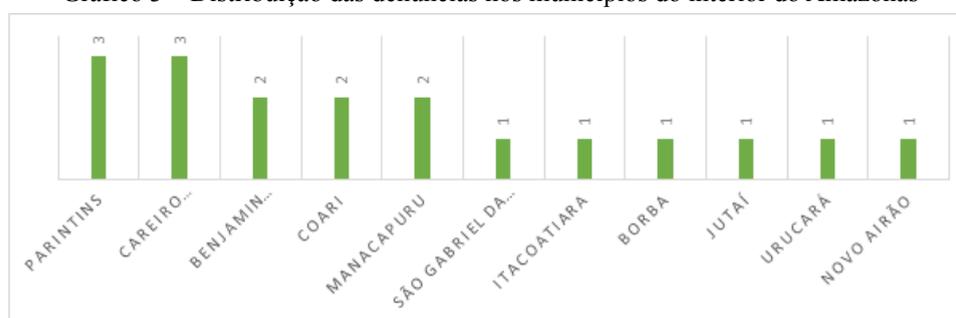
O Humaniza Coletivo Feminista encontra-se à frente na luta pela humanização do parto no Amazonas e tem conquistado seu espaço e promovido debates, rodas de conversas e campanhas de conscientização sobre a temática, utilizando a informação como forma de enfrentamento à violência obstétrica. Nascido e desenvolvido na cidade de Manaus, este coletivo tem realizado ações em prol da interiorização de suas ações, para poder alcançar mais mulheres e identificar as estratégias específicas necessárias em cada município. Não obstante, alguns obstáculos se interpõem neste percurso. De acordo com a nossa informante,

A nossa maior dificuldade em alcançar o interior é porque nós não temos membros da Humaniza lá, então fica meio complicado, seria mais fácil se nós tivéssemos alguém de lá. Um sonho seria ter uma membra em cada cidade, em cada município, porque tendo alguém de dentro do município, que conhece a área, que conhece a realidade, fica até mais fácil pra ajudar as mulheres dessas regiões a identificar que houve violência obstétrica. As denúncias que chegam até nós, elas têm aumentado um pouco porque esse tema no geral tem ganhado mais visibilidade, mas ainda são poucas, porque infelizmente a maioria das mulheres nem sequer tem consciência de que sofreu violência, a maioria já tem essa ideia de que o parto tem que ser sofrimento. Aí, quando elas passam por isso, elas às vezes demoram até cair a ficha de que realmente houve uma violência e de que elas devem denunciar, porque ainda tem aquela ideia de que é tudo muito difícil, tudo muito custoso, às vezes pensam que vão ter que gastar com isso... Então essa é a nossa maior dificuldade, chegar até as mulheres, levar a elas essa informação, essa orientação, pra poder receber mais denúncias (Prímula, Entrevista, 2021).

A violência obstétrica é um tema recente e, mesmo em contextos urbanos, onde o acesso à informação é mais facilitado, ainda há um enorme contingente de mulheres que desconhecem o termo ou entendem que sofreram violência na atenção à gestação e parto, mas

não sabem que podem e nem como denunciar. A situação é mais grave nos municípios do interior, onde frequentemente se tem estrutura precária dos serviços de saúde, escassez de insumos e equipamentos e a consequente banalização da atenção precária à saúde, pois a maior parte da população não tem a opção de escolher outro local de atendimento e realizar o deslocamento até ele. Apesar disso, é possível notar que o Humaniza Coletivo Feminista já conseguiu alguns avanços, pois conseguimos identificar, em seus registros, 18 denúncias de violência obstétrica no interior do Amazonas, distribuídas conforme mostra o Gráfico 3:

Gráfico 3 – Distribuição das denúncias nos municípios do interior do Amazonas



Fonte: Pesquisa documental junto ao Humaniza Coletivo Feminista, 2021. Dados organizados por Ana Paula Dias Corrêa.

As denúncias referentes ao interior do Amazonas correspondem a 11% de todas as denúncias de violência obstétrica no estado registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista e mencionam 11 dos 61 municípios (além da capital). Estes dados, apesar de significativos, revelam o problema da subnotificação da violência obstétrica, que é mais grave no interior, onde o acesso à informação é dificultoso, a banalização dos maus-tratos é mais intensa e os recursos para relatar os casos de violência são mais escassos. Apesar destas dificuldades, Orquídea considera que a atuação do Humaniza Coletivo Feminista tem alcançado resultados positivos:

Esse movimento, na minha opinião, possui uma atuação relevante e eficiente, por todo o seu compromisso na luta pela defesa dos direitos humanos das mulheres gestantes, parturientes e puérperas. É aplaudível o trabalho coordenado pelo Humaniza, principalmente pela assistência prestada às vítimas de violência obstétrica, as atividades desenvolvidas em educação em saúde nas maternidades e UBSs [...] é admirável todas as ações e assessoria aos órgãos públicos, assim como é perceptível o engajamento do movimento com as medidas voltadas à prevenção e no enfrentamento à violência obstétrica, na cobrança e fiscalizações do Estado (entrevista, 2022).

O coletivo Humaniza também atua de maneira constante na divulgação de informações sobre a violência obstétrica por meio da promoção de eventos como palestras, rodas de conversa, seminários, dentre outros. Os públicos são diversos: profissionais de saúde, nas maternidades e Unidades Básicas de Saúde; profissionais da área jurídica; estudantes do ensino médio, inclusive debatendo o tema da gravidez na adolescência; comunidade em geral. Além da socialização de conhecimento, o coletivo promove também cursos de capacitação para profissionais que atuam direta ou indiretamente com a assistência obstétrica, como explica Prímula:

Nós também conseguimos trazer algumas capacitações pra cá, pro estado, tanto pros profissionais de saúde quanto pros profissionais da área jurídica, porque pra conseguirmos ter bons resultados nos processos judiciais, é necessário que tanto os advogados quanto os juízes tenham conhecimento do que é essa violência obstétrica, e que não fiquem dependendo somente do parecer de um médico, de um perito, por exemplo, porque infelizmente às vezes essa perícia pode acabar favorecendo o hospital, considerando que a maioria dos médicos não reconhece que existe essa violência (entrevista, 2021).

A falta de reconhecimento da violência obstétrica por parte da categoria médica é um dos principais desafios no enfrentamento a este tipo de violação de direitos. Yien (2016, p. 33) considera que a medicina, como campo profissional, tem demonstrado não funcionar no sentido de atender a seu objetivo explícito, que é a restauração e manutenção da saúde, mas sim para “adquirir e manter privilégios, renda e outras formas de capital profissional”. Para isso, os médicos utilizam-se de sua autoridade cultural, social e profissional.

O reconhecimento da existência da violência obstétrica, pela medicina, supõe rever a postura de arbítrio e autoritarismo dos poderes médicos, que não só infringe a ética consagrada no juramento de Hipócrates, como também incorre na agressão aos direitos humanos das parturientes. Prímula acredita que a violência obstétrica já é uma questão de saúde pública reconhecida no Estado do Amazonas. Vejamos:

Tirando o conselho de medicina, as secretarias de saúde tanto municipal quanto estadual, o conselho de enfermagem também, faz parte do comitê de enfrentamento à violência obstétrica, as universidades, a UEA, a UFAM, então é algo que aos poucos a gente tá conseguindo que cada órgão realize alguma ação em relação à violência obstétrica, seja pra preveni-la ou pra combata-la, então nessa luta nós já conseguimos dar alguns passos importantes ao longo desses anos, conseguimos alguns aliados nessa luta. E os únicos que ainda não vieram para o nosso lado, infelizmente, foi o conselho de medicina. A classe médica é onde a gente encontra a maior resistência (entrevista, 2021).

Observe-se que a discussão sobre a violência obstétrica no Amazonas tem avançado e alcançado diversos espaços. Uma das conquistas mais recentes do Humaniza Coletivo foi a eleição de uma de suas membras como Conselheira Estadual de Saúde. No dia da Cerimônia de Posse e Entrega de Certificados para os Conselheiros eleitos para o mandato de 2022 a 2024, o coletivo realizou uma publicação em suas redes sociais, agradecendo pelos votos e reafirmando “o compromisso de seguir lutando por políticas públicas para garantir uma assistência obstétrica baseada em evidências científicas com acolhimento, dignidade e respeito para todas as gestantes, parturiente e puérperas” (HUMANIZA COLETIVO FEMINISTA, 2022, s.p.).

Para Bravo e Marques (2013, p. 219), os conselhos de políticas e direitos são espaços privilegiados que, apesar de contraditórios, possibilitam a socialização do poder, tornando-se “passo fundamental para o fortalecimento do processo democrático e do resgate da noção estratégica de cidadania, hoje descaracterizada pelo aparato ideológico neoliberal”. A representação do Humaniza Coletivo Feminista em um espaço como este é de extrema importância não só para o enfrentamento à violência obstétrica, mas à violência contra a mulher de maneira geral.

Em meio às ofensivas às políticas de saúde e aos direitos humanos no Brasil, notadamente no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, torna-se premente que ocorram iniciativas para enfrentar a retirada desses direitos, tanto por parte da sociedade civil, quanto por iniciativa de órgãos públicos da saúde, da justiça e da educação. Deve-se reconhecer que o debate sobre a violência obstétrica chegou à academia e cresce nas exposições e rodas de conversa na sociedade. Apesar dos diversos desafios encontrados no enfrentamento a este tipo de violação de direitos humanos, também identificamos muitos avanços.

## CAPÍTULO III – VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MANAUS

*É necessário entender de onde vem a violência, quais são suas raízes e quais são os processos sociais, políticos e econômicos que a sustentam para entender que mudança social é necessária*

*(Silvia Federici)*

### 3.1 Caracterização da Violência Obstétrica

Manaus, capital do Amazonas, é a cidade mais populosa da Região Norte e a sétima capital mais populosa da federação, com uma estimativa de 2.219.580 habitantes (SEMSA, 2022). A cidade foi palco de um intenso fluxo migratório impulsionado pela instalação da Zona Franca de Manaus<sup>37</sup> (ZFM), em 1967, que atraiu pessoas do interior do Amazonas e de outros estados, transformando a cidade no principal centro econômico da região norte do Brasil. Caracterizada como metrópole pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade exerce impacto sobre o comércio, educação, finanças, indústria, mídia, pesquisas, poder militar, tecnologia e entretenimento, influenciando toda a Região Norte.

Scherer (2009) pontua, entretanto, que a imagem de próspera economia proporcionada pelo desenvolvimento decorrente da implantação da ZFM é uma ilusão. O que se tem, com efeito, é uma modernização pelo alto que possibilitou o enriquecimento de uma pequena parcela da população e a intensificação das expressões da questão social para a outra parte. Mesmo com a instalação do polo industrial, ocorreu o aumento do desemprego e da precarização do trabalho, com a consequente acentuação da pobreza e da miséria.

Almeida e Santos (2019, p. 137) consideram que “a desigualdade é a origem da corrupção e dos desvios, uma vez que impede que a maioria da população tenha condições materiais que permitam a efetiva participação democrática”. Como estratégias para a manutenção das desigualdades no Brasil, os autores apontam algumas medidas de austeridade tomadas nos últimos anos, como a reforma trabalhista (Lei n. 13.467/2017) e a reforma do sistema fiscal (Emenda Constitucional n. 95/2016), que impõe um teto de gastos públicos por

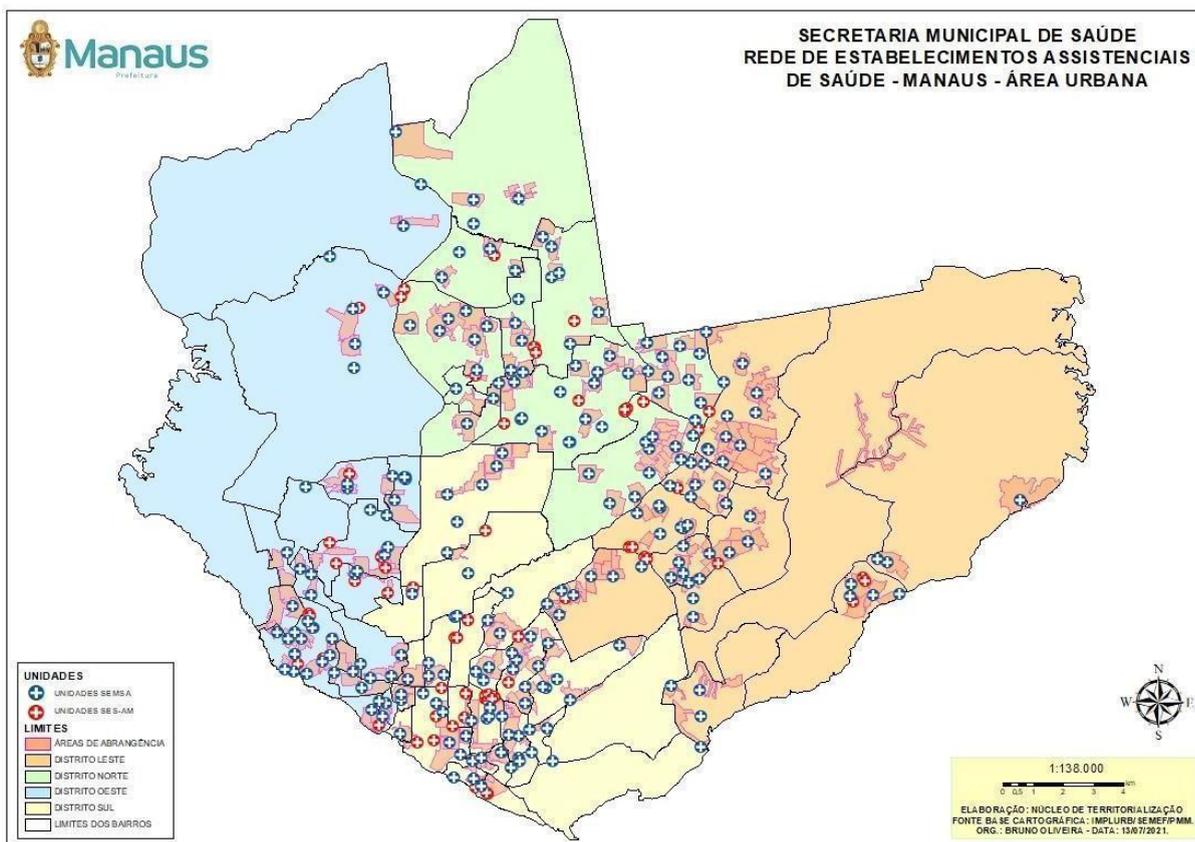
---

<sup>37</sup> A Zona Franca de Manaus foi instalada durante a ditadura militar, sob a justificativa de atrair fábricas e empregos para uma região pouco povoada e promover integração territorial na Região Norte, utilizando-se, para isso, de capital estrangeiro, para promover o desenvolvimento do capitalismo no Brasil, associado ao capital internacional (WU, 2015).

vinte anos no país, inviabilizando os direitos sociais e com gravíssimos impactos na política de saúde.

A população da cidade de Manaus está distribuída em sete zonas geográficas (Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro-Sul, Centro-Oeste e Rural) e cinco distritos de saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural). Luna e Oliveira (2010, p. 92) explicam que o processo de municipalização da saúde na cidade, numa tentativa de se adequar aos princípios do SUS, enfrentou desafios, pois “as heranças das políticas de saúde anteriores, que foram por muito tempo oferecidas à população em caráter discriminatório e seletivo, ainda persistem arraigadas”. Atualmente, a rede de atenção à saúde na área urbana de Manaus está geograficamente organizada da seguinte forma:

Figura 1: Rede de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – Área Urbana de Manaus



Fonte: SEMSA, 2022.

A figura ilustra a disposição dos estabelecimentos assistenciais de gestão municipal e estadual, nos quatro distritos de saúde urbanos de Manaus. É possível identificar uma maior distribuição dos serviços oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), em relação às unidades da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Este fato é explicado pela divisão das responsabilidades em saúde nos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal),

levando-se em conta o princípio de descentralização político-administrativa no SUS, com ênfase na descentralização dos serviços para o município.

O Sistema Único de Saúde (SUS) baseia-se na premissa da saúde como direito de todos e dever do Estado, devendo garantir atendimento integral, com a articulação de serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, nos três níveis de complexidade do sistema (baixa, média e alta)<sup>38</sup>. Conhecida como Atenção Básica/Primária, a baixa complexidade é eixo orientador do SUS, a principal porta de entrada no sistema de saúde, envolvendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2007).

Os serviços de Atenção Básica são de responsabilidade de todas as esferas de gestão, mas, por terem caráter territorial<sup>39</sup>, é de competência das Secretarias Municipais de Saúde organizá-los e executá-los. Por este motivo, as unidades de atendimento da SEMSA aparecem mais distribuídas no território da cidade de Manaus, principalmente os estabelecimentos de Atenção Primária, que estão localizados em 163 pontos da cidade (SEMSA, 2022). A Atenção Primária à Saúde (APS) é “o ponto de atenção estratégico para acompanhamento longitudinal e continuado durante a gravidez”, representando “papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante” (BRASIL, 2022, p. 1). A partir da avaliação das necessidades de cada gestante na APS, o acesso a outras redes assistenciais (Rede de Média e Alta Complexidade, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede Oncológica, dentre outras) deverá ser garantido por meio de processos de referência e contrarreferência<sup>40</sup>.

O pré-natal deve começar assim que a pessoa descobre a gestação, recomendando-se que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro, de acordo com o seguinte cronograma: mensalmente, até a 28ª semana

---

<sup>38</sup> A baixa complexidade é assim considerada pois emprega tecnologia de baixa densidade, utilizada, principalmente, nos serviços de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF). A média complexidade, por sua vez, demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento, serviços especializados ofertados em ambulatórios e hospitais de referência, por exemplo. Já a alta complexidade, refere-se ao conjunto de serviços hospitalares que envolve alta tecnologia e custo elevado.

<sup>39</sup> Uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a territorialização permite o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele (BRASIL, 2017).

<sup>40</sup> O processo de referência e contrarreferência é uma maneira de articular os diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), constituindo-se numa tecnologia de informação que garante a organização dos fluxos e contrafluxos de informações e dos usuários ao longo dos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

de gestação; quinzenalmente, da 28<sup>a</sup> até a 36<sup>a</sup> semana; e semanalmente, da 36<sup>o</sup> até a 41<sup>o</sup> semana da gravidez (BRASIL, 2012). Durante a análise dos dados coletados junto ao Humaniza Coletivo Feminista, foi possível identificar duas denúncias que envolviam Unidades Básicas de Saúde, um delas identificada como “UBS nº 42”, localizada no bairro Alfredo Nascimento, Zona Norte da cidade de Manaus. Em um trecho do Termo de Declaração realizado junto ao 15<sup>o</sup> Distrito Integrado de Polícia Civil do Amazonas, a declarante narrou que “na casinha de saúde UBS nº 42 foi atendida somente por enfermeira do 7<sup>o</sup> ao 9<sup>o</sup> mês, nunca tinha médico, sempre diziam que estava de férias e não tinha previsão de retorno” (Termo de Declaração, Pesquisa Documental, 2022).

Para Luizeti et al (2022, p. 175), o SUS tem como uma de suas principais estratégias na APS o Programa Saúde da Família, implementado por meio da formação de Equipes de Saúde da Família, de modo que “tais grupos estão mais próximos da comunidade para avaliar seus determinantes sociais de saúde e intervir de modo preciso e abrangente. Cada equipe compreende, obrigatoriamente e no mínimo, um médico”. Entretanto, de acordo com os autores, embora exista uma significativa proporção de médicos no Brasil em relação ao número de habitantes, esse quantitativo de profissionais não está distribuído de maneira equitativa nas regiões do país. As taxas de cobertura médica concentram-se nas regiões onde há maior rendimento monetário: Sul, Sudeste e Centro-Oeste. As regiões Norte e Nordeste possuem os estados com menores rendimentos, o que se reflete nas taxas de cobertura em saúde pública, que são menores.

De acordo com Scheffer et al (2020, p. 48), o Brasil tem razão média de 2,27 médicos por mil habitantes mas, na região Norte, essa taxa é de 1,30, 43% menor que a média nacional. As desigualdades existem também dentro das grandes regiões: “no Norte, o estado do Tocantins tem taxa de 2,01, enquanto outros estados têm razão igual ou inferior a 1,30, entre eles o Amazonas” (IBIDEM, p. 50). Quando se volta o olhar para a proporção capital/interior, as desproporções permanecem: “no conjunto das capitais, há 5,65 médicos por mil habitantes, enquanto os habitantes do conjunto das cidades do interior contam com 1,49 médicos por mil habitantes” (IBIDEM, p. 50). Os municípios com menor número de médicos por habitantes no país estão no Amazonas, com razão de 0,19 profissionais por mil habitantes.

Uma das explicações para o baixo quantitativo de médicos no interior do Amazonas é a limitada resolutividade e capacidade instalada em saúde pública nas regiões mais afastadas, principalmente no que se refere à atenção secundária e terciária, pois os “serviços de média e alta complexidade se concentram nas capitais, em prejuízo da população que vive em áreas remotas” (GARNELO et al, 2017, p. 1226). Mesmo na capital do estado, existe concentração

em bairros centrais, que possuem melhor estrutura urbana, em detrimento dos bairros mais distantes, como é possível perceber na Figura 1, com a distribuição dos estabelecimentos de saúde vinculados à SES, em sua maioria relacionados à média e alta complexidade.

Entre os estabelecimentos que prestam assistência de média e alta complexidade por meio do SUS na cidade de Manaus, estão oito instituições de atendimento ao parto e nascimento. Todas elas foram citadas nas denúncias analisadas, além de três instituições privadas (Maternidade São Lucas/Hapvida, Maternidade Unimed e Maternidade Samel), e uma instituição militar (Hospital da Aeronáutica). Dentre as 164 denúncias de violência obstétrica registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista, 141 envolviam maternidades públicas e privadas da cidade de Manaus. Os estabelecimentos foram organizados de acordo com a quantidade de citações nas denúncias<sup>41</sup>:

Quadro 1 - Distribuição das denúncias de violência obstétrica nas instituições da cidade de Manaus

<b>Nome da Instituição</b>	<b>Número de citações nas denúncias</b>
Maternidade Ana Braga	34
Maternidade Instituto da Mulher Dona Lindu	28
Maternidade Nazira Daou	24
Maternidade Balbina Mestrinho	23
Maternidade Azilda da Silva Marreiro	13
Maternidade Moura Tapajós	11
Maternidade São Lucas/Hapvida	10
Maternidade Unimed	6
Maternidade Alvorada	4
Hospital e Maternidade Chapot Prevost	4
Maternidade Samel	4
Hospital da Aeronáutica	3

Fonte: Pesquisa documental junto ao Humaniza Coletivo Feminista, 2021.

<sup>41</sup> Ressalte-se que em uma única denúncia é possível aparecer várias instituições, principalmente devido à problemática da peregrinação em busca de atendimento.

As maternidades públicas estão assim distribuídas nos quatro distritos de saúde urbanos da cidade: na Zona Norte, ficam localizadas a Maternidade Azilda da Silva Marreiro e a Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou; na zona Leste, tem-se o Hospital e Maternidade Chapot Prevost e a Maternidade Ana Braga; a Maternidade Alvorada e a Maternidade Moura Tapajós estão localizadas na Zona Oeste; e, na Zona Sul, localizam-se a Maternidade Balbina Mestrinho e o Instituto da Mulher Dona Lindu. Com exceção da Maternidade Moura Tapajós, que é gerida pela SEMSA, as outras sete instituições pertencem à esfera de gestão estadual. As maternidades Ana Braga e Balbina Mestrinho são referências para atendimento à gestação de alto risco, enquanto as demais oferecem assistência às gestações de risco habitual.

Observe-se que as maternidades estão distribuídas, na mesma proporção, em quatro zonas da cidade de Manaus, apesar de cada zona abranger bairros e quantitativos populacionais diferentes, com necessidades específicas em saúde. A região com maior número de habitantes de Manaus é a Zona Norte, com população estimada em 501.055 habitantes (MANAUS, 2021), mas com precária rede de serviços de saúde especializados, o que faz com que a população se desloque para outros bairros em busca de atendimento (LUNA; OLIVEIRA, 2010).

A Zona Sul é menos populosa, contando com cerca de 286.488 habitantes, mas, por ser mais central, abriga uma ampliada rede de serviços e duas importantes maternidades da cidade: a maternidade Balbina Mestrinho, que é referência em gestação de alto risco, e o Instituto da Mulher Dona Lindu, que além de maternidade, é unidade de urgência ginecológica. Os estabelecimentos de saúde disponíveis na Zona Sul atendem a população de todos os bairros de Manaus e também do interior do estado do Amazonas. Para Luna e Oliveira (2010), o sistema de saúde público de Manaus é caracterizado pela desigualdade institucional e geográfica, com insuficiência de serviços em todos os níveis de atuação, o que abre margem para a presença do setor privado.

É evidente que os estabelecimentos de saúde mais citados nas denúncias são aqueles pertencentes ao SUS, tendo em vista que o sistema público de saúde atende maior volume de usuários no Brasil. O acesso a planos privados de saúde é restrito a uma pequena parcela da população brasileira, que se concentra principalmente nas regiões sul e sudeste (SOUZA JÚNIOR et al, 2021). Dentre as maternidades públicas identificadas nas denúncias, as mais mencionadas são: aquelas que ficam nas regiões mais populosas, como a Maternidade Ana Braga, referência na Zona Leste de Manaus e maior maternidade do Estado do Amazonas, e a Maternidade Nazira Daou, localizada na Cidade Nova, bairro mais populoso da cidade; e

aquelas que estão localizadas nas regiões mais centrais e atraem o público de outras áreas, como o Instituto da Mulher Dona Lindu, localizado ao lado do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto, e a Maternidade Balbina Mestrinho, localizada no bairro Praça 14 de Janeiro, vizinho ao Centro.

Outro importante dado identificado está relacionado à morte materna. Dos 141 relatos de casos de violência obstétrica ocorridos na cidade de Manaus, 14,1% tiveram como desfecho a morte materna. De acordo com Martins e Silva (2018, p. 726), é caracterizado como morte materna todo óbito ocorrido durante a gestação ou após 42 dias do seu término, independentemente da duração da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ao agravo da gestação, podendo ocorrer por causas obstétricas diretas ou indiretas. As causas obstétricas diretas referem-se às complicações causadas por falhas na assistência, como tratamento inadequado, práticas sem evidência científica, negligência e omissões, ou seja, violência obstétrica.

Não há caracterização socioeconômica das vítimas nas denúncias, mas foi possível identificar que 70% dos casos fatais aconteceram em instituições públicas e os outros 30%, em maternidades privadas. Santos et. al. (2017, p. 5) assinalam que o índice de mortalidade materna é um indicador sintomático no campo da desassistência às mulheres, na medida em que essas mortes “em sua quase totalidade atingem as mulheres com menor acesso aos bens sociais, bem como, demonstra a desarticulação, a desorganização e a baixa qualidade da assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal”.

As mortes perinatais, configuradas como mortes que ocorrem entre a 28ª semana de gestação e o 7º dia após o nascimento, também chamam a atenção na análise das denúncias, aparecendo em 19,1% da amostra examinada. Do total de denúncias em que ocorre morte perinatal, 92,3% referem-se a instituições públicas e 7,4% a maternidades privadas, o que reflete a distribuição do número de denúncias e a diferença de abrangência entre o setor público e privado. Mostra-se que o problema da violência obstétrica não está restrito a dificuldades no acesso aos serviços de saúde, mas refere-se sobretudo à qualidade da assistência prestada, independente do caráter ou esfera de gestão institucional.

De acordo com o Ministério da Saúde (2009, p. 7), a mortalidade perinatal tem sido recomendada como “o indicador mais apropriado para a análise da assistência obstétrica e neonatal e de utilização dos serviços de saúde”, permitindo que o problema ganhe visibilidade e propiciando a redução das mortes fetal e neonatal precoces. A mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) é um importante componente da mortalidade infantil no Brasil, sendo que a maior parte dos óbitos neonatais ocorrem no período neonatal precoce (até o 6º dia de vida),

“evidenciando a estreita relação entre os óbitos infantis e a assistência ao parto e nascimento” (IBIDEM, p. 10).

Anunção et al (2018, p.2) evidenciam que, em 2015, a mortalidade neonatal no Brasil chegou a 55% dos óbitos de menores de cinco anos, sendo 41% nos primeiros seis dias de vida. Apesar dos avanços tecnológicos empreendidos nas últimas décadas para melhorar a atenção ao parto e puerpério, a redução da mortalidade neonatal continua um desafio na saúde brasileira. Para avançar neste processo e evitar óbitos neonatais os autores apontam a necessidade de “repensar o processo de trabalho dos profissionais, que, muitas vezes, é atravessado por violência institucional, exercida por ação ou omissão, envolvendo os abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições” (IBIDEM, p. 2).

Com relação à mortalidade fetal, “são poucos os estudos e análises disponíveis na literatura e estatísticas brasileiras, reflexo da baixa visibilidade, interesse e compreensão de que esse evento é, em grande parte, prevenível” (BRASIL, 2009, p. 14). Tanto a mortalidade fetal quanto a neonatal refletem a qualidade e acessibilidade dos cuidados em saúde disponibilizados às gestantes e parturientes, especialmente dos cuidados primários em saúde, quando se pensa na mortalidade fetal, pois o acesso a um pré-natal de qualidade é fator fundamental para a prevenção de óbitos fetais.

A violência obstétrica contra gestantes e parturientes adolescentes foi outro elemento identificado nesta pesquisa, aparecendo em 7 das 141 denúncias analisadas e representando 5% da amostra. Na contramão dos demais resultados desta pesquisa, que se apresentam tanto nas instituições públicas quanto nas privadas, resguardadas as devidas proporções, a violência obstétrica contra adolescentes só foi relatada em maternidades da rede pública, demonstrando uma possível falta de acesso destas gestantes à rede privada. Conforme explicam Caldeira et al (2007, p. 217), “se a maternidade na adolescência não se restringe a um grupo social, é nas classes desfavorecidas que sua frequência é altamente significativa”. A narrativa abaixo ilustra como as parturientes adolescentes são tratadas nos serviços de saúde. Vejamos:

Fiquei lá na sala com muita dor, a médica mandava eu fazer força, eu fazia, para o bebê nascer [...]. Teve uma hora em que eu gritei, aí ela disse: ‘Se você gritar mais uma vez eu vou embora, não vou ficar aqui!’. Aí eu com muita dor gritei de novo e ela foi embora. Passou um tempo, a enfermeira foi ouvir o coração do meu filho, já estava fraquinho, foi quando elas se agoniaram e me levaram para a sala de parto normal, sendo que eu não tinha passagem para um bebê muito grande para mim. E a médica disse: ‘agora é tudo ou nada!’ [...]. Fizeram eu ter ele normal, ele nasceu quase morto (Camélia, Narrativa de denúncia, Pesquisa documental, 2021).

É patente a indiferença e impaciência da médica frente ao sofrimento da adolescente, a ausência de acolhimento à sua dor e a falta de vontade para usar sua preparação técnica e assim propiciar uma melhor experiência no parto de Camélia. A pessoa em situação de gestação e parto, especialmente a adolescente, “vivencia momentos de medos, dúvidas e preocupações que a fazem buscar o apoio de alguém, não só tecnicamente capacitado para uma abordagem clínica, mas que também seja sensível à escuta e ao diálogo, a fim de que se sinta acolhida” (SANTOS et al, 2012, p. 780). No caso em tela, em lugar de acolhimento, a adolescente foi negligenciada como forma de punição por não conseguir calar seus gritos de dor.

McCallum e Reis (2006, p. 1484), ao realizar pesquisa com adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador (BA), identificaram que o medo é um tema frequente em suas narrativas, aparecendo de diferentes formas: “medo da dor, medo de ser incapaz de expelir o bebê; medo da morte, de si próprias ou de seus bebês; também, em alguns casos, medos dos maus-tratos dos profissionais de saúde”. Percebe-se, assim, que os serviços de saúde, locais que deveriam dispor de profissionais capacitados para prestar assistência qualificada, acabam muitas vezes por potencializar o medo das parturientes.

Ressalte-se que, apesar de os aspectos estruturais, instalações, disponibilidade de leitos, equipamentos e medicamentos serem fundamentais, a carência mais identificada na assistência obstétrica é a de profissionais comprometidos com a qualidade do atendimento e que, acima de tudo, respeitem os usuários e seus familiares. Nesta pesquisa foi possível identificar que, apesar de haver denúncias de violência obstétrica relacionadas à má adequação da estrutura física dos locais de atendimento, principalmente quanto à falta de leitos que leva à peregrinação, a maior parte das reclamações se refere à atuação dos profissionais responsáveis pelo atendimento, suas condutas. Em 41,8% das denúncias registradas pelo Humaniza, há identificação nominal e profissional dos responsáveis pelos atos violentos. Eles foram categorizados da seguinte maneira:

Quadro 2 – Profissionais identificados nas denúncias.

<b>Profissional Identificado</b>	<b>Número de citações nas denúncias</b>
Médico Ginecologista e Obstetra	57
Enfermeiro	6
Médico Pediatra	3

Médico Anestesiologista	1
Médico Clínico Geral	1
Médico Hematologista	1

Fonte: Pesquisa documental junto ao Humaniza Coletivo Feminista, 2021.

É possível verificar que os profissionais médicos, especialmente os ginecologistas e obstetras, são os mais citados nas denúncias, seguidos pelos enfermeiros, com significativa diferença na quantidade de citações. Para Martins et al (2022, p.4), o aparecimento destas categorias profissionais evidencia a importância da formação para a assistência obstétrica, pois, durante a graduação/especialização, “nota-se a supremacia do ensino das competências técnicas em detrimento da valorização da discussão sobre os valores éticos e o cuidado em saúde, o que possibilita a naturalização do uso do corpo da mulher como instrumento de aprendizagem”.

Em uma das denúncias, foi identificada como responsável por atos de violência uma acadêmica do curso de enfermagem, o que parece reafirmar a assertiva dos autores. Lamy et al (2021, p. 955) apontam que, na formação profissional, “a violência contra a mulher está presente, como ferramenta pedagógica, no ensino de procedimentos dolorosos e desnecessários, mas naturalizados, a partir de estereótipos de gênero”. Concluída a formação profissional, a objetificação do corpo feminino se mantém, incorporada aos processos de trabalho.

Em outra denúncia, apesar de não serem citados os nomes dos profissionais, é relatada a prática de violência por maqueiro e recepcionista, além de médico e enfermeiro. Este dado é importante pois mostra que, apesar de aparecerem com mais frequência nas denúncias, os profissionais da medicina e da enfermagem não são os únicos a praticar violência obstétrica. Qualquer profissional que viole a dignidade da pessoa gestante no âmbito institucional pode cometer violência obstétrica: seja por meio de agressões físicas, psicológicas, morais ou sexuais; seja pela violação de direitos sexuais e reprodutivos; seja pela mera recusa em ofertar atendimento, dentre outras possibilidades. Os atos de violência obstétrica identificados nas denúncias analisadas estão elencados no quadro a seguir:

Quadro 3 – Caracterização dos atos de violência obstétrica citados nas denúncias

<b>Caracterização da Violência Obstétrica</b>	<b>Número de citações nas denúncias</b>
---	---

Demora/Recusa no atendimento; Negligência/Omissão	53
Agressões verbais (xingamentos, humilhações, maus tratos, constrangimentos, ameaças)	49
Violência física (manobra de Kristeller; contenção pernas/braços; episiotomia; toques vaginais repetitivos; agressão, empurros, tapas)	31
Violação da lei do acompanhante	18
Falta de medicamentos, equipamentos, infraestrutura, profissionais, leitos (em instituições públicas)	14
Omissão de informações sobre o estado de saúde materno-fetal	14
Peregrinação	8
Jejum prolongado	7
Ocitocina de rotina	6
Cesárea sem indicação clínica	5
Adulteração de prontuário/apropriação da caderneta de vacinação	4
Restrição da movimentação	3
Corrupção/Cobrança por atendimento em instituição pública	3
Recusa para parto normal em instituição militar	3
Violação da lei da doula	3

Fonte: Pesquisa documental junto ao Humaniza Coletivo Feminista, 2021.

Observe-se que o principal ato de violência obstétrica mencionado nas denúncias é a falta de atendimento. Esta demora ou até mesmo recusa em atender, por vezes é motivada pela falta de estrutura física e recursos humanos disponíveis para prestar a assistência. Entretanto, é comum que profissionais se recusem a assistir as parturientes como uma forma de punição a elas, por não se comportarem da maneira mais conveniente à equipe de saúde, por manifestarem seus desejos no momento do parto, ou por questionarem as condutas dos profissionais. No âmbito da assistência obstétrica, é possível identificar uma valorização e preferência pelas parturientes que aguentam a dor caladas, enquanto as “escandalosas” recebem pior tratamento, são deixadas por último ou nem são atendidas (AGUIAR, 2010). A narrativa abaixo ilustra esta situação. Vejamos:

No setor da cesárea, em frente ao centro cirúrgico, passei por mais maus tratos na mão da enfermeira chefe, ela não deixou a tia do meu esposo me acompanhar, dizendo que tinha que esperar numa outra área. Ao colocar a sonda, me xingou de gorda "**também gorda desse jeito**", devido ao fato de eu não conseguir abrir minhas pernas como ela queria. Fui deixada na porta do centro cirúrgico. E como as horas se passavam, comecei a chorar e implorar que me ajudassem. A mesma enfermeira apareceu e falou que eu era muito escandalosa e que estava assustando as mães que estavam na sala do pós-parto. Então ela me encaminhou para o rabo da fila como se fosse **um castigo**. Cheguei a desmaiar de dor várias vezes... [...]. Já não aguentando mais, comecei a chorar e gritar. Foi então que a tia do meu esposo escutou e fez um escândalo no corredor, dizendo que iria chamar a imprensa e iria filmar tudo que estavam fazendo comigo. Ela chegou a discutir com a enfermeira. E enfim fui encaminhada para o centro cirúrgico (Dália, Narrativa de denúncia, Pesquisa documental, 2021).

Dália sofreu diversos tipos de violação de direitos, além da punição por ser “escandalosa”. Um deles foi a violência psicológica contida na agressão verbal com teor preconceituoso sobre seu corpo. De acordo com Alves et al (2021), a violência associada ao corpo gordo, ou gordofobia, é motivada principalmente por dois fatores: o primeiro é a forte influência dos padrões estéticos hegemônicos, segundo os quais os corpos magros são os mais bonitos; o segundo fator é o discurso biomédico, que patologiza o corpo gordo e é predominante nas pautas de saúde pública. A conduta da enfermeira diante de Dália reflete esta estigmatização de pessoas gordas como doentes ou incapazes de realizar certas atividades.

O preconceito e o julgamento são alguns dos motivos das agressões verbais praticadas por profissionais de saúde no contexto da assistência obstétrica. A culpabilização da mulher por sua condição de saúde, a chantagem, a humilhação, a falta de respeito e empatia no momento do sofrimento, a negligência quanto a seus sintomas e a punição pelo “mau comportamento” são exemplos de como a violência obstétrica se apresenta no contexto das maternidades, com forte impacto psicológico e emocional às vítimas.

A gestação e parto, mesmo nas melhores condições, são considerados fenômenos psicologicamente turbulentos, devido às transformações físicas, psíquicas, hormonais e sociais que ensejam. Os traumas vivenciados no momento do parto intensificam a vulnerabilidade das mulheres e causam consequências para sua saúde mental, na medida em que “a angústia é intensificada, desenvolvendo a sensação de inferioridade, medo e insegurança, através da humilhação presente nas práticas dos profissionais de saúde” (DIAS; PACHECO, 2020, p. 6). Por vezes, as agressões na assistência obstétrica extrapolam o campo

psicológico e moral, assumindo forma física, a terceira forma de violência obstétrica mais citada nas denúncias, como mostra a narrativa a seguir. Vejamos:

Chegando lá, a técnica de enfermagem pediu para ela trocar de cadeira porque os médicos eram muito ignorantes. Chegou o médico com muita arrogância, perguntou o que ela estava fazendo ali, ela informou que era por conta da dor de cabeça e ele disse: “Baixa a calça e deita”. Ela se negou e disse que era a dor de cabeça, ele repetiu a frase duas vezes mais alto. E na última negativa, ele a expulsou da sala. Rosa (*gestante*), mesmo se sentindo mal, conseguiu pegar o prontuário da mesa, e nesse momento ele desferiu um tapa nos seus seios. Ela apenas conseguiu virar de costas para que ele não acertasse em sua barriga, quando as técnicas e sua filha seguraram o médico (Girassol, Narrativa de denúncia, Pesquisa documental, 2021).

A narrativa de Girassol mostra como as profissionais de saúde utilizam de sua posição para violentar mulheres. A categoria médica é quem está no topo da hierarquia nos serviços de saúde, cristalizada numa posição detentora do poder-saber e, por isso, intocável. O *status* atribuído à categoria médica confere a ela certo direito de dominação sobre as demais profissões e sobre os usuários dos serviços de saúde. Del Priore (2009, p. 199) considera que a dominação do saber médico sobre a mulher no Brasil remonta aos tempos da Colônia, quando “a opinião do médico português se incorporava à mentalidade europeia tradicional, dominada pela misoginia e totalmente impregnada de desconfiança do corpo feminino”.

Observamos nas narrativas que este olhar misógino da categoria médica para com as mulheres permanece até os tempos atuais, apesar de ter adquirido novas características com o passar dos anos. De acordo com Wolff e Waldow (2008, p. 141), “a medicina tem se caracterizado, historicamente, por ser uma profissão preocupada em obter benefícios, privilégios masculinos e controle sobre outras pessoas”. Na assistência obstétrica, principalmente no momento do parto, o controle da equipe de saúde fica comprometido, uma vez que diferentes fatores influenciam sua evolução. Na iminência de perderem o comando naquele espaço, os profissionais utilizam-se de quaisquer estratégias intervencionistas que tiverem à disposição para acelerar o processo.

Os partos não têm um tempo de duração pré-definido, podendo durar muitas horas e até mesmo dias. Durante este tempo, as mulheres passam pelo processo de dilatação e evolução das contrações, muitas vezes sem o acompanhamento adequado. Quando elas gritam de dor, pedem para se movimentar ou não conseguem fazer força como a equipe de saúde deseja, elas são repreendidas e ameaçadas. Nestes casos também é mais comum a realização de episiotomia e manobra de Kristeller, para facilitar a expulsão do bebê.

Outra intervenção frequentemente utilizada é a aplicação da ocitocina sintética, um hormônio utilizado para provocar contrações, aumentando sua intensidade e acelerando o parto. De acordo com Diniz (2009), no ano de 2008, este medicamento entrou para a lista curta das 12 drogas cujo uso é mais associado a erros médicos graves. Usada de forma arbitrária, “a ocitocina é a droga mais frequentemente associada a resultados perinatais adversos, e está envolvida em metade dos litígios contra gineco-obstetras no caso norte-americano” IBIDEM, p. 317). Quando utilizada sem prévia explicação e sem o consentimento da parturiente, é considerada ato de violência obstétrica, sendo identificada em algumas das denúncias analisadas nesta pesquisa.

A realização de cesáreas sem as devidas indicações clínicas, prática comum no Brasil, também pode caracterizar violência obstétrica. Tendo surgido como uma importante inovação tecnológica para a melhora na qualidade da assistência obstétrica, atualmente a cirurgia cesariana é caracterizada como uma epidemia no Brasil, devido a seu elevado índice de utilização no país, três vezes maior do que o recomendado pela OMS. Tavares et al (2020, p. 15.281) revelam que “a realização desse procedimento com indicações precoces e de forma desordenada, incrementou maiores índices de morbidade e altos custos para os serviços de saúde”.

Além de este procedimento cirúrgico apresentar riscos para a saúde do binômio materno-fetal, o medo da cesárea pode interferir também no trabalho de parto, trazendo sentimentos como ansiedade e frustração. Apesar disso, a cesárea é realizada de maneira arbitrária, por ser mais conveniente à equipe de saúde, que não precisa ficar dependente da imprevisível evolução do parto natural. Ademais, a cirurgia envolve uma gama de medicamentos e equipamentos hospitalares, representando maior influência no mercado destes insumos.

Independentemente do tipo de parto, é assegurada, pela Lei nº 11.108/2005, a presença de acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Entretanto, como discutido em capítulo anterior, o cumprimento desta lei ainda é um desafio na assistência obstétrica brasileira. No Amazonas e em alguns outros estados da Federação, também é garantida a presença da doula durante todo o processo. A doula, como vimos anteriormente, tem uma função específica a cumprir no âmbito das maternidades e instituições afins, e não se constitui como acompanhante da pessoa parturiente, como bem define a legislação amazonense: a presença das “doulas” não se confunde com a presença do acompanhante instituído pela Lei Federal nº 11.108/2005 (AMAZONAS, 2014). Na narrativa abaixo, nota-se que algumas instituições não interpretam

desta maneira, e fazem com que a pessoa parturiente precise optar entre seu acompanhante e sua doula, a saber:

Logo após sair do chuveiro, expulsaram a minha doula da sala. Disseram que o paciente só poderia ter um acompanhante e eu tive que escolher entre ela e o meu marido. Como não ter o meu marido no momento mais importante das nossas vidas? Como ficar sem a presença da minha doula, da única pessoa que estava me orientando, me dando forças psicológicas e me protegendo daquele local? Chorei ainda mais com a ausência da minha doula. Esse foi um dos momentos mais difíceis, o da escolha impossível (Tulipa, Narrativa de Denúncia, Pesquisa Documental, 2021).

Este fato, ocorrido em uma maternidade de Manaus, mostra uma grave violação da legislação amazonense que garante a presença da doula e do acompanhante durante todo o pré-parto, parto e pós-parto. Barrera e Moretti-Pires (2021, p. 9) consideram que a presença da doula, quando solicitado pela pessoa parturiente, é de extrema importância, pois elas podem “proporcionar contato físico, segurando a mão da mulher, promovendo seu encorajamento e estimulando, trazendo tranquilidade e proporcionando medidas de conforto e alívio da dor, além de prestar orientações, aconselhar e explicar sobre o progresso do trabalho de parto”.

A violência obstétrica é uma das formas de violação dos direitos da mulher e da criança, visto que o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) dispõe que nenhuma criança deverá ser objeto de “qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (BRASIL, 1990). A violência obstétrica fere a integridade da mulher por sua condição de gênero feminino numa sociedade patriarcal, e seus efeitos atingem também os bebês e familiares/acompanhantes. Em situações de emergências ou calamidades públicas, como a pandemia de Covid-19, pode assumir novos contornos. É o que veremos a seguir.

### **3.2 A assistência obstétrica no contexto da pandemia de Covid-19**

A pandemia de Covid-19, doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2, um novo tipo de coronavírus, foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020. O primeiro caso da doença foi registrado em dezembro de 2019, na China, e a partir de então espalhou-se rapidamente pelo mundo, chegando ao Brasil em fevereiro de 2020. No mês seguinte, foi promulgado o Decreto Legislativo nº 6/2020, que decretou a ocorrência de estado de calamidade pública no país (BRASIL, 2020).

O contexto pandêmico trouxe à tona muitas fragilidades do nosso sistema de saúde. Desde o primeiro caso no Brasil, em fevereiro de 2020, até dezembro de 2021, foram registrados 21.184.824 infecções por Covid-19 e 616.6991 óbitos por complicações da doença no Brasil. Em meio a tantas vítimas fatais, destaca-se o número de gestantes e puérperas identificadas. De acordo com dados disponibilizados pelo Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr)<sup>42</sup>, desde o início da pandemia até o dia 14/09/22, foram notificados 23.341 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por Covid-19 em gestantes e puérperas no Brasil, dentre os quais 2.044 tiveram o óbito como desfecho.

Takemoto et. al. (2020, p. 1) apontam que, como o Brasil não possui um sistema de testagem para a população obstétrica e tendo em vista que apenas mulheres que apresentaram sintomas graves foram testadas, há uma subnotificação dos casos de gestantes e puérperas infectadas. O Amazonas foi o oitavo<sup>43</sup> estado brasileiro com maior registro de SRAG por covid em gestantes e puérperas, totalizando 951 casos e 87 óbitos (OOBR, 2022). Dentre os sete primeiros com maiores números de casos, seis pertencem às regiões Sudeste e Sul, onde estão concentrados os melhores índices de acesso aos serviços de saúde no país, sugerindo que a população obstétrica desses estados teve melhor acesso à testagem e notificação. O Amazonas, que encontra-se na região com menores índices de acesso aos serviços de saúde, “ironicamente” destacou-se com o elevado número de registros da doença.

O Brasil é um país que possui uma alta taxa de mortalidade materna, independentemente da pandemia do novo coronavírus. Compõem os dados de mortalidade materna todos os óbitos ocorridos durante uma gestação ou até 42 dias após seu término, provocados por causas diretas ou indiretas. De acordo com Martins e Silva (2018), cerca de 95% dos óbitos maternos no mundo poderiam ser evitados se os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres fossem assegurados e fosse garantida uma atenção obstétrica respeitosa e baseada em evidências científicas. Essas condições são grandes obstáculos para países em desenvolvimento como o Brasil, que apresenta uma taxa de mortalidade três vezes maior do que o máximo considerado pela Organização Mundial de Saúde.

De acordo com Souza e Amorim (2021), nos meses iniciais da pandemia, as gestantes não foram qualificadas como grupo de risco, provavelmente em razão das baixas taxas de

---

<sup>42</sup> O Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr) é uma plataforma interativa de monitoramento e análises de dados públicos sobre a saúde materno-infantil. Para realizar o acompanhamento da Covid-19 na população obstétrica, a equipe do observatório utilizou os registros das notificações de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) na base SIVEP Gripe (Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe), disponibilizados pelo Ministério da Saúde. O painel criado pelo observatório pode ser acessado em [https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid\\_gesta\\_puerp\\_br/](https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/).

<sup>43</sup> O primeiro estado em número de casos é São Paulo (5.431), seguido por Paraná (1.878), Minas Gerais (1.797), Rio de Janeiro (1.629), Ceará (1.348), Rio Grande do Sul (1.146) e Santa Catarina (1.071) (OOBR, 2022).

natalidade e do número pequeno de gestantes nos países asiáticos e europeus, onde o vírus se espalhou primeiro. Os autores fazem parte de um grupo de pesquisadores que, no Brasil, desde o início alertaram para o risco de morte materna por Covid-19, tendo em vista as “alterações anatômicas e fisiológicas da gravidez em diversos sistemas, cardiovasculares, respiratórias, imunológicas e da coagulação” (SOUZA; AMORIM, 2021, s.p.).

Um estudo realizado ainda no primeiro semestre de 2020, utilizando dados divulgados pelo Ministério da Saúde, identificou que 978 gestantes e puérperas foram diagnosticadas com SRAG causada por Covid-19, das quais 124 vieram a óbito. Os pesquisadores ressaltaram que estes dados certamente estão longe da realidade, uma vez que somente mulheres que apresentaram sintomas graves foram testadas. O estudo mostrou, além da falta de um sistema de testagem em massa, outras falhas na assistência: 22,6% das mulheres que morreram não foram admitidas na UTI, e apenas 64% tiveram ventilação invasiva; nenhum suporte ventilatório foi oferecido para 14,6% de todos os casos fatais. Estes fatores foram somados a comorbidades identificadas como condições significativas associadas à mortalidade materna, tais como diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade (TAKEMOTO et. al., 2020).

Com o desenvolvimento de uma pandemia como a de Covid-19, o sistema de saúde, já debilitado, foi sobrecarregado, causando um aumento na taxa de mortalidade materna. A elevada taxa de mortalidade materna por Covid-19 no Brasil pode ser explicada por diversos fatores. Um deles é o fato de a assistência obstétrica no Brasil ser permeada por diversos problemas como baixa qualidade dos pré-natais e insatisfatória adesão das gestantes a este acompanhamento, insuficiência de recursos para atender emergências e cuidados intensivos, violência obstétrica e discriminação racial nas instituições de saúde (TAKEMOTO et al, 2020). Prímula explica como a pandemia de Covid-19 influenciou no cenário da violência obstétrica no Amazonas. Vejamos:

Por conta da pandemia, alguns hospitais restringiram a presença do acompanhante, então isso de certa forma acaba aumentando a ocorrência de violência obstétrica porque a ausência do acompanhante deixa os profissionais livres para fazerem o que eles quiserem, porque não terão uma testemunha [...]. Desde o ano passado, os casos que nós recebemos diminuíram um pouco, eu acredito que porque as pessoas estão tão preocupadas com a questão do covid, essas outras questões acabaram ficando em segundo plano, mas isso não significa que elas não existiram (Prímula, Entrevista, 2021).

Paes et al (2021, p. 2) consideram que “algumas das restrições e intervenções implementadas no parto devido a essa pandemia não são necessárias, não são capazes de

limitar a contaminação do vírus nem apresentam evidências científicas, desrespeitando, assim, a dignidade humana”. A implementação destas intervenções e restrições não baseadas em evidências científicas acaba apresentando mais riscos e nenhum benefício na prevenção à contaminação por covid. O uso de estratégias para a indução do parto e a realização de cesáreas sem indicação clínica, como já indicamos, são potencialmente prejudiciais à saúde de gestantes e bebês. A proibição do acompanhante, por sua vez, deixa as parturientes mais vulneráveis à prática de violência obstétrica, como foi explicado por Prímula.

A pandemia não trouxe graves consequências apenas na área da saúde. Santos (2020) considera que o contexto pandêmico evidenciou a articulação quase invisível entre os três modos de dominação principais: patriarcado, colonialismo (que inclui neocolonialismo, imperialismo e racismo) e capitalismo. A instituição da quarentena, que é “sempre discriminatória, mais difícil para uns grupos sociais e impossível para um vasto grupo de cuidadores, cuja missão é tornar possível a quarentena ao conjunto da população” (IBIDEM, p. 15), deixou as mulheres mais vulneráveis a abusos e violências. Flor-de-Lótus aponta em que sentidos o contexto pandêmico afeta a vida das mulheres, a saber:

A pandemia, como diversas estatísticas já comprovaram, afetou diretamente as mulheres, tanto no âmbito do trabalho quanto no âmbito interno, porque deixou as mulheres mais vulneráveis às violências. Primeiramente, no âmbito doméstico, a mulher passou a ficar mais tempo com o agressor, e passou a enfrentar situações que culminaram no aumento dessa violência, como a questão do desemprego, a questão do aumento [do preço] dos alimentos [...]. E a outra questão do impacto na vida das mulheres é a sobrecarga de trabalho. Mesmo as que começaram a trabalhar em casa, em home office, tiveram um pico de estresse muito maior, porque além de dar conta do trabalho, ao mesmo tempo elas estavam num espaço onde elas tinham que cuidar dos filhos, da casa, da comida, do marido (entrevista, 2022).

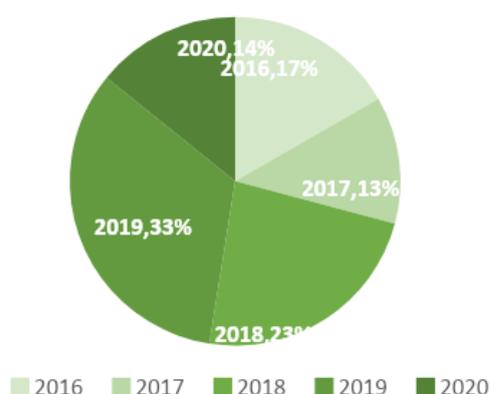
Costa (2021, p. 314) mostra que as mulheres são mais atingidas pela pandemia em determinados pontos: estão nos trabalhos de cuidado, na linha de frente de enfrentamento a doença, ocupam os principais postos de trabalho que foram diretamente impactados, foram isoladas em casa. A crise sanitária contribuiu para a intensificação da violência doméstica, pois o isolamento social deixou as mulheres por mais tempo frente a frente com seus agressores, como alude Flor-de-Lótus.

A sobrecarga nas duplas e triplas jornadas de trabalho e nos cuidados em âmbito doméstico também é um fator intensificado pelo contexto pandêmico. As mulheres são a maioria entre os trabalhadores informais, estando submetidas ao aumento do desemprego e à impossibilidade de trabalhar devido às restrições para a contenção do vírus. Na área da saúde, o número de profissionais do gênero feminino também é maior, o que as deixa mais expostas

à contaminação. Mesmo aquelas que trabalham em postos de trabalhos formais e que permitem a modalidade de *home office*, sofrem ao precisar ficar mais tempo em casa, pois todas as responsabilidades domésticas e de cuidado recaem sobre elas. De acordo com Montenegro (2018, p. 2), “quando se fala em cuidado, a figura da mulher continua sendo ‘naturalmente’ identificada no imaginário social como responsável, sob a justificativa dos ‘atributos femininos’ serem mais adequados para tais tarefas”.

Com o estresse causado pelas mudanças nas condições de vida impostas pela pandemia e a sombra da violência, dificuldades financeiras, perda do emprego, morte de entes queridos, não é surpreendente que um tema recente como a violência obstétrica tenha sido desconsiderado. Na análise das denúncias registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista verifica-se que, de fato, nos anos de 2018 e 2019 houve um aumento no número de denúncias e, em 2020, quando a pandemia teve início, esse número sofreu uma redução significativa. É o que mostra o gráfico a seguir:

Gráfico 4 – Distribuição das denúncias nos últimos 5 anos



Fonte: Humaniza Coletivo Feminista, 2021 (pesquisa documental). Dados organizados por Ana Paula Dias Corrêa.

Costa (2021, p. 317) alerta para o fato de que o cuidado das mulheres com o outro é “uma demanda que só cresce com a pandemia, ressignificando as relações de poder que o feminismo tanto luta para transformar, dando um passo atrás em várias conquistas, ou trajetórias rumo a uma emancipação”. Os dados do gráfico são exemplos desse retrocesso. O número de denúncias de violência obstétrica registradas durante o primeiro ano de pandemia corresponde a menos da metade da quantidade de denúncias registradas no ano anterior.

Não há motivos para crermos que a ocorrência da violência obstétrica realmente diminuiu significativamente durante a pandemia, pois o surto “também desviou a atenção da linha de cuidados com a saúde da mulher, à medida que o combate ao novo coronavírus tornou-se prioridade, enfraquecendo assim os serviços voltados à atenção à saúde feminina” (CRUZ et al, 2020, p. 5). Ou seja, a tendência é que os casos de violência obstétrica tenham aumentado, mas ficado ainda mais invisibilizados diante do dramático contexto pandêmico. Dentre as denúncias analisadas nesta pesquisa, foi possível identificar duas narrativas de violência obstétrica relacionada à pandemia de Covid-19. Vejamos uma dessas narrativas:

Minha filha testou positivo para Covid-19. Desde ontem ando com ela para Maternidade, tentando que ela possa ser assistida e medicada. Ontem fui à Nazira [Maternidade Nazira Daou]. Chegando lá, deixaram-na duas horas na sala Rosa, sem oxigênio e sem avaliação. Não queriam atendê-la porque lá não era a referência de Covid, mas entendo que o correto seria avaliá-la, examiná-la e depois encaminhá-la. O médico de plantão abriu a porta, e de longe, sem examiná-la, fez 3 perguntas e já queria interná-la. Pelo comportamento do profissional, ela ficou receosa e retornamos para casa. Hoje ela piorou muito. Muitas dores, dispneia, vômito. Fui então à Galiléia (Maternidade Azilda Maerreiro), pois como gritava de dor, era o mais próximo. Ao chegar, não queriam abrir prontuário, pois novamente a referência seria a [Maternidade] Ana Braga. Questionei, pois, que avaliassem e posteriormente, após redução das dores, encaminhassem. Deixaram-na por duas horas novamente na sala Rosa sem avaliação, e ela se contorcendo de dor e vomitando muito. Como era troca de plantão, esqueceram de avisar o turno que entrava, que existia uma paciente de alto risco na sala, passaram-se as horas e ela piorando. Fui até a enfermeira, que foi muito atenciosa e pediu que o médico, avaliasse a minha filha. Ele fez pouco caso e disse que não iria. Então, sem examiná-la, mandou pela técnica de enfermagem uma solicitação de exame para fazer em outra unidade (Ana Braga) e passou uma medicação sem pelo menos ir até ela. Então, fui até onde ele atendia e questionei se ele não iria até lá. Ele falou que não, que pelo papel, já havia feito conduta. Comecei a discutir com ele e ele, debochado, ficou tirando onda da minha cara. Então, um outro médico, vendo a conduta errônea do colega, a examinou e encaminhou para internação na Ana Braga (Hibisco, Pesquisa documental, 2021).

De acordo com Gomes et al (2022, p. 231), a estratégia de centralizar maternidades de referência para pacientes com suspeita ou confirmação de covid é ineficiente, “tendo em vista a heterogeneidade dos casos e da organização territorial para o acesso oportuno”. Em Manaus, cidade populosa e com grande área territorial, onde a rede de atendimento à saúde apresenta deficiências em sua disponibilidade e distribuição, determinar maternidades de referência para covid e negar o acesso das gestantes e parturientes a outras instituições representa uma grave falha de assistência. O mais indicado seria que todas as maternidades estivessem preparadas para receber gestantes com suspeita ou quadros leves de Covid-19, definindo serviços de referência para atender somente casos moderados e graves, que requerem suporte clínico e terapia intensiva (GOMES et al, 2022).

Outro problema que afetou a assistência à saúde no Brasil durante a pandemia, com graves consequências para a população, foi a utilização de tratamentos sem evidências científicas. O mais famoso dentre estas alternativas terapêuticas foi o “Kit Covid”, denominação atribuída ao conjunto de medicamentos sem eficácia comprovada no tratamento da Covid-19, incluindo cloroquina, hidroxicloroquina, azitromicina e ivermectina. O Kit Covid foi amplamente promovido pelo governo de Jair Bolsonaro e divulgado por seus adeptos, sendo utilizado pela população em geral, por conta própria, como forma de tratamento precoce, e também por médicos, em testes com pacientes que estavam internados. A narrativa a seguir, retirada de um Boletim de Ocorrência registrado por uma representante da Humaniza Coletivo Feminista, relata um dos casos de uso do Kit Covid em Manaus. Vejamos:

“A vítima foi para a UTI após testar positivo para Covid-19. Depois do parto, foi submetida ao Kit Covid receitado pela médica obstetra [...]. A médica fez com que a paciente assinasse uma autorização, sem explicações e conhecimento dos familiares para a utilização do Kit Covid, tratamento experimental não aprovado pelos órgãos de saúde. Neste Kit, estava a nebulização com Cloroquina. Após recebimento do mesmo, a paciente teve uma piora no seu quadro de saúde. Vinte e sete dias após o parto, na data de 02/03/2021, a vítima veio a óbito” (Margarida, Pesquisa documental, 2021).

Logo nos primeiros meses de pandemia, o presidente dos Estados Unidos da América, Donald Trump à época, iniciou uma campanha de incentivo à utilização de certos fármacos no tratamento da Covid-19, dentre eles a cloroquina. Em seguida, o presidente do Brasil passou a reforçar estas recomendações em seus pronunciamentos. Com isso, “os medicamentos hidroxicloroquina e cloroquina ganharam fama e expectativas. O que até então servia para o tratamento da malária, agora era a ‘possibilidade de cura’ da Covid-19” (NEVES; FERREIRA, 2020, p. 6). Estas recomendações foram realizadas sem qualquer fundamento de base científico.

Devido ao caráter inédito deste vírus no mundo, não havia protocolos de tratamento estabelecidos pelas organizações de saúde. Quando os pesquisadores começaram a apontar evidências de que o uso dos medicamentos que compunham o Kit Covid não eram eficazes para o tratamento da doença, os setores da sociedade apoiadores dos governos Donald Trump e Jair Bolsonaro iniciaram uma ofensiva a estes cientistas, situando o debate sobre o Covid-19 no centro da polarização política em vigor no país. As *fake news* em defesa do posicionamento do presidente Jair Bolsonaro começaram, então, a circular com maior velocidade e intensidade no ataque aos pesquisadores e demais opositores da atuação do governo frente à pandemia. Neves e Ferreira (2020, p. 12) apontam para o fato de que o

debate sobre a existência ou não da cura da Covid-19 ficou sustentado por dois grupos, a saber:

De um lado, um grupo de ativistas políticos do Presidente Jair Bolsonaro (sem partido), que encontrou em suas declarações públicas um meio privilegiado para atacar ideologias políticas que divergem de sua posição e difamar instituições públicas de ensino e pesquisa, com vistas a sustentar o discurso de ‘aparelhamento ideológico’ pela ‘esquerda’. E de outro, pesquisadores/as com um perfil biomédico, acionando discursos de neutralidade e sem partido, com vistas a obter responsabilidade social e científica, tentando afastar ciência de política.

Na cidade de Manaus, foi realizado um estudo para testar a eficácia da cloroquina, envolvendo mais de 70 pesquisadores de diversas instituições e universidades. Pelo menos 22 pessoas morreram durante a sua condução. A equipe pesquisadora foi denunciada por suposta tentativa de fraude nos resultados do estudo, aplicação de superdosagens fatais de cloroquina nos pacientes (ÁGAPE, 2021). O número real de pacientes que foram submetidos a tratamentos experimentais é desconhecido, bem como o desfecho de tais procedimentos. Sabemos, por meio da narrativa coletada na pesquisa documental, que uma criança perdeu a mãe aos 27 dias de vida, em virtude dessa estratégia vil do presidente Jair Bolsonaro de negar a pandemia por meio de sua desqualificação, dando estímulo a atitudes que induziram à contaminação e à propagação de falsas soluções, como o suposto efeito milagroso da cloroquina na cura da infecção.

### **3.3 A rede de enfrentamento à violência obstétrica em Manaus**

A violência obstétrica é um problema multifatorial e uma questão de saúde pública no Brasil. Sua erradicação demanda um esforço conjunto de todas as instituições de saúde relacionadas a atenção ao parto e nascimento, assim como dos órgãos responsáveis por prestar assistência jurídica às vítimas deste tipo de violação de direitos. Por estar intrinsecamente relacionada às profissões da área da saúde, notadamente a medicina e a enfermagem, é de grande importância a contribuição das instituições de ensino superior, no sentido de propiciar uma formação profissional comprometida com o respeito à dignidade de pacientes e familiares. A participação social, por meio de associações como o Humaniza Coletivo Feminista ou nos órgãos de controle social, faz-se necessária para garantir a democracia neste processo de enfrentamento.

A rede de enfrentamento à violência obstétrica na cidade de Manaus envolve os seguintes órgãos: Ministério Público Federal (MPF), Ministério Público Estadual (MPE/AM),

Secretaria de Estado de Saúde (SES), Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania (Sejusc), Secretaria de Estado de Segurança Pública (SSP), Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Universidade Estadual do Amazonas (UEA), Defensorias Públicas da União (DPU) e do Estado do Amazonas (DPE/AM), Conselho Regional de Enfermagem do Amazonas (Coren/AM), Conselho Estadual dos Direitos da Mulher do Amazonas (Cedim) e Humaniza Coletivo Feminista.

O Ministério Público Federal tem sido a instituição de referência no acolhimento das denúncias sobre Violência Obstétrica e encaminhamento das mulheres agredidas para os órgãos responsáveis. Com a movimentação incitada pelo grupo de mulheres fundadoras do Humaniza Coletivo Feminista, a partir da primeira denúncia de violência obstétrica em Manaus, em 2014, e do aparecimento de outras vítimas, o MPF instaurou um inquérito civil público para apurar a ocorrência de violação de direitos no âmbito das instituições de saúde que oferecem assistência ao parto e nascimento no Amazonas.

Silva (2001, p. 128) explica que uma das atribuições dos promotores de justiça é defender os interesses metaindividuais, ou seja, interesses individuais homogêneos, coletivos e difusos que “afetam indivíduos, grupos da sociedade e enormes contingentes populacionais relacionados ao patrimônio público, meio ambiente, consumidor, idosos, crianças e outros interesses e direitos regulamentados por lei”. Um dos instrumentos utilizados para a defesa destes direitos é o inquérito civil, procedimento investigatório instaurado quando os promotores querem “iniciar e desenvolver investigações relacionadas à violação de interesses e direitos previstos nas leis de proteção aos interesses metaindividuais. Ou quando passam a averiguar irregularidades e denúncias sobre as quais possuam pouca ou nenhuma evidência” (IBIDEM, p. 133).

Durante o processo de realização do inquérito civil, os promotores podem notificar cidadãos e autoridades públicas a prestar esclarecimentos e depoimentos, requisitar informações e documentos, solicitar o apoio da polícia, dentre outros procedimentos julgados necessários. O inquérito civil público instaurado para apurar denúncias de violência obstétrica no Amazonas foi o primeiro desta natureza Região Norte. As evidências encontradas motivaram o MPF e o MPE/AM a ingressarem na justiça com uma ação civil pública contra o Estado do Amazonas e a União, no ano de 2018.

A ação civil solicitava que fossem incluídas nos contratos dos profissionais de saúde que atuam em maternidades cláusulas claras e explícitas quanto à atualização profissional e à observância das normas técnicas definidas como diretrizes para a atenção à parturiente e à abortante no SUS. Solicitou-se, ademais, que fossem disponibilizados às usuárias do sistema

canais efetivos para denúncias e que as apurações de eventuais casos de violência obstétrica formalizados à Secretaria de Estado de Saúde fossem finalizadas em tempo oportuno.

Em 2021, como desfecho desta ação, o Estado do Amazonas foi condenado à obrigatoriedade de que todos os profissionais que atendam na rede estadual de saúde pautem suas atuações em protocolos clínicos e diretrizes baseadas em evidências científicas, passando por atualizações com periodicidade, preferencialmente anual, em conformidade com as normas que regem a humanização do parto. O Estado do Amazonas ainda deverá assegurar o funcionamento, em tempo integral, de ouvidorias ou outros mecanismos de recebimento de denúncias que concedam aos denunciantes número de protocolo para acompanhamento, com garantia de desfecho no tempo apropriado. A título de danos morais coletivos, o Estado do Amazonas foi condenado ao pagamento de R\$1 milhão (MPF, 2021).

O Ministério Público também expediu recomendações às secretarias de saúde, conselhos regionais de medicina e enfermagem, universidades e hospitais/maternidades privados de Manaus. O objetivo consistiu em promover a conscientização a respeito do cumprimento da Lei do Acompanhante (Lei 11.108/2005) e das legislações estaduais que regulamentam a assistência ao parto e nascimento: Lei nº 4.072/2014, que dispõe sobre a permissão para a presença das doulas durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto; Lei nº 4.749/2019, que dispõe sobre o parto humanizado e o Plano de Parto Individual (PPI); e Lei nº 4.848, que dispõe sobre a implementação de medidas contra a violência obstétrica nas redes de saúde pública e particular do Amazonas.

Silva (2019, p. 112) chama a atenção para o fato de que a atuação do MPF é caracterizada, além do trabalho com as denúncias, pela participação ativa de seus representantes em debates e rodas de conversas com profissionais, fiscalizações, dentre outros eventos. De acordo com a autora, “o órgão assume papel de fiscalizador e de mediador no processo de controle social da política de humanização, especificamente na assistência à mulher e à criança por ocasião do parto e nascimento”. O controle social é um direito conquistado com a Constituição Federal de 1988, a partir do princípio da participação popular na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais.

Pereira et al (2019) explicam que o Ministério Público tem papel fundamental na garantia deste direito, devendo direcionar sua atuação para a defesa da democracia deliberativa, uma vez que a democracia representativa não tem se mostrado uma alternativa satisfatória para responder à demanda por participação da sociedade. No sistema público de saúde brasileiro, a participação da comunidade atende à diretriz organizativa regulamentada pela Lei n. 8.142/1990, que designa duas instâncias colegiadas para tal: os conselhos e as

conferências de saúde. Apesar de não serem os únicos espaços para exercício do controle social, estes são mecanismos fundamentais para a garantia desse direito.

Em atendimento aos pedidos do movimento de mulheres vítimas de violência obstétrica, que atualmente se constitui no Humaniza Coletivo Feminista, o MPF e o MPE/AM também promoveram audiências públicas para dar visibilidade ao problema da violência obstétrica e oferecer um espaço onde as mulheres possam ter suas histórias ouvidas. Na capital do Amazonas, já foram realizadas quatro audiências públicas sobre violência obstétrica, nos anos de 2015, 2016, 2017 e 2019. Entre os anos de 2021 e 2022, a parceria entre o coletivo, ministério público e defensorias tem propagado essa atividade para o interior do Amazonas. As últimas três audiências públicas realizadas foram nos municípios de Itacoatiara, Tefé e Maués.

Durante a primeira audiência, realizada em Manaus, as mulheres leram relatos de outras vítimas e fizeram uma denúncia coletiva, além de apresentarem propostas para melhorar o atendimento nas maternidades (HUMANIZA COLETIVO FEMINISTA, 2018, s.p.). A segunda audiência pública sobre violência obstétrica do Amazonas foi marcada pela assinatura de um Termo de Cooperação Técnica, do qual são signatários os órgãos que compõe a rede de enfrentamento à violência obstétrica em Manaus. Seu objetivo central é a implementação de ações conjuntas para o “resguardo dos direitos das mulheres durante o parto e nos períodos que o antecedem e sucedem” (PR/AM et al, 2016, p. 6-7).

O documento considera a quantidade de relatos de mulheres sobre abusos e humilhações, bem como adoção de procedimentos desnecessários, sem consentimento e até mesmo prejudiciais no momento do parto. Leva em conta ainda que a OMS já se posicionou sobre estes tipos de maus tratos que, segundo a organização, são uma forma de violação de direitos fundamentais das mulheres, estando, pois, em desacordo com normas e princípios adotados internacionalmente. Conforme esse mesmo documento, “o empoderamento requer conhecimento de direitos e dos meios de repreensão de práticas abusivas por parte da comunidade diretamente afetada” (PR/AM et al, 2016, p. 4).

De acordo com Saffioti (2004, p. 114), “empoderar-se equivale, num nível bem expressivo do combate, a possuir alternativa(s), sempre na condição de categoria social”. Em 2017, o Humaniza Coletivo Feminista assinou este termo, como organização representativa das mulheres. Um dos resultados deste Termo de Cooperação Técnica foi a criação, em 2017, do Comitê de Combate à Violência Obstétrica no Amazonas que, nos moldes em que foi pensado, com configuração multi-institucional, é o primeiro do Brasil. Coordenado pelo Ministério Público Federal, o comitê é composto por instituições que são afetas ao pré-parto,

parto, nascimento e pós-parto, seja na assistência direta, na formação de profissionais, nos órgãos jurídicos ou nas organizações da sociedade civil.

Este comitê recebeu, em 2019, o Selo de Prática Inovadora do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, que tem como objetivo reconhecer práticas com potencial de transformação em cenários de vulnerabilidade à violência. A iniciativa foi reconhecida por seu trabalho para “a construção de políticas públicas por meio de orientações na formação universitária dos profissionais de saúde, na assistência prestada nas maternidades e na criação de atividades que abordem e esclareçam para a sociedade o que é violência obstétrica” (FBSP, 2019, s.p.). Para Prímula, a criação deste comitê é um dos principais avanços impulsionados pela atuação do Humaniza Coletivo Feminista. Vejamos:

Eu acredito que a formação do comitê de enfrentamento à violência obstétrica foi um passo muito importante, e nós conseguimos entrar como membro do comitê, foi algo importante porque nós podemos apresentar ações dentro do comitê, e também de certa forma fiscalizar as ações que são propostas pelos outros órgãos e acompanhar o que tem sido feito em relação aos direitos das mulheres, à aprovação de leis também. Além de propor, nós conseguimos a aprovação de algumas leis importantes aqui no Estado, então essas também são dispositivos importantes pras mulheres terem noção de quais são seus direitos (Prímula, Entrevista, 2021).

A atuação do Humaniza Coletivo Feminista é indutora para a melhoria da assistência obstétrica no Amazonas e, se hoje o Estado é visto como pioneiro em iniciativas como o Comitê de Enfrentamento à Violência Obstétrica, é em razão desse coletivo, em parceria com o Ministério Público Federal. Para Carlos et al (2021, p. 1), os movimentos sociais “importam para os resultados (*outcomes*) políticos no Estado e nas políticas públicas, podendo produzir efeitos distributivos e ampliar a institucionalização de direitos”.

É o que se verifica na atuação do Humaniza Coletivo. Esta Organização Não Governamental se ocupou da busca de aliados para esta luta nos representantes políticos, para a proposição de leis e políticas públicas que versem sobre o tema da violência obstétrica, onde também alcançaram resultados, como a promulgação da Lei Estadual nº4.749/2019. Em uma publicação em sua página do Instagram, o coletivo explica sobre este processo:

Em 2016, procuramos o então deputado estadual Luiz Castro e pedimos que ele protocolasse o Projeto de Lei nº 104/2016, e ele aceitou. Alguns ajustes se fizeram necessários ao longo de quase 3 anos, mas juntos conseguimos. No dia 03/01/2019 a Lei nº 4.749 foi promulgada e hoje o Amazonas possui uma lei que dispõe sobre o parto humanizado e o Plano de Parto Individual nos estabelecimentos da rede pública estadual e estabelecimentos conveniados (HUMANIZA COLETIVO FEMINISTA, 2019, s.p.).

De acordo com Carlos, Dowbor e Albuquerque (2021, p. 2), os resultados das ações dos movimentos sociais podem ser identificados em diferentes etapas do ciclo das políticas, como formação de agenda, especificação de alternativas, decisão política e implementação. Neste sentido, os movimentos sociais influenciam “a criação de órgãos públicos e colegiados, normativas e legislações, planos e programas que engendram capacidades estatais na burocracia governamental”.

A atuação do Humaniza Coletivo Feminista também se mostra proveitosa no âmbito das relações com sociedade, na aproximação com a comunidade, no percurso até as mulheres. O coletivo tem um papel educativo no que se refere aos direitos das mulheres e crianças, às formas de violação destes direitos e nas estratégias para a busca por justiça. De acordo com Martins et al (2022, p. 6), “o movimento social representa a amplificação da voz da mulher, tendo como função provocar o poder público para averiguar a denúncia, para que este conclua se procede ou não”. Os autores apontam para o caráter educativo das ações coletivas, que “permitem a construção de uma postura reivindicante na mulher que se percebe violada” (IBIDEM, p. 6).

Constata-se, por conseguinte, que o Estado do Amazonas tem avançado alguns passos no enfrentamento à violência obstétrica, principalmente a partir da sensibilização sobre este problema e do registro das denúncias, cujos números, apesar de estarem abaixo das estimativas, vêm crescendo nos últimos anos. Prímula elenca algumas das ações que estão sendo tomadas para uma melhor captação das denúncias, a saber:

A defensoria pública tem um núcleo específico para receber os casos de violência obstétrica, e esse foi um passo importante porque há alguns anos não havia sequer conhecimento sobre o que era essa violência [...]. As secretarias de saúde também têm realizado ações de conscientização sobre o que é a violência obstétrica, e eu acredito que essas ações são muito importantes porque nós precisamos chegar às usuárias das unidades, das UBS, para que elas saibam que essa violência existe e para que elas possam denunciar. Então, aos poucos, nós estamos conseguindo aumentar os canais de denúncia, para essas mulheres poderem procurar, para denunciar, seja através do Ministério Público do Estado, Federal, Defensoria Pública, ou das ouvidorias dentro das próprias maternidades (entrevista, 2021).

As denúncias de violência obstétrica podem ser realizadas via Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual (em estados que definem este tipo de violação de direitos), conselhos estaduais de saúde, conselhos profissionais, ouvidorias dos hospitais e maternidades, Disque Saúde do Ministério da Saúde (136) e Disque Denúncia de Violência

contra a Mulher (180). Entretanto, Diniz et al (2015) alertam que estas duas últimas alternativas ainda carecem de capacitação para recebimento dos casos de violação dos direitos das mulheres na assistência ao pré-natal, parto, pós-parto e abortamento. A falta de lei federal que reconheça e defina a violência obstétrica dificulta o processamento dos dados em nível nacional.

Sobre as ouvidorias hospitalares, Pereira (2002) explica que, ao darem voz aos usuários, elas se constituem em mecanismos políticos. Imbricadas no contexto da política de saúde, elas podem ser orientadas a partir de duas perspectivas: aderidas ao modelo liberal, seguindo a lógica de mercado, ou à concepção reformadora proposta pelo SUS, de caráter democrático. Quando aliadas ao primeiro projeto, estão mais relacionadas a uma forma de gerenciamento, “com vistas a otimizar a relação custo/benefício da instituição [...]. O envolvimento é de clientes e trabalhadores, e o disciplinamento das relações institucionais é realizado para gerenciar o conflito entre instituição-cliente e instituição-profissionais de saúde” (IBIDEM, p. 102).

Quando, ao contrário, a orientação das ouvidorias está mais relacionada ao projeto do SUS, seu objetivo é o de realmente assegurar aos usuários o direito de serem ouvidos, propondo medidas de democratização e desburocratização entre as instituições de saúde e os usuários (PEREIRA, 2002). Verifica-se que o direcionamento político das ouvidorias é crucial no destino e tratamento das denúncias de violência obstétrica recebidas. Num contexto de avanço do neoliberalismo e desmonte de políticas sociais, mesmo as ouvidorias dos hospitais e maternidades públicos do país estão sujeitas à lógica do projeto liberal.

Neste sentido, Silva e Aguiar (2020, p. 57-58) alertam para a omissão do Estado na repressão à violência obstétrica e na aplicação de penalidades em razão do descumprimento das normativas que regulamentam a assistência obstétrica, o que contribui para “a perpetuação desse estado de coisas, na medida em que permite que a prática da violência obstétrica ocorra sem prejuízos, inclusive financeiros, aos médicos”. Ainda que algumas denúncias tenham chegado às esferas administrativa e judicial, nota-se a demora no andamento dos processos e a falta de desfechos satisfatórios para as denunciadas. É o que podemos perceber na fala de Prímula:

A maioria dos processos ainda está em andamento. A minha denúncia, que foi a primeira, ainda está em andamento, não tenho uma perspectiva de quando será encerrada. Minha filha já vai fazer 9 anos, tem 8 anos que eu denunciei e ainda não tem uma previsão de quando isso vai acontecer [...]. A percepção que eu tenho é que mesmo que seja um processo demorado, as mulheres já se sentem bem por serem ouvidas, por serem acolhidas, porque um sentimento que é frequente nos relatos é de

que a mulher se sentiu invisível, se sentiu humilhada, se sentiu sem voz [...]. Então só o fato dessa mulher saber que ela não está sozinha nessa luta, que ela não tem que brigar sozinha contra todos, já faz uma diferença muito grande na vida dessas famílias (Prímula, Entrevista, 2021).

Naves (2014, p. 456) considera que “a violência destitui o sujeito, ou seja, retira dele seu lugar de alguém que pensa, sente e deseja”. A autora explica que a pessoa violentada tende a assumir uma posição de passividade, e que as dificuldades encontradas por muitas mulheres para denunciar seus agressores estão ligadas à subordinação e obediência que se espera delas. Por este motivo, o acolhimento adequado às mulheres que decidem denunciar casos de violência obstétrica assume relevância para evitar sua revitimização, ou seja, evitar que elas sofram novas violências durante a busca por justiça, por meio de questionamentos, pré-julgamentos que as façam revisitar os traumas, duvidarem de si mesmas, sentirem-se envergonhadas e até mesmo desistirem de realizar as denúncias.

Independentemente do tipo de violência obstétrica praticado contra a mulher, o aspecto da violência psicológica está sempre presente, pois a violência implica em danos emocionais. Cunha e Sousa (2017, p. 4) assinalam que por se tratar de aspectos subjetivos das vítimas, como sentimentos e emoções, tratar este tipo de violência é um grande desafio. Pelo fato de não deixar marcas palpáveis, a violência psicológica deixa de ser percebida até mesmo pelas vítimas, que a naturalizam, “embora pouco a pouco vá destruindo o seu bem-estar e a sua autoestima, criando um estado de confusão e incapacidade de reação”.

Nossa pesquisa constata que a mulher vítima de violência obstétrica percorre um longo caminho até realizar a denúncia. A primeira dificuldade é se reconhecer como uma pessoa que teve os direitos violados no momento do parto, em que a dor e o sofrimento foram naturalizados. Em seguida, comumente aparecem a vergonha e o medo de procurar ajuda e ser criticada, questionada por suas escolhas e responsabilizada pelos acontecimentos durante a assistência obstétrica. Outro desafio é ter seu relato validado, uma vez que ainda há resistências para o reconhecimento das violências durante a atenção ao parto e nascimento como uma das formas de violência de gênero contra a mulher, como explica Orquídea. Vejamos:

Embora, no Brasil, em 2019, o Ministério da Saúde tenha reconhecido o direito do uso do termo violência obstétrica, eu não posso te afirmar que a violência obstétrica é reconhecida por representantes do governo e por profissionais de saúde, tanto no contexto local como nacional, pois ainda há muitas resistências para aceitação do termo e da própria violência obstétrica por parte dos profissionais, gestores da saúde e políticos (Orquídea, entrevista, 2022).

Silva e Aguiar (2020, p. 63), ao analisarem denúncias de violência obstétrica recebidos pelo Ministério Público Federal do Amazonas, verificaram que há dificuldade em instaurar procedimentos apuratórios ou aplicar penalidades a profissionais de saúde violadores dos direitos das mulheres “mesmo quando devidamente representadas agressões físicas, verbais, procedimentos sem consentimento e imposições desconformes à medicina baseada em evidências”. Os autores identificaram, ademais, que os conselhos profissionais não apresentam respostas efetivas às denúncias que lhes são encaminhadas. Em seu estudo, os autores examinaram 20 representações analisadas pelo Conselho Regional de Medicina do Amazonas e acompanhadas pelo MPF, constatando que em todas elas “considerou-se inexistente qualquer tipo de violação ao Código de Ética Médica e promoveu-se o arquivamento” (IBIDEM, p. 63).

Ruth Rodrigues, advogada especialista em violência obstétrica alerta que é bastante difícil que haja responsabilização aos profissionais via processos administrativos, que são instaurados no âmbito dos conselhos profissionais, pois “a tendência é que essas denúncias sejam arquivadas ou, se houver processo ético-profissional, que os profissionais sejam absolvidos” (HOSHINO, 2002, s.p.). A advogada recomenda que sempre sejam realizadas também as denúncias judiciais, pois neste âmbito existem outros caminhos que levam à constatação das violações de direitos, e porque “as denúncias nos órgãos públicos também criam dados e estatísticas que subsidiam novas políticas públicas e novos protocolos a serem aplicados” (IBIDEM, s.p.).

Verifica-se que ainda muito a ser enfrentado no combate à violência obstétrica, notadamente no que se refere à responsabilização dos agressores nos âmbitos administrativo e judicial. Não obstante, o Estado do Amazonas é referência no enfrentamento à violência obstétrica. Apesar deste ser um tema considerado recente, há oito anos mulheres lutam de maneira organizada e incansável para a erradicação deste tipo de violência, por meio da Organização Não Governamental atualmente chamada Humaniza Coletivo Feminista. O Estado foi o primeiro a ter um Comitê de Enfrentamento à Violência Obstétrica envolvendo instituições da área da saúde, do Direito, da formação profissional e da sociedade civil, numa busca coletiva por melhorias na assistência ao parto e nascimento, cujos resultados incluem a promulgação de três legislações estaduais voltadas para a humanização do parto e garantia dos direitos das mulheres.

O avanço do debate sobre a violência obstétrica no Amazonas e em outros Estados da Federação, especialmente com a promulgação de legislações estaduais que reconhecem esta problemática e estabelecem estratégias para seu enfrentamento, é um relevante progresso em

direção ao reconhecimento da violência obstétrica a nível nacional. A expectativa é de que se caminhe para a garantia de assistência humanizada e livre de violências desde o pré-natal até o pós-parto, envolvendo todos os profissionais que direta ou indiretamente prestem atendimento às gestantes e puérperas, bem como aos seus acompanhantes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra a mulher, fundamentada nas desigualdades sociais de gênero existentes em uma patriarcal, apresenta-se como uma grave questão de saúde pública no Brasil. As consequências desta opressão estrutural são vivenciadas pelas mulheres em sua vida privada, no âmbito doméstico e das relações afetivas e intrafamiliares, e também na vida pública, na universidade, no trabalho, nos estabelecimentos de saúde, dentre outros espaços. No contexto do acesso à saúde, esta pesquisa constata a existência e recorrência da violência obstétrica como uma das formas de violação dos direitos das mulheres.

A investigação revelou a existência e recorrência da violência obstétrica nas maternidades públicas e privadas de Manaus. Esta violência pode ser praticada por qualquer profissional que realize atendimento à mulher no âmbito da assistência ao pré-natal, parto, pós-parto ou abortamento. Os atos caracterizados como violência obstétrica apresentam-se nas formas de violência simbólica, física, moral, psicológica e sexual. A análise de narrativas de violência obstétrica revelou que, muitas vezes, mais de uma destas formas de violência são praticadas no mesmo atendimento. Verificou-se, também, que um fator comum em quase todas as denúncias de violência obstétrica é o tratamento humilhante à pessoa parturiente, principalmente quando ela não consegue atender às expectativas da equipe de saúde no momento do parto.

Nossa pesquisa constatou que os atendimentos ao parto e nascimento nas maternidades de Manaus são marcados por certa pressa em realizar os procedimentos, fazendo com que o respeito ao processo fisiológico de evolução do parto não seja uma prioridade para os profissionais responsáveis. Para acelerar o processo e encurtar o tempo de atendimento aos partos, os profissionais utilizam intervenções não fundamentadas em evidências científicas, praticadas de forma arbitrária, como hormônios para induzir o parto, manobras para empurrar o bebê para fora, ou cortes para alargar o canal vaginal e facilitar a expulsão do bebê.

Durante estes procedimentos, os desejos das mulheres são ignorados e seu sofrimento, banalizado. É possível observar um tom de julgamento à parturiente por ter exercido sua sexualidade no processo da concepção, principalmente pela possibilidade de ter sentido prazer com isso. No momento do parto, a dor e o sofrimento são encarados como uma punição pela volúpia sexual. Esta constatação confirma a hipótese de que a violência obstétrica está associada ao simbolismo do mito judaico-cristão de fundação da humanidade, segundo o qual, Eva foi a responsável por espalhar o pecado na Terra e pela perdição dos homens. Como consequência, ela e suas herdeiras foram condenadas a dar à luz em meio a dores.

Constata-se que a sexualidade é um fator de negatividade que macula a vida das mulheres e, embora elas sejam consideradas reprodutoras, o sexo deve ser realizado sob normas morais, com interdições e tabus. Ou seja, pela lógica patriarcal, a mulher pode ter relações sexuais, gestar e parir, mas não pode sentir prazer no processo. É possível verificar que, mesmo após séculos de lutas e reivindicações, as mulheres ainda lutam para conquistar o controle sobre seus corpos e o direito de exercer seus direitos sexuais e reprodutivos, sem sofrer discriminações e violências.

Esta pesquisa revelou também que a violência obstétrica ainda não é amplamente aceita e reconhecida pelos poderes públicos e por algumas categorias profissionais, especialmente os médicos. Em meio às ofensivas neoliberais e ultraconservadoras aos direitos humanos e as políticas sociais no Brasil, identifica-se uma tendência de retração nos direitos sexuais e reprodutivos já conquistados pelas mulheres, e de resistência à garantia de novos direitos, como o reconhecimento da violência obstétrica via legislação federal. Outro desafio constatado é a precarização do Sistema Único de Saúde como um elemento potencializador da violência obstétrica, apresentando-se de diversas formas: seja na dificuldade de acesso ao pré-natal; seja na falta de recursos humanos e materiais para atendimento de pessoas gestantes e parturientes; seja nas desigualdades em relação à oferta de leitos obstétricos; dentre outros obstáculos.

Em relação à categoria médica, identificada como a principal categoria profissional presente nas denúncias de violência obstétrica, verifica-se que ela é quem está no topo da hierarquia nos serviços de saúde, cristalizada numa posição detentora do poder-saber e, por isso, intocável. O status atribuído à categoria médica confere a ela certo direito de dominação sobre as demais profissões e sobre os usuários dos serviços de saúde. O questionamento de práticas realizadas cotidianamente nas maternidades, ainda que desrespeitosas e fundamentadas em diretrizes desatualizadas, envolve o conflito com a categoria médica, o que nem todos estão dispostos a fazer ou dispõem dos recursos necessários para tal.

Cumpra ressaltar que apesar de aparecerem com mais frequência nas narrativas, os profissionais da medicina não são os únicos que podem praticar violência obstétrica. A segunda categoria profissional mais citada nas denúncias é a enfermagem, mas qualquer profissional que viole a dignidade da pessoa gestante no âmbito institucional pode cometer violência obstétrica: seja por meio de agressões físicas, psicológicas, morais ou sexuais; seja pela violação de direitos sexuais e reprodutivos; seja pela mera recusa em ofertar atendimento, dentre outras possibilidades.

A pesquisa constatou também a importância dos movimentos sociais de mulheres na luta pela garantia de direitos e enfrentamento a todas as formas de violência contra a mulher. No que se refere à violência obstétrica, o Humaniza Coletivo Feminismo se destaca por seu pioneirismo em trazer visibilidade para o tema no âmbito do Estado do Amazonas, tendo sido reconhecido nacionalmente por seu trabalho. A associação desenvolve diversas atividades relacionadas à divulgação de informações atualizadas e fundamentadas em evidências, o acolhimento de denúncias e orientações às vítimas, o oferecimento de cursos de capacitação para profissionais de saúde e do sistema judiciário, a busca por aliados dentre os representantes políticos para a proposição de leis e políticas públicas, além de outras estratégias.

Deve-se reconhecer que o debate sobre a violência obstétrica alcançou diferentes espaços no Estado do Amazonas, como o Inquérito Civil Público instaurado pelo Ministério Público Federal, a realização de audiências públicas em parceria com a Defensoria Pública do Estado, a promulgação de leis sobre a assistência humanizada ao parto e o enfrentamento à violência obstétrica e a criação de um Comitê Estadual para atuação conjunta neste enfrentamento, com a participação de diversas instituições. Verifica-se que, apesar dos diversos desafios encontrados no enfrentamento a este tipo de violação de direitos humanos, também foram identificados muitos avanços.

Acreditamos que os resultados desta pesquisa podem auxiliar os atores que estão lutando pela erradicação da violência obstétrica, especialmente ao contribuir para a visibilidade do tema e ao oferecer referências para a construção de estratégias coletivas. Esperamos também que este estudo inspire novas pesquisas sobre esta temática, pois a realidade é dinâmica e a construção do conhecimento é um processo permanente. Ansiamos que novas descobertas sejam feitas e que as conclusões aqui elaboradas sejam revisitadas, na contínua busca pela acuracidade das informações.

Como pesquisadora, admito que o processo não é um fácil e que são muitos os desafios a serem enfrentados, especialmente quando buscamos questionar estruturas de poder e posições sociais tão enraizadas em nossa sociedade. Por outro lado, a possibilidade de ir a campo identificar as formas de resistência encontradas pelas mulheres e sentir que, de algum modo, estamos contribuindo com sua luta, é revigorante e nos encheu de inspiração durante o processo. Considero que esta jornada, apesar de árdua, foi de grande importância para meu desenvolvimento acadêmico e pessoal.

## REFERÊNCIAS

- ÁGAPE, David. Cloroquina em Manaus: parentes de 2 pacientes que morreram denunciam superdosagem. **Gazeta do Povo**, 04 Jul. 2021. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/cloroquina-em-manaus-parentes-de-2-pacientes-que-morreram-denunciam-superdosagem/>>. Acesso em: 11 de Ago. 2022.
- AGOSTINI, Marcia. Agravos à saúde decorrentes da violência. In: FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth; MENEGHEL, Stela (Orgs). **Dicionário Feminino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.
- AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.
- ALMEIDA, Silvio Luiz de; SANTOS, Júlio Cesar Silva. Crise, racismo e neoliberalismo. In: SOUZA, Edvânia Â. de Souza; SILVA, Maria Liduína de Oliveira e (Orgs.). **Trabalho, Questão Social e Serviço Social: a Autofagia do Capital**. São Paulo: Cortez, 2019.
- ALVES, Camila Aloisio; GUILHERME, Alexandre Anselmo; SANTOS, Lara Vedovatto Batista dos. Expressões da Violência Associada ao Corpo Gordo: uma revisão bibliográfica qualitativa. **Rev. Polis e Psique**, v. 11, n. 3, p. 160-183, 2021.
- AMAZONAS. **Lei nº 4.072, de 4 de agosto de 2014**. Dispõe que maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada do Estado do Amazonas devem permitir a presença de "doulas" durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitado pela parturiente. Disponível em: <[https://sapl.al.am.leg.br/sapl\\_documentos/norma\\_juridica/8526\\_texto\\_integral](https://sapl.al.am.leg.br/sapl_documentos/norma_juridica/8526_texto_integral)>. Acesso em: 2 Jul. 2021.
- ANDRADE, Elisiane Souza de. **O trabalho terceirizado de mulheres numa escola municipal de Manaus: estigma e marcas de violência simbólica**. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) – Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2021.
- ANDRADE, Bianca Gansauskas de et al. Apoio social e resiliência: um olhar sobre a maternidade na adolescência. **Acta Paul Enferm.**, v. 35, 2022.
- ANUNCIACÃO, Patrícia Sampaio da et al. “Revés de um parto”: relatos de mulheres que perderam o filho no período neonatal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 12, 2018.
- ARRUZZA, Cinzia; BHATTACHARYA, Tithi; FRASER, Nancy. **Feminismo para os 99%: um manifesto**. Tradução de Heci Regina Candiani. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2019.
- ASSIS, Jussara Francisca de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serviço Social & Sociedade**, n. 133. São Paulo: Cortez, set./dez., 2018, p. 547-565.
- ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para a política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2. 2003.
- BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

BARRERA, Daniela Calvó; MORETTI-PIRES, RODRIGO OTÁVIO. Da violência obstétrica ao empoderamento de pessoas gestantes no trabalho das doulas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 29, n. 1, 2021.

BARROSO, Milena Fernandes. Notas para o debate das relações de exploração-opressão na sociedade patriarcal-racista-capitalista. **Revista Serviço Social e Sociedade**. n. 133. p. 446-462. Cortez: São Paulo, 2018.

BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo Sexo: Fatos e Mitos**. v. 1. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016a.

BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo Sexo: A Experiência Vivida**. v. 2. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016b.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca básica de serviço social; v. 2)

BEZERRA, Diana de Oliveira. **Assistência ao parto de mulheres indígenas de Pernambuco, 2008 a 2015**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)>. Acesso em 28 Jul. 2021.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm)>. Acesso em 28 Jul. 2021.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.427, de 30 de março de 2017**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2017/Lei/L13427.htm#art2](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13427.htm#art2)>. Acesso em 29 Jul. 2021.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm)>. Acesso em 29 Jul. 2021.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm)>. Acesso em: 05 Jul. 2022.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema

Único de Saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm)>. Acesso em: 19 Jul. 2022.

\_\_\_\_\_. **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: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em 20 Set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher:** bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

\_\_\_\_\_. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.067, de 04 de julho de 2005.** Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/155-neonatologia?download=820:portaria-n-1067-2005-institui-a-politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal>>. Acesso em: 05 Jul. 2022.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011\\_comp.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html)>. Acesso em: 07 Jul. 2022.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 23 Jul. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 6, de 20 de março de 2020.** Reconhece a ocorrência do estado de calamidade pública. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/DLG6-2020.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm)>. Acesso em: 14 Jan. 2021.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização (PNH).** 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS.** Brasília: CONASS, 2007 (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Nota Técnica nº 4/2022**. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação. Disponível em:

<<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/01/Proporcao-de-gestantes-com-pelo-menos-6-seis-consultas-pre-natal.pdf>>. Acesso em: 14 Set. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Despacho, de 03 de maio de 2019**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-10.pdf>. Acesso em 20 abr. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza; MARQUES, Morena Gomes. Saúde e luta sindical: entre a reforma sanitária e o projeto de saúde privatista. In: BRAVO; Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et. al. (Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

CALDEIRA, Alany Pinto et al. Adolescentes grávidas usuárias do sistema de saúde pública. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. 3 ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

CALIL, Gilberto Grassi. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 30-47, jan./abr. 2021.

CAMPOS, Ana Maria de Mello. **O parto na fronteira Amazônica Brasil e Peru**: etnografia sobre a assistência obstétrica no município de Benjamin Constant/Amazonas. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2018.

CARLOS, Euzeneia; DOWBOR, Monika; ALBUQUERQUE, Maria do Carmo. Efeitos de movimentos sociais no ciclo de políticas públicas. **Caderno CRH**, Salvador, v. 34, p. 1-23, 2021.

**Carta de Itapecerica**. [Itapecerica da Serra/SP]; 1984.

CARVALHO, Denise; MEIRINHO, Daniel. O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. v. 14, n. 3. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2020.

CELUPPI, Ianka Cristina. et al. **30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 302-313, abr./jun. 2019.

CERQUEIRA, Daniel et al. **Atlas da Violência 2020**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020.

CIELLO, Cariny. et al. **Violência Obstétrica: “Parirás com Dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <<https://www.partodoprincipio.com.br/viol-ncia-obst-trica>>. Acesso em 30 Jan. 2019.

CISNE, Mirla; SANTOS, Silvana Mara Morais dos. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018. (Biblioteca básica de Serviço Social, v. 8).

CISNE, Mirla. **Feminismo e Consciência de Classe no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2018.

\_\_\_\_\_. Marxismo: uma teoria indispensável à luta feminista. **Colóquio Marx e Engels**, 4. Campinas, 2005. Disponível em: <[https://www.unicamp.br/%2Fcemarx%2FANAIS%2520IV%2520COLOQUIO%2Fcomunica%25E7%25F5es%2FGT4%2Fgt4m3c6.PDF&usg=AOvVaw2n\\_dfh4ME64wSiJfF63xCw](https://www.unicamp.br/%2Fcemarx%2FANAIS%2520IV%2520COLOQUIO%2Fcomunica%25E7%25F5es%2FGT4%2Fgt4m3c6.PDF&usg=AOvVaw2n_dfh4ME64wSiJfF63xCw)>. Acesso em 3 Ago. 2021.

COLLIN, Françoise; LABORIE, Françoise. Maternidade. In: HIRATA, Helena et al. (Orgs). **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

COMETTI, Any. Indígena com Covid-19 sofre aborto espontâneo e recebe feto em garrafa de soro no ES. **G1 Espírito Santo**, 20 Jul. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/es/espírito-santo/noticia/2020/07/07/indigena-com-covid-19-sofre-aborto-espontaneo-e-recebe-feto-em-recipiente-plastico-no-es.ghtml>> Acesso em: 27 Jul. 2020.

CORRÊA, Ana Paula Dias; TORRES, Iraildes Caldas. Violência Obstétrica e Pandemia de Covid-19: reflexões sobre a qualidade da atenção ao parto e nascimento no Amazonas e no Brasil. In: **SENPINF - Seminário Nacional de Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família: inflexões da pandemia covid 19 na vida, nas políticas públicas e no trabalho, 2020, Porto Alegre**. Anais do V SERPINF e III SENPINF: Inflexões da Pandemia-COVID 19 na vida, nas políticas públicas e no trabalho. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2020.

COSTA, Carmen Lúcia. Feminismos, pandemia e trabalho: reflexões sobre o cotidiano de mulheres no Brasil em tempos de Covid-19. **Revista da ANPEGE**, v. 17, n. 302, p. 309-324, 2021.

COSTA, Ana Maria; BAHIA, Ligia; CONTE, Danielle. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 13-24, jan./dez. 2007.

CRUZ et al., Rita de Cássia Moura da. Uma análise interprofissional do impacto do isolamento social na saúde da mulher durante a pandemia da COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, 2020.

CUNHA, Tânia Rocha Andrade; SOUSA, Rita de Cássia Barbosa. **Violência Psicológica contra a Mulher: dor invisível**. V Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades, 2017.

CURI, Paula Land; RIBEIRO, Mariana Thomaz de Aquino; MARRA, Camilla Bonelli. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. v. 72, p. 156-169. Rio de Janeiro, 2020.

DATASUS. **Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC)**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>>. Acesso em 05 Ago. 2021.

DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

DELPHY, Christine. Patriarcado (teorias do). In: HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise; DOARÉ, Hélène Le; SENOTIER, Danièle (Orgs). **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

DIAS, Sabrina Lobato; PACHECO, Adriana Oliveira. Marcas do parto: as consequências psicológicas da violência obstétrica. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**. Macapá, ano 2020, v. 3, n. 1, p. 04-13.

DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, p. 80-91, v.1, 2006.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Violência nos Serviços de Saúde. In: FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth; MENEGHEL, Stela (Orgs). **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, Saúde Materna e o Paradoxo Perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

\_\_\_\_\_. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Cienc. Saúde Colet., v.10, n.3, p.627-37, 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional “Nascer no Brasil”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 140-153, 2014.

DINIZ, Simone Grilo. et al. Violência Obstétrica como questão para saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, 2015, v. 25, n. 3, p. 377-386.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p.

101-116, Rio de Janeiro, 2014.

DOS ANJOS, José Carlos. Etnia, raça e saúde: sob uma perspectiva nominalista. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio (Orgs). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

FACIOLI, Lara Rodrigues; GOMES, Simone da Silva. O ativismo feminista *online* no Brasil: aportes para uma agenda em construção. **Civitas**, v. 22, Jan./Dez. 2022, p. 1-11.

FBSP. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Comitê de Enfrentamento à Violência Obstétrica no Amazonas – Manaus (AM)**. 2019. Disponível em: <<https://casoteca.forumseguranca.org.br/selo-fbsp-2019/comite-de-enfrentamento-a-violencia-obstetrica-no-amazonas/>>. Acesso em: 13 Jul. 2022.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. Tradução: coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2017.

FERREIRA, Luciane Ouriques. **Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no Alto Juruá: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública**. Tese de Doutorado em Antropologia – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

FERREIRA, Maria Mary; INOCENTES, Pollyana Gonçalves dos. A saúde como direito humano: os impactos da política de austeridade da Emenda Constitucional 95/2016 na vida das mulheres brasileiras. In: LANDO, George André; NASCIMENTO, Elane Ferreira do; MONTE, Liana Maria Ibiapina do. (Orgs). **Saúde, Gênero e Direitos Humanos: não mexe comigo que eu não ando só**. Recife: EDUPE, 2021.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 8 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir**. Tradução de Raquel Ramallete. 38. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

GARNELO, Luiza; SOUZA, Amandia Braga Lima; SILVA, Clayton de Oliveira da. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p.1225-1234, 2017.

GIACOMINI, Sonia Maria; Hirsch, Olívia Nogueira. Parto “natural” e/ou “humanizado”? Uma reflexão a partir da classe. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 1, 2020.

GRADVOHL, Silvia Mayumi Obana; OSIS, Maria José Duarte; MAKUCH, Maria Yolanda. Maternidade e formas de maternagem desde à Idade Média à Atualidade. **Pensando Famílias**. v. 18, Jun/2014, p. 55-62).

GOHN, Maria da Glória. Movimentos sociais na atualidade: manifestações e categorias analíticas. In: GOH, Maria da Glória (org.). **Movimentos Sociais no Início do Século XXI: antigos e novos atores sociais**. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes et al. Maternidades e Covid-19: atenção à gestantes e recém-nascidos no contexto da pandemia. In: PORTELA, M. C. et al (Orgs.).

**Covid-19:** desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 227-240.

HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, Revista de Sociologia da USP, v. 26, n. 1, São Paulo, Jun./2014.

HOSHINO, Camila. Violência obstétrica: entenda o que é e como denunciar. **Lunetas**, 12 Mai. 2022. Disponível em: <<https://lunetas.com.br/violencia-obstetrica-2/>>. Acesso em: 23 Ago. 2022.

HUMANIZA COLETIVO FEMINISTA – Violência Obstétrica Manaus. Página do Facebook. 2018. Disponível em: <https://www.facebook.com/HumanizaColetivoFeminista/>. Acesso em: 10 Jul. 2022.

HUMANIZA COLETIVO FEMINISTA. **Post do Instagram**. Manaus. 7 jan. 2019. Instagram: @humanizacoletivo. Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/BsVZEK0HaJw/?igshid=YmMyMTA2M2Y=>>>. Acesso em: 13 jul. 2022.

\_\_\_\_\_. **Post do Instagram**. Manaus. 25 mai. 2022. Instagram: @humanizacoletivo. Disponível em: <[https://www.instagram.com/p/Cd\\_k5PPJmD2/?igshid=YmMyMTA2M2Y=>](https://www.instagram.com/p/Cd_k5PPJmD2/?igshid=YmMyMTA2M2Y=>)>. Acesso em: 13 jul. 2022.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3175#resultado>>. Acesso em 06 Ago. 2021.

JUNG, Carl Gustav. **Psicologia do Inconsciente**. Tradução de Maria Luiza Appy. Petrópolis, RJ: Vozes, 1980.

KERGOAT, Danièle. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. Tradução de Antonia Malta Campos. **Revista Novos Estudos**. nº 86. 2010.

KRUG, Etienne G. et. al., (Eds). **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/>>. Acesso em 10 Ago. 2021.

LAMY, Zeni Carvalho et al. Atenção ao Parto e Nascimento em maternidades do Norte e Nordeste brasileiros: percepção de avaliadores da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 951-960, 2021.

LANGDON, Esther J. **Saúde e Povos Indígenas: os desafios na virada do século**. Trabalho apresentado no V Congresso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Isla Margarita, Venezuela, 1999.

LARA, Bruna de. Ministério da Saúde incentiva violência obstétrica em lançamento da nova Caderneta da Gestante. **The Intercept Brasil**, 09 Mai. 2022. Disponível em: <<https://theintercept.com/2022/05/09/ministerio-da-saude-rafael-camara-violencia-episiotomia/>>. Acesso em: 21 Jul. 2022.

LEAL, Maria do Carmo et. al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 33. Rio de Janeiro, 2017.

LIMA, Laís Montenegro et al. Cuidado humanizado às mulheres em situação de abortamento: uma análise reflexiva. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 11, n. 12, p. 5074-5078, 2017.

LUIZETI, Bárbara Okabaiasse et al. Demografia médica em municípios em extrema pobreza no Brasil. **Revista Bioética**, v. 30, n. 1, Brasília, Jan./Mar. 2022.

LUNA, Maria Rute de Souza; OLIVEIRA, Simone Eneida Baçal de. O Sistema Único de Saúde na realidade de Manaus: um paradigma para análise. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 16(1): 91-106, jan.-jun. p 104. 2010.

LUZ, Lia. Sexualidade e Parto: em busca do elo perdido. **Cronos: Revista da Pós-Graduação em Ciências Sociais**, UFRN, Natal, v. 18, n. 2, jul./dez. 2017.

MADEIRA, Zelma; GOMES, Daiane Daine de Oliveira. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. **Revista Serviço Social & Sociedade**. n. 133. p. 463-479. São Paulo: Cortez, 2018.

MACHADO, Jorge Alberto S. Ativismo em rede e conexões identitárias: novas perspectivas para os movimentos sociais. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 9, nº 18, jul./dez. 2007, p. 248-285.

MANAUS. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação – SEDECTI. **População Estimada por Bairro de Manaus**. Disponível em: <[http://www.selecti.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/mapa\\_da\\_populacao\\_por\\_bairro\\_de\\_manaus.pdf](http://www.selecti.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/mapa_da_populacao_por_bairro_de_manaus.pdf)>. Acesso em: 14 Set. 2022.

MARQUES, José Jance. **Mapa da Violência contra a Mulher 2018**. Disponível em: <[https://pt.org.br/wp-content/uploads/2019/02/mapa-da-violencia\\_pagina-cmulher-compactado.pdf](https://pt.org.br/wp-content/uploads/2019/02/mapa-da-violencia_pagina-cmulher-compactado.pdf)>. Acesso em: 06 Fev. 2021.

MARQUES, Consuelo Penha Castro (Org). **Redes de Atenção à Saúde: a Rede Cegonha**. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2015.

MARQUES, Juliana Maria Duarte et al. Violência Obstétrica no Amazonas: uma revisão integrativa. In: SOARES, Laura Cristina Eiras Coelho et al. **Psicologia social jurídica: articulações de práticas de ensino, pesquisa e extensão no Brasil**. 1 ed. Florianópolis, SC: ABRAPSO Editora, 2022.

MARTINS, Ana Claudia Sierra; SILVA, Lélia Souza. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.71, 2018, p. 725-731.

MARTINS, Reny Bastos et al. Análise das denúncias de violência obstétrica registradas no Ministério Público Federal do Amazonas, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, Jan-Mar., 2022.

MATOS, Greice Carvalho de et. al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE On-line**. v. 7, n. 3, Recife, Mar/2013, p. 870-878.

McCALLUM, Cecilia; REIS, Ana Paula dos. Re-significando a dor e suportando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1483-1491, Jul., 2006.

MENEZES, Juliana Bravo de. O Conselho Nacional de Saúde na atualidade: reflexão sobre os limites e desafios. In: BRAVO, Maria Inês Souza de; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2013, p. 277-298.

MINAS GERAIS. **Lei nº 23.175, de 21 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=23175&comp=&ano=2018>>. Acesso em: 07 Jul. 2022.

MONTEIRO, Simone. Desigualdades em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio (Orgs). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

MONTENEGRO, Rosiran Carvalho de Freitas. **Mulheres e Cuidado: responsabilização, sobrecarga e adoecimento**. Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Vitória, Espírito Santo, 2018.

MPF. **Estado do AM é condenado a atender normas para humanização do parto e prevenção da violência obstétrica**. Out./2021. Disponível em: <<https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/mpf-estado-do-am-e-condenado-a-atender-normas-para-humanizacao-do-parto-e-prevencao-da-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 27 Abr. 2022.

NAVES, Emilse Terezinha. A mulher e a violência: uma devastação subjetiva. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 454-462, dezembro, 2014.

NEVES, André Luiz Machado das; FERREIRA, Breno de Oliveira. Narrativas entre ciência e política no ativismo da cloroquina. **Psicologia & Sociedade**, v. 32, 2020.

OEA. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher**. Belém do Pará, 1994.

OIT. **Quem são as (os) trabalhadoras (es) domésticas (os)?**. Disponível em: <[https://www.ilo.org/brasil/temas/trabalho-domestico/WCMS\\_565968/lang--pt/index.htm](https://www.ilo.org/brasil/temas/trabalho-domestico/WCMS_565968/lang--pt/index.htm)> Acesso em 27 Jul. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao Parto Normal**: um guia prático. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 1996.

PAES, Luciana Braz de Oliveira et al. Mulheres e Covid-19: reflexões para uma atenção obstétrica baseada nos direitos sexuais e reprodutivos. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 74, n. 1, 2021.

PEREIRA, Ilma de Paiva et al. O Ministério Público e o Controle Social no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1767-1776, 2019.

PEREIRA, Luiza Helena. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, n. 7, jan/jun. 2002, p. 82-121.

PINA, Rute; RIBEIRO, Raphaela. Nas maternidades, a dor também tem cor. **Pública**. São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://apublica.org/2020/03/nas-maternidades-a-dor-tambem-tem-cor/>>. Acesso em: 26 Jun. 2022.

PONTES, Kelem Rodrigues de Melo. **Violência doméstica geracional em Parintins**: um olhar para os casos registrados na Delegacia especializada. (Dissertação), Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2017.

PR/AM, et al. **Termo de Cooperação Técnica**. Dispõe sobre a cooperação mútua entre os órgãos participantes no sentido de articular e implementar ações conjuntas para a conscientização e resguardo dos direitos das mulheres durante o parto e nos períodos que o antecedem e sucedem. Manaus, 2016.

RAMINELLI, Ronald. Eva Tupinambá. In: DEL PRIORE, Mary (Org). **História das Mulheres no Brasil**. 10 ed. São Paulo: Contexto, 2018.

RAMOS, Raphaela. Racismo obstétrico: violência na gestação, parto e puerpério atinge mulheres negras de forma particular. **Portal Geledés**. 2020. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/racismo-obstetrico-violencia-na-gestacao-parto-e-puerperio-atinge-mulheres-negras-de-forma-particular/>>. Acesso em: 26/06/2022.

ROCHA, Géssica Larissa Barbosa da, et al. Atuação de doulas no serviço público de saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, 2020, v. 16, e66, p. 1-20.

RODRIGUES, Diego Pereira et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Escola Anna Nery**, 2015, v. 19, n. 4, p. 614-620.

ROHDE, Ana Maria Basso. **A Outra Dor do Parto**: Gênero, Relações de Poder e Violência Obstétrica na Assistência Hospitalar ao Parto. Dissertação de Mestrado em Estudos Sobre as Mulheres, As Mulheres na Sociedade e na Cultura – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade de Nova Lisboa, 2016.

RORAIMA. **Lei nº 1.378, de 4 de fevereiro de 2020**. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.tjrr.jus.br> > 2020 > lei\_1378\_2020>. Acesso em: 08 Jul. 2022.

ROSA, Beatriz Grupp da. Perda Gestacional: aspectos emocionais da mulher e o suporte da

família na elaboração do luto. **Pluralidades em Saúde Mental**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 86-99, 2020.

SAFFIOTI, Heleith Lara Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

SALES, Celecina de Maria Veras; ROCHA, Lourdes de Maria Leitão Nunes; FERREIRA, Maria Mary. Mulheres em movimento: participação política, feminismo e resistência nos espaços públicos. **Revista De Políticas Públicas**, 24, 492–513, 2020.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Edições Almedina, 2020.

SANTOS, Josiane Soares. **Questão Social: particularidades no Brasil**. Biblioteca Básica de Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, Deivid Ramos dos et. al. Mortalidade materna na população indígena e não indígena no Pará: contribuição para a vigilância de óbitos. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4. Rio de Janeiro: UFRJ, 2017.

SANTOS, Raíssa Paula Sena dos. **Violência obstétrica no Brasil: uma análise de determinações patriarcais, racistas e capitalistas**. 2016. [Dissertação de Mestrado] Mestrado em Serviço Social e Direitos Sociais, do Departamento de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró – RN, 2016.

SANTOS, Regina Bega dos. **Movimentos Sociais Urbanos**. São Paulo: Editora UNESP, 2008.

SANTOS, Marta Maria Antonieta de Souza; SAUNDERS, Claudia; BAIÃO, Mirian Ribeiro. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 775-786, p. 2012.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa dos; SOUZA, Kleyde Ventura de. Rede Cegonha e Desafios Metodológicos de implementação de redes no SUS. v. 26, n. 3, p. 775-780, 2021.

SCHEFFER, Mário et al. **Demografia Média no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020.

SCHERER, Elenise. **Questão Social na Amazônia**. In: SCHERER, Elenise (Org.) **Questão Social na Amazônia**. Manaus: Edua, 2009.

SCHRAIBER, Lilia B. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p. 104-113, setembro/novembro 2001.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Traduzido por Christiane Rudino Dabat e Maria Betânia Ávila. Recife, 1991 (mimeo).

SEM ATENDIMENTO, mulher dá à luz em pátio de hospital no México. **G1**, São Paulo, 09 Out. 2013. Disponível em:

<<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2013/10/sem-atendimento-mulher-da-luz-em-patio-de-hospital-no-mexico.html>> Acesso em: 27 Jul. 2020.

SEMSA. **Plano Municipal de Saúde de Manaus 2022-2025**. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde, 2022. Disponível em: <[https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Plano-Municipal-de-Saude-2022-2025\\_\\_versao-final\\_\\_COM-ERRATA.pdf](https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Plano-Municipal-de-Saude-2022-2025__versao-final__COM-ERRATA.pdf)>. Acesso em: 17 Ago. 2022.

SILVA, Núbia Maria de Melo e. “**A conversa de hoje é que parir é no hospital**”: implicações e desafios à saúde indígena. Dissertação de Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança – Fundação Oswaldo Cruz e Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de Araújo et al. Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 26, n. 3, p. 931-940, 2021.

SILVA, Maria Raquel Cruz da. **Dor e Violência no Parto**: maus-tratos a mulheres em uma maternidade de Manaus. Dissertação de Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia. Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2019.

SILVA, Cátia Aida. Promotores de justiça e novas formas de atuação em defesa de interesses sociais e coletivos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 16, n. 45, 2011.

SILVA, Bruna Menezes Gomes da; AGUIAR, Julio Cesar de. A violência obstétrica sob a perspectiva da análise comportamental do direito. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas**, v. 8, n. 1, 2020.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos. Mortalidade Materna pela COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/R7MkrnCgdmyMpBcL7x77QZd/?lang=pt>> Acesso em: 07/07/2021.

SOUZA-LOBO, Elizabeth. **A classe operária tem dois sexos**: trabalho, dominação e resistência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Secretaria Municipal de Cultura/Brasiliense, 2011.

SOUZA JÚNIOR et. al. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**. 26 (suppl 1). 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/r8mcKcJdm5RYB8zJNzpJLJS/?lang=pt>>. Acesso em 03 Ago. 2021.

TAVARES, Paula Aline Brelaz et al. Sentimentos após cesárea não planejada: estudo de caso. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n.5, p. 15279-15290, set./out. 2020.

TAKEMOTO, Maria L. S. et. al. **The tragedy of COVID-19 in Brazil**: 124 maternal deaths and counting. International Federation of Gynecology and Obstetrics, p. 1-3, 2020.

TEIXEIRA, Carla Costa. A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde

indígena brasileira. **Revista de Antropologia USP**. São Paulo, 2012.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Parto e Poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. Tese de Doutorado em Antropologia. Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, 2004.

TORRES, Iraíldes Caldas. A Perspectiva de poder em Foucault e suas conexidades com as relações de gênero. **Revista Pensamento e Realidade**. Ano IV, Nº 9. 2001.

\_\_\_\_\_. **As Novas Amazônicas**. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2005.

TORRES, Iraíldes Caldas; OLIVEIRA, Mária Maria de. **Tráfico de Mulheres na Amazônia**. Florianópolis: Editora Mulheres, 2012.

TRAT, Josette. Movimentos sociais. In: HIRATA, Helena et al. (Orgs). **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida Libre de violencia**. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 26 Jun. 2020.

VENTURI, Gustavo. Et. Al. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/SESC, 2010. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: 21 de setembro de 2018.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008.

WU, Isabelle Godinho Carvalho. **O Nascimento Humanizado: a assistência pré-natal e ao parto na saúde pública do município de Manaus**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia. Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2015.

YIEN, Márcio André de Souza Kao. **Profissões médicas e violência obstétrica: expertises, monopólios, autoridades e medicalização**. Dissertação de Mestrado em Direitos e Garantias Fundamentais, da Faculdade de Direito de Vitória, Vitória, Espírito Santo, 2016.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A



**UFAM**

Universidade Federal do Amazonas  
 Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais  
 Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia



#### Roteiro de entrevista dirigida às representantes de movimentos sociais

**Título da Pesquisa:** Atenção ao Parto e Nascimento em Manaus: um olhar para as denúncias de Violência Obstétrica registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

#### 1. Identificação da Informante

1.1 Nome do Movimento Social:

1.2 Idade:

1.3 Escolaridade:

1.4 Atuação Profissional:

1.5 Cargo/Função no Movimento Social:

#### 2. Movimento Social e Trajetória de Militância

2.1 Como você define o movimento social de que faz parte?

2.2 Como ele surgiu?

2.3 Como o conheceu? Por que desejou fazer parte do grupo?

2.4 Há quanto tempo você faz parte do movimento social?

2.5 Quais as suas principais atividades?

### **3. Violência contra a Mulher/Violência Obstétrica**

3.1 O que é a violência contra a mulher?

3.2 Para você, quais as causas e formas da violência contra a mulher (no geral)?

3.3 E da violência obstétrica?

3.4 Você acredita que mulheres brancas, pardas, amarelas, pretas, indígenas, sofram a violência obstétrica da mesma forma?

3.5 Você acredita que a classe social da mulher influencia na maneira como ela é atendida e nas formas de violência que ela pode vir a sofrer?

3.6 Para você, quais são as principais consequências da violência obstétrica na vida das mulheres?

3.7 Para você, o contexto de pandemia da Covid-19 causou alguma alteração no cenário de violência doméstica e violência obstétrica?

3.8 Como ativista pelos direitos da mulher, quais são os principais obstáculos para você?

### **4. Violência Obstétrica no Amazonas**

4.1 Você acredita que o número de denúncias contra a Violência Obstétrica no Amazonas corresponde à realidade?

4.2 Você acredita que a violência obstétrica é um problema reconhecido no Brasil/Amazonas (por representantes de governo, profissionais da saúde, dentre outros?)

4.3 Quais são os serviços voltados para o atendimento/enfrentamento da violência obstétrica no Estado? Como você avalia a efetividade desses serviços?

4.4 Quais os principais avanços no enfrentamento à Violência Obstétrica no Amazonas?

4.5 Quais os principais desafios?

4.6 Você acredita que as mulheres e familiares que optaram por denunciar a violência obstétrica têm alcançado desfechos satisfatórios no Amazonas?

## APÊNDICE B



**UFAM**

Universidade Federal do Amazonas  
 Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais  
 Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia



### **Roteiro de entrevista dirigida à Pesquisadora do Grupo de Estudo, Pesquisa e Observatório Social: Gênero, Política e Poder (Gepos)**

**Título da Pesquisa:** Atenção ao Parto e Nascimento em Manaus: um olhar para as denúncias de Violência Obstétrica registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

#### **1. Identificação da Informante**

1.1 Idade:

1.2 Escolaridade:

1.3 Atuação Profissional:

#### **2. Trajetória na Pesquisa**

2.1 Como você conheceu o Grupo de Estudo, Pesquisa e Observatório Social: Gênero, Política e Poder (Gepos)?

2.2 Como surgiu o interesse pela temática de pesquisa?

2.3 Você enfrentou desafios durante a condução da pesquisa sobre violência obstétrica em Manaus?

2.4 Para você, qual a importância da pesquisa sobre este tema?

#### **3. Violência Obstétrica**

3.1 Como você define a violência obstétrica?

3.2 Para você, quais as principais causas deste tipo de violência?

3.3 Você acredita que fatores como classe social e raça/etnia influenciam na maneira como as parturientes são atendidas e nas formas de violência que elas podem sofrer?

3.4 Para você, o contexto de pandemia de Covid-19 causou alguma alteração no cenário da violência obstétrica?

3.5 Você acredita que a violência obstétrica é um problema reconhecido no Brasil/Amazonas (por representantes de governo, profissionais da saúde, dentre outros?)

3.6 Quais serviços voltados para o atendimento/enfrentamento da violência obstétrica no Estado você conhece? Como você avalia a efetividade desses serviços?

3.7 O que você sabe sobre o trabalho do Humaniza Coletivo Feminista e como você avalia a atuação deste movimento social no Estado do Amazonas?

#### **4. Humanização do Parto e Nascimento**

4.1 Para você, quais as principais políticas/programas de atenção ao parto e nascimento no Brasil?

4.2 Dentre estas políticas, o que você pensa sobre a Rede Cegonha e sua implementação?

4.3 O que significa humanizar o parto para você?

4.4 O que você sabe sobre o trabalho das doulas e sua importância neste processo?

4.5 Para você, como o processo de avanço das políticas neoliberais e ultraconservadoras têm impactado a assistência obstétrica no Brasil?

4.6 Você acredita que os direitos já conquistados pelas mulheres estão ameaçados?

## APÊNDICE C



**UFAM**

Universidade Federal do Amazonas  
Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais

Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Atenção ao Parto e Nascimento em Manaus: um olhar para as denúncias de Violência Obstétrica registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista”, cuja pesquisadora responsável é a mestrande Ana Paula Dias Corrêa, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup> Iraildes Caldas Torres, pesquisadoras do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia – UFAM (Endereço institucional: Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, nº 6200, Aleixo, Setor Norte, Bloco Mário Ipiranga, no Campus Universitário Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais/Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia/ Fone institucional: (92) 3651-7582 e-mail: ppgss@ufam.edu.br). O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) porque entendemos que sua experiência pode trazer contribuições significativas para a condução do estudo.

Este projeto tem por objetivo geral conhecer o cenário da atenção ao parto e nascimento na cidade de Manaus, a partir da análise das denúncias de violência obstétrica registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista. Como objetivos específicos, tem-se os seguintes tópicos: desvelar a expansão da violência obstétrica como expressão da questão social na sociedade brasileira, evidenciando seus marcadores de gênero, raça e classe; identificar as estratégias de intervenção do Humaniza Coletivo Feminista no enfrentamento à violência obstétrica no Amazonas; e analisar as denúncias de violências obstétrica em instituições de saúde de Manaus, indicando suas principais expressões e incidências. A pesquisa justifica-se pela relevância social que o tema comporta e pelo fato de que seus resultados contribuirão para a contextualização do trabalho de assistentes sociais no âmbito da assistência ao parto e nascimento e suas possibilidades de intervenção, especialmente no que se refere à elaboração e materialização de políticas e estratégias em saúde que promovam a humanização da atenção à gestação e parto, bem como o enfrentamento à violência obstétrica.

Caso aceite contribuir para a condução desta pesquisa, sua participação consistirá em conceder uma entrevista, realizada a partir da aplicação de formulário individual com perguntas abertas, de caráter essencial para o alcance dos resultados da pesquisa. A entrevista acontecerá por meio de ambiente digital (WhatsApp, Google Meet ou Zoom). Se o(a) Sr.(a.) autorizar, o áudio da entrevista será gravado, garantido o sigilo e a privacidade, nos termos explicitados adiante.

Sua participação é voluntária, de forma que será garantida sua liberdade para recusar-se a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Também é assegurado o sigilo dos dados obtidos e a privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases realização do estudo. Após a conclusão da fase de coleta de dados, as informações obtidas serão sistematizadas, interpretadas e analisadas, para subsidiar a redação da dissertação de mestrado e posterior devolução dos resultados obtidos aos participantes e à sociedade em geral. Caso, após a realização da entrevista, o(a) Sr(a) desejar retirar seu consentimento para uso dos dados, deve entrar em contato com a pesquisador responsável, que lhe enviará resposta confirmando ciência de sua decisão.

É importante destacar que, conforme explicitado nas resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Os riscos decorrentes de sua participação podem envolver cansaço ou aborrecimento, desconforto, incômodo, constrangimento ou memórias de situações de dor e sofrimento em algum momento da aplicação do formulário. Para minimizar tais riscos, serão adotados alguns cuidados durante a pesquisa: a aplicação ocorrerá sem a presença de terceiros no local; não serão feitas perguntas que digam respeito a sua vida pessoal; respeitaremos o seu direito de não responder a qualquer pergunta; o registro da entrevista será identificado por número, de modo que será mantido o sigilo de sua identidade; utilizar-se-á de identificação fictícia na análise dos dados da pesquisa.

Quanto aos riscos para o anonimato e sigilo, garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa, e posteriormente na divulgação científica. Entretanto, por se tratar de uma pesquisa realizada em ambiente virtual, há ainda os riscos característicos relacionados a essa modalidade, em função das limitações das tecnologias utilizadas, conforme aponta o Ofício Circular de nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS. Segundo o item 3.1 deste documento, “é de responsabilidade do pesquisador o armazenamento adequado dos dados coletados, bem como os procedimentos para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa”. Neste sentido, para resguardar a privacidade dos participantes, realizaremos o download dos

dados coletados, que serão armazenados em um dispositivo eletrônico local (equipamento HD externo), e não serão mantidos em plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”.

Também são esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: a investigação proposta poderá contribuir academicamente para o fomento aos estudos de gênero, em sua indissociabilidade com as opressões de classe e raça/etnia, ao mesmo tempo em que poderá impulsionar o debate sobre o tema na Universidade e além de seus muros, para dar visibilidade e impulsionar futuros estudos. No âmbito da atenção à saúde de mulheres e neonatos, os resultados deste estudo poderão fornecer bases para a elaboração e a efetivação de políticas públicas relacionadas à humanização do parto. No âmbito do Serviço Social, a pesquisa contribuirá para fornecer um panorama da atuação dos assistentes sociais no contexto da atenção ao parto e nascimento e enfrentamento à violência obstétrica, evidenciando as fortalezas e fragilidades da intervenção e apontando possíveis novos caminhos. Quanto às contribuições diretas para a sociedade em geral, a pesquisa e seus desfechos terão potencial para fortalecer movimentos de mulheres como o Humaniza Coletivo Feminista, fomentando o debate e dando acolhida às demandas trazidas pelas mulheres vítimas da violência obstétrica.

Se julgar necessário, você dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

É assegurada assistência imediata e integral durante toda a pesquisa, bem como é garantido livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo. Não estão previstas despesas decorridas de sua participação e o (a) senhor (a) não será pago (a) para conceder a entrevista. Contudo, conforme a Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7, “estão assegurados o direito a solicitar indenizações e cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa”. Os valores respectivos aos danos serão estimados pela instituição proponente, quando os mesmos ocorrerem, uma vez que não há valores pré-estabelecidos de acordo com os riscos, pois não há previsibilidade dos mesmos na Resolução em tela e nem na Res. 510/2016, que trata da normatização da pesquisa em ciências humanas e sociais.

Caso ocorra danos, a pesquisadora se compromete em ressarcir possíveis despesas oriundas desse processo, tanto em relação ao participante da pesquisa quanto em relação a seu acompanhante. Os custos de deslocamento para tal atendimento, caso seja necessário, serão arcados pela pesquisadora. A instituição que acolhe a pesquisa garantirá indenização aos participantes (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, que comprometa o

indivíduo, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual ou social, do ser humano e jamais será exigida dos participantes, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano.

Para qualquer informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, pelo telefone (92) 99913-7493 ou pelo e-mail [diaspaula844@gmail.com](mailto:diaspaula844@gmail.com); ou com a orientadora do projeto de pesquisa, pelo telefone (92) 99434-1182 ou pelo e-mail [iraildes.caldas@gmail.com](mailto:iraildes.caldas@gmail.com). O endereço institucional da pesquisadora responsável e da orientadora é Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, nº 6200, Aleixo, Setor Norte, Bloco Mário Ipiranga, no Campus Universitário Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais/Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia/ Fone institucional: (92) 3651-7582 e-mail: [ppgss@ufam.edu.br](mailto:ppgss@ufam.edu.br).

Fica disponibilizado, para eventuais informações, o endereço do Comitê de Ética em Pesquisa (órgão responsável pela avaliação ética dos projetos de pesquisa, sua função nesse estudo é garantir a legitimidade e legalidade do projeto de pesquisa a partir de sua aprovação, para que seja possível a realização da pesquisa) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), localizado na Rua Teresina, 495 – Escola de Enfermagem de Manaus, sala 07 – Adrianópolis, CEP: 69057-070 – Manaus/AM. Fone: 3305-1181/RAMAL: 2004 e e-mail: [cep.ufam@gmail.com](mailto:cep.ufam@gmail.com).

Aproveitamos para expressar nossa gratidão pela sua contribuição.

Ao seu dispor,

Ana Paula Dias Corrêa

Profª. Drª. Iraildes Caldas Torres

Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia – PPGSS

Universidade Federal do Amazonas – UFAM

[diaspaula844@gmail.com](mailto:diaspaula844@gmail.com) / [iraildes.caldas@gmail.com](mailto:iraildes.caldas@gmail.com)

+55 (92) 99913-7493

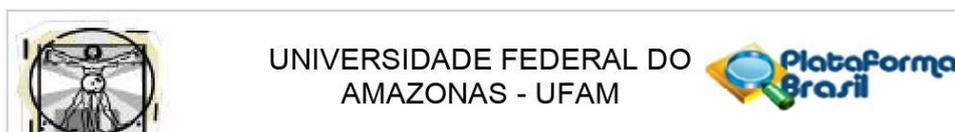
+55 (92) 99434-1182

---

### CONSENTIMENTO PÓS- INFORMAÇÃO

Declaro que fui informado(a) sobre o que a pesquisadora irá realizar e porque precisa da minha contribuição, e entendi a explicação. Assim, concordo em participar da pesquisa, sabendo que não serei pago(a) e que tenho todo o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem sofrer qualquer penalidade ou constrangimento. Declaro, ainda, que mantereí em meus arquivos uma cópia deste documento eletrônico.

## ANEXOS


**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**
**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Atenção ao Parto e Nascimento em Manaus: um olhar para as denúncias de Violência Obstétrica registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista

**Pesquisador:** ANA PAULA DIAS CORREA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 60353522.7.0000.5020

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências Humanas e Letras - ICHL

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.555.222

**Apresentação do Projeto:**

Informações retiradas do documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1953805.pdf  
23/07/2022 13:02:37:

Esta pesquisa assume o propósito de realizar um estudo sobre a atenção ao parto e nascimento na cidade de Manaus, a partir da atuação do Humaniza Coletivo Feminista, movimento social de mulheres que promove o enfrentamento à violência obstétrica no Amazonas. A violência obstétrica é concreta e assume proporções preocupantes a cada dia. Ao longo da última década, houve um esforço, principalmente por parte dos movimentos de mulheres, em realizar debates e estudos sobre o tema, para traçar estratégias de enfrentamento. Os movimentos em defesa dos direitos reprodutivos e sexuais vêm denunciando a má qualidade de atenção à saúde da mulher no Brasil desde meados da década de 1970, principalmente a partir da atuação de grupos, associações e coletivos independentes de mulheres. A discussão sobre os maus-tratos na atenção ao parto e nascimento, especificamente, toma fôlego a partir dos anos 2010, quando o termo "violência obstétrica" passou a ser conhecido depois que o presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio publicou um artigo sobre a temática, em 2010 (PULHEZ, 2013). Desde então, este termo tem adquirido destaque no seio dos movimentos pelos direitos das mulheres, principalmente naqueles dedicados à luta pelo parto humanizado. No Amazonas, o primeiro movimento organizado pela humanização do parto teve início em 2014,

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

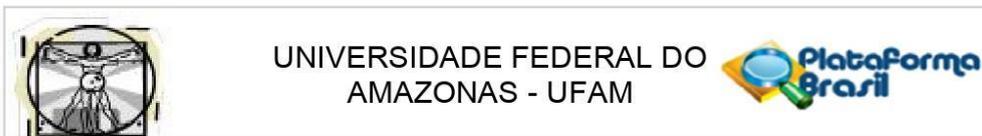
**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3305-1181

**CEP:** 69.057-070

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.555.222

quando algumas mulheres que se conheceram pela internet, num fórum de gestantes, resolveram se organizar e buscar o apoio do Ministério Público Federal para realizar uma audiência pública sobre o tema da violência obstétrica (CORRÊA; TORRES, 2021). Atualmente intitulada Humaniza Coletivo Feminista, a organização social promove o enfrentamento à violência obstétrica no Amazonas e, dentre outras atividades, se constitui num canal de recebimento e encaminhamento de denúncias que, analisadas, podem fornecer um panorama sobre a atenção ao parto e nascimento na cidade de Manaus. Objetivo primário: Conhecer o cenário da atenção ao parto e nascimento na cidade de Manaus, a partir da análise das denúncias de violência obstétrica registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista. Objetivos secundários: Desvelar a expansão da violência obstétrica como expressão da questão social na sociedade brasileira, evidenciando seus marcadores de gênero, raça e classe; Identificar as estratégias de intervenção do Humaniza Coletivo Feminista no enfrentamento à violência obstétrica no Amazonas; Analisar as denúncias de violências obstétrica em instituições de saúde de Manaus, indicando suas principais expressões e incidências. Metodologia: Esta pesquisa elege como categorias de análise os conceitos de gênero, política de saúde e violência obstétrica. O aporte teórico inclui autores como Beauvoir (2016), Saffioti (2004), Torres (2005), Cisne e Santos (2018), Monteiro e Sansone (2004), Ferreira (2010), Tornquist (2004), Diniz (2005), Silva (2017), Iamamoto (2006), Bravo (2013), Matos (2017), dentre outros, que direcionarão as discussões empreendidas. A condução metodológica do estudo assenta-se na abordagem qualitativa, sem exclusão dos dados quantitativos, em três fases articuladas. Durante a primeira fase, realizamos a revisão de literatura, reformulação do projeto de pesquisa, levantamento bibliográfico, pesquisa documental e pesquisa hemerográfica, com o uso de recursos virtuais (sites e plataformas de veículos de imprensa), além do cumprimento dos créditos de disciplinas obrigatórias e eletivas exigidas pelo PPGSS, bem como o estágio docente. Realizamos o mapeamento de campo por meio da pesquisa hemerográfica, tendo em vista a situação de emergência sanitária causada pela pandemia de Covid-19, para a composição do primeiro capítulo da dissertação, com fins de submissão ao exame de qualificação. A segunda fase foi reservada à coleta de dados por meio de pesquisa documental e hemerográfica. Num cenário pandêmico, buscamos conhecer a atuação do Humaniza Coletivo Feminista por meio dos registros publicados em jornais e outros veículos digitais de comunicação, bem como por meio das redes sociais, como Instagram, Facebook e Youtube. Realizamos, ainda, pesquisa hemerográfica voltada para os casos de violência obstétrica que tiveram maior repercussão midiática na cidade de Manaus. Os resultados desta pesquisa compõem o segundo capítulo da dissertação. A terceira fase será destinada à coletada de dados primários junto ao Humaniza Coletivo Feminista, por meio de

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

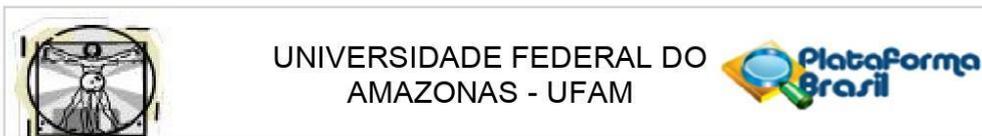
**UF:** AM

**Telefone:** (92)3305-1181

**Município:** MANAUS

**CEP:** 69.057-070

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.555.222

pesquisa documental e da realização de entrevista semiestruturada com uma representante do movimento social. A pesquisa será realizada de maneira inteiramente remota/virtual, tendo em vista a crise sanitária decorrente da pandemia. A abordagem aos participantes será realizada por meio de ligações telefônicas e mensagens em ambientes virtuais tais como WhatsApp, Instagram, Gmail e GoogleMeet. Mesmo que de forma virtual, o contato com os(as) participantes da pesquisa só será iniciado uma vez concluída a etapa de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFAM e obtido o parecer favorável do órgão. O consentimento dos participantes será oficializado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido virtual, que deverá ser preenchido por vontade própria do(a) participante, não havendo nenhum tipo de coerção ao assentimento. Neste termo estão explicados a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e possíveis incômodos e desconfortos. Uma vez que a pesquisa será realizada na modalidade remota, utilizaremos a plataforma Google Forms para coleta do consentimento dos(as), sendo enviada uma cópia do TCLE para o(a) participante tão logo ele(a) preencha ao formulário. Será disponibilizado também o arquivo do TCLE para impressão por parte do(a) participante. Por fim, o quarto momento da pesquisa será destinado à análise dos dados coligidos à luz do referencial teórico adotado, sistematizando conhecimentos e resultados, que serão consubstanciados na dissertação de mestrado. Concluída a análise dos dados, a elaboração e a revisão da dissertação, a pesquisa será submetida à defesa. O trabalho seguirá uma dinâmica de ir e vir no processo de orientações, atendendo às questões que foram sugeridas pelos membros da banca de qualificação. Com relação aos riscos da pesquisa, os pesquisadores descrever que é importante destacar que, conforme explicitado nas resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Os riscos decorrentes desta pesquisa podem envolver cansaço ou aborrecimento, desconforto, incômodo, constrangimento ou memórias de situações de dor e sofrimento em algum momento da aplicação do formulário. Para minimizar tais riscos, serão adotados alguns cuidados durante a pesquisa: a aplicação ocorrerá sem a presença de terceiros no ambiente virtual; não serão feitas perguntas que digam respeito à vida pessoal dos(as) participantes; respeitaremos o direito de não responderem a qualquer pergunta; o registro da entrevista será identificado por número, de modo que será mantido o sigilo de identidade; utilizar-se-á de identificação fictícia na análise dos dados da pesquisa. Por se tratar de uma pesquisa realizada em ambiente virtual, há ainda os riscos característicos relacionados a essa modalidade, em função das limitações das tecnologias utilizadas, conforme aponta o Ofício Circular de nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS. Segundo o item 3.1 deste documento, “é de responsabilidade do pesquisador o armazenamento adequado dos dados

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

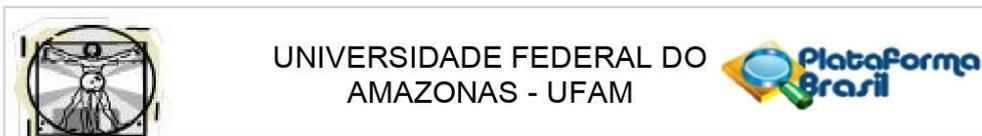
**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**CEP:** 69.057-070

**Telefone:** (92)3305-1181

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.555.222

coletados, bem como os procedimentos para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa”. Neste sentido, para resguardar a privacidade dos participantes, realizaremos o download dos dados coletados, que serão armazenados em um dispositivo eletrônico local (equipamento HD externo), e não serão mantidos em plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”. Se julgar necessário, o(a) participante disporá de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida. É assegurada assistência imediata e integral durante toda a pesquisa, bem como é garantido livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo. De acordo com os pesquisadores, a investigação proposta poderá contribuir academicamente para o fomento aos estudos de gênero, em sua indissociabilidade com as opressões de classe e raça/etnia, ao mesmo tempo em que poderá impulsionar o debate sobre o tema na Universidade e além de seus muros, para dar visibilidade e impulsionar futuros estudos. No âmbito da atenção à saúde de mulheres e neonatos, os resultados deste estudo poderão fornecer bases para a elaboração e a efetivação de políticas públicas relacionadas à humanização do parto. No âmbito do Serviço Social, a pesquisa contribuirá para fornecer um panorama da atuação dos assistentes sociais no contexto da atenção ao parto e nascimento e enfrentamento à violência obstétrica, evidenciando as fortalezas e fragilidades da intervenção e apontando possíveis novos caminhos. Quanto às contribuições diretas para a sociedade em geral, a pesquisa e seus desfechos terão potencial para fortalecer movimentos de mulheres como o Humaniza Coletivo Feminista, fomentando o debate e dando acolhida às demandas trazidas pelas mulheres vítimas da violência obstétrica.

**Objetivo da Pesquisa:**

Segundo o pesquisador principal no documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1953805.pdf 23/07/2022 13:02:37 e no Brochura\_Projeto\_de\_Pesquisa.pdf 26/06/2022 12:49:50, os objetivos do estudo são:

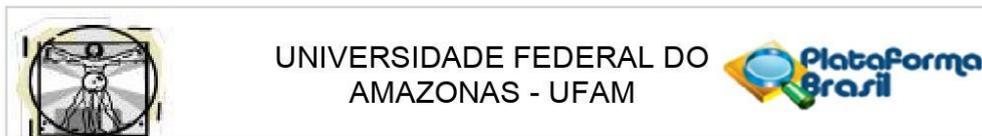
**Objetivo Primário:**

- Conhecer o cenário da atenção ao parto e nascimento na cidade de Manaus, a partir da análise das denúncias de violência obstétrica registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista.

**Objetivos Secundários:**

- Desvelar a expansão da violência obstétrica como expressão da questão social na sociedade brasileira, evidenciando seus marcadores de gênero, raça e classe;

<b>Endereço:</b> Rua Teresina, 4950	<b>CEP:</b> 69.057-070
<b>Bairro:</b> Adrianópolis	
<b>UF:</b> AM	<b>Município:</b> MANAUS
<b>Telefone:</b> (92)3305-1181	<b>E-mail:</b> cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.555.222

- Identificar as estratégias de intervenção do Humaniza Coletivo Feminista no enfrentamento à violência obstétrica no Amazonas;
- Analisar as denúncias de violências obstétrica em instituições de saúde de Manaus, indicando suas principais expressões e incidências.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo o pesquisador principal no documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1953805.pdf 23/07/2022 13:02:37 e no Brochura\_Projeto\_de\_Pesquisa.pdf 26/06/2022 12:49:50, os riscos do estudo são:

Riscos: É importante destacar que, conforme explicitado nas resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Os riscos decorrentes desta pesquisa podem envolver cansaço ou aborrecimento, desconforto, incômodo, constrangimento ou memórias de situações de dor e sofrimento em algum momento da aplicação do formulário. Para minimizar tais riscos, serão adotados alguns cuidados durante a pesquisa: a aplicação ocorrerá sem a presença de terceiros no ambiente virtual; não serão feitas perguntas que digam respeito à vida pessoal dos(as) participantes; respeitaremos o direito de não responderem a qualquer pergunta; o registro da entrevista será identificado por número, de modo que será mantido o sigilo de identidade; utilizar-se-á de identificação fictícia na análise dos dados da pesquisa. Por se tratar de uma pesquisa realizada em ambiente virtual, há ainda os riscos característicos relacionados a essa modalidade, em função das limitações das tecnologias utilizadas, conforme aponta o Ofício Circular de nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS. Segundo o item 3.1 deste documento, “é de responsabilidade do pesquisador o armazenamento adequado dos dados coletados, bem como os procedimentos para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa”. Neste sentido, para resguardar a privacidade dos participantes, realizaremos o download dos dados coletados, que serão armazenados em um dispositivo eletrônico local (equipamento HD externo), e não serão mantidos em plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”. Se julgar necessário, o(a) participante disporá de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida. É assegurada assistência imediata e integral durante toda a pesquisa, bem como é garantido livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo. Não estão previstas despesas decorridas da participação na pesquisa e os sujeitos não serão pagos para conceder as entrevistas. Contudo, conforme a Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7, “estão assegurados o

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

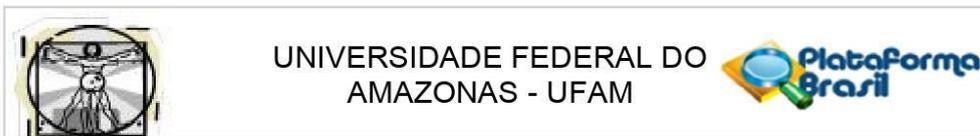
**UF:** AM

**Telefone:** (92)3305-1181

**Município:** MANAUS

**CEP:** 69.057-070

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.555.222

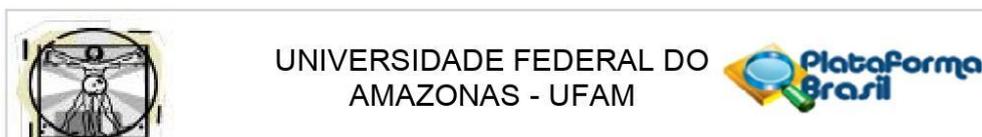
direito a solicitar indenizações e cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa”. Os valores respectivos aos danos serão estimados pela instituição proponente, quando os mesmos ocorrerem, uma vez que não há valores pré-estabelecidos de acordo com os riscos, pois não há previsibilidade dos mesmos em seus graus, níveis e intensidades na Resolução em tela e nem na Res. 510/2016, que trata da normatização da pesquisa em ciências humanas e sociais, uma vez que não há definição da gradação do risco (mínimo, baixo, moderado ou elevado). Caso ocorra danos, a pesquisadora se compromete em ressarcir possíveis despesas oriundas desse processo, tanto em relação ao participante da pesquisa quanto em relação a seu acompanhante. Os custos de deslocamento para tal atendimento, caso seja necessário, serão arcados pela pesquisadora. A instituição que acolhe a pesquisa garantirá indenização aos participantes (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, que comprometa o indivíduo, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual ou social, do ser humano e jamais será exigida dos participantes, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. Ressaltamos que, seguindo o que está disposto no item “XI.1 – d” da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, nos comprometemos a elaborar e apresentar ao CEP os relatórios parcial e final da pesquisa.

**Benefícios:** A investigação proposta poderá contribuir academicamente para o fomento aos estudos de gênero, em sua indissociabilidade com as opressões de classe e raça/etnia, ao mesmo tempo em que poderá impulsionar o debate sobre o tema na Universidade e além de seus muros, para dar visibilidade e impulsionar futuros estudos. No âmbito da atenção à saúde de mulheres e neonatos, os resultados deste estudo poderão fornecer bases para a elaboração e a efetivação de políticas públicas relacionadas à humanização do parto. No âmbito do Serviço Social, a pesquisa contribuirá para fornecer um panorama da atuação dos assistentes sociais no contexto da atenção ao parto e nascimento e enfrentamento à violência obstétrica, evidenciando as fortalezas e fragilidades da intervenção e apontando possíveis novos caminhos. Quanto às contribuições diretas para a sociedade em geral, a pesquisa e seus desfechos terão potencial para fortalecer movimentos de mulheres como o Humaniza Coletivo Feminista, fomentando o debate e dando acolhida às demandas trazidas pelas mulheres vítimas da violência obstétrica.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se da segunda versão do projeto de pesquisa que foi submetida para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas em 23/07/2022 pela pesquisadora responsável Ana Paula Dias Correa, aluna do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e

<b>Endereço:</b> Rua Teresina, 4950	<b>CEP:</b> 69.057-070
<b>Bairro:</b> Adrianópolis	
<b>UF:</b> AM	<b>Município:</b> MANAUS
<b>Telefone:</b> (92)3305-1181	<b>E-mail:</b> cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.555.222

Sustentabilidade na Amazônia, nível de Mestrado. Conta ainda como membro da equipe de pesquisa Iraíldes Caldas Torres, orientadora do trabalho. No documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1953805.pdf 26/06/2022 12:50:27, informa que trata-se de um projeto de mestrado da pesquisadora principal.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

FOLHA DE ROSTO: ADEQUADA. Apresentada no arquivo Folha\_de\_rosto\_adequada.pdf 23/07/2022 12:58:36

TERMOS DE ANUÊNCIA: ADEQUADA. Apresentado no arquivo Termo\_Humaniza\_Coletivo\_Feminista\_Atualizado.pdf 26/06/2022 12:17:56

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: ADEQUADO. Apresentado no arquivo Instrumental\_de\_pesquisa.pdf 26/06/2022 12:13:12

TCLE: ADEQUADO. Apresentado nos arquivosTCLE\_versao\_online.pdf 23/07/2022 13:02:03 e TCLE\_versao\_para\_download.pdf 23/07/2022 13:00:01

**Recomendações:**

Este CEP analisa os aspectos éticos da pesquisa com base nas Resoluções 466/2012-CNS, 510/2016-CNS e outras complementares. A aprovação do protocolo neste Comitê NÃO SOBREPÕE eventuais restrições ao início da pesquisa estabelecidas pelas autoridades competentes, devido à pandemia de COVID-19. O pesquisador (a) deve analisar a pertinência do início, segundo regras de sua instituição ou instituições/autoridades sanitárias locais, municipais, estaduais ou federais.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O comitê de ética da UFAM analisou o presente projeto e entendeu que o mesmo está dentro das normas do comitê e das normas vigentes do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde estando o mesmo APROVADO, lembrando ao pesquisador principal da obrigatoriedade de cumprir o cronograma e o envio do relatório final na data prevista. Caso a pesquisa não seja concluída no prazo estipulado, o pesquisador deve enviar o relatório parcial.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1953805.pdf	23/07/2022 13:02:37		Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_versao_online.pdf	23/07/2022	ANA PAULA DIAS	Aceito

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

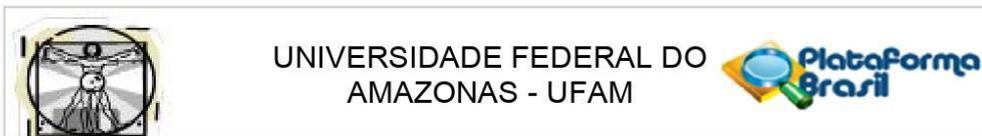
**UF:** AM

**Telefone:** (92)3305-1181

**Município:** MANAUS

**CEP:** 69.057-070

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.555.222

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_versao_online.pdf	13:02:03	CORREA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_versao_para_download.pdf	23/07/2022 13:00:01	ANA PAULA DIAS CORREA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_adequada.pdf	23/07/2022 12:58:36	ANA PAULA DIAS CORREA	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	23/07/2022 12:55:16	ANA PAULA DIAS CORREA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_Projeto_de_Pesquisa.pdf	26/06/2022 12:49:50	ANA PAULA DIAS CORREA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_IraildesCaldasTorres.pdf	26/06/2022 12:48:57	ANA PAULA DIAS CORREA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_AnaPaulaDiasCorrea.pdf	26/06/2022 12:48:36	ANA PAULA DIAS CORREA	Aceito
Outros	Termo_Humaniza_Coletivo_Feminista_Atualizado.pdf	26/06/2022 12:17:56	ANA PAULA DIAS CORREA	Aceito
Outros	Instrumental_de_pesquisa.pdf	26/06/2022 12:13:12	ANA PAULA DIAS CORREA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MANAUS, 01 de Agosto de 2022

Assinado por:  
**Eliana Maria Pereira da Fonseca**  
 (Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

**UF:** AM

**Telefone:** (92)3305-1181

**Município:** MANAUS

**CEP:** 69.057-070

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com