

A COVID-19 EM MÚLTIPLAS PERSPECTIVAS - VOL.3

SAÚDE,
PSICOLOGIA E
DIREITOS HUMANOS

ORGANIZADORES
RENATO KOCH COLOMBY
JULICE SALVAGNI
CIBELE CHERON





Prof. Me. Gil Barreto Ribeiro (PUC Goiás)

Diretor Editorial
Presidente do Conselho Editorial

Dr. Cristiano S. Araujo

Assessor

Larissa Rodrigues Ribeiro Pereira

Diretora Administrativa
Presidente da Editora

CONSELHO EDITORIAL

Profa. Dra. Solange Martins Oliveira Magalhães (UFG)
Profa. Dra. Rosane Castilho (UEG)
Profa. Dra. Helenides Mendonça (PUC Goiás)
Prof. Dr. Henryk Siewierski (UnB)
Prof. Dr. João Batista Cardoso (UFG Catalão)
Prof. Dr. Luiz Carlos Santana (UNESP)
Profa. Me. Margareth Leber Macedo (UFT)
Profa. Dra. Marilza Vanessa Rosa Suanno (UFG)
Prof. Dr. Nivaldo dos Santos (PUC Goiás)
Profa. Dra. Leila Bijos (UnB)
Prof. Dr. Ricardo Antunes de Sá (UFPR)
Profa. Dra. Telma do Nascimento Durães (UFG)
Profa. Dra. Terezinha Camargo Magalhães (UNEB)
Profa. Dra. Christiane de Holanda Camilo (UNITINS/UFG)
Profa. Dra. Elisângela Aparecida Pereira de Melo (UFT)
Prof. Ms. Euvaldo de Sousa Costa Junior (UFPI)

Renato Koch Colomby
Julice Salvagni
Cibele Cheron
Organizadores

A COVID-19 EM MÚLTIPLAS PERSPECTIVAS

Volume III

SAÚDE, PSICOLOGIA E DIREITOS HUMANOS

1ª edição

Goiânia - Goiás
Editora Espaço Acadêmico
- 2020 -

Copyright © 2020 by Renato Koch Colomby, Julice Salvagni e Cibele Cheron

Esta obra contou com um processo de avaliação por pares em um sistema double blind review. Registra-se o agradecimento aos pareceristas que participaram desse processo.

Editora Espaço Acadêmico

Endereço: Rua do Saveiro, Quadra 15, Lote 22, Casa 2

Jardim Atlântico - CEP: 74.343-510 - Goiânia/Goiás

CNPJ: 24.730.953/0001-73

Site: <http://editoraespacoacademico.com.br/>

Contatos: Larissa Pereira - (62) 98230-1212

Editoração: Franco Jr.

Foto de capa: Fachada do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, RS.

Fonte: Acervo da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

Projetado por Harryarts.com - freepik.com

CIP - Brasil - Catalogação na Fonte

C873 A Covid-19 em múltiplas perspectivas [livro eletrônico] / Organizadores Renato Koch Colomby, Julice Salvagni e Cibele Cheron. - 1. ed. - Goiânia : Editora Espaço Acadêmico, 2020.
v. ; Ebook.

Conteúdo: v. 3. Saúde, psicologia e direitos humanos.

Inclui referências bibliográficas

ISBN: 978-65-00-11701-1

1. Covid-19. 2. Covid-19 - psicologia - saúde. I. Colomby, Renato Koch (org.). II. Salvagni, Julice (org.). III. Cheron, Cibele (org.).

CDU 616-036.21

A redação dos capítulos desta obra, quanto à forma e conteúdo, é de inteira responsabilidade dos autores.

DIREITOS RESERVADOS

É proibida a reprodução total ou parcial da obra, de qualquer forma ou por qualquer meio, sem a autorização prévia e por escrito dos autores. A violação dos Direitos Autorais (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

UM RECORDE LAMENTÁVEL: O NÚMERO DE MORTES MATERNAS POR COVID-19 NO BRASIL E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Cibele Cheron¹
Laís Bianchin da Costa²
Julice Salvagni³
Renato Koch Colomby⁴

1. INTRODUÇÃO

Em nove de julho de 2020, um importante estudo, conduzido pelo grupo de brasileiro de pesquisa *Covid and Pregnancy Brazilian Group*, foi publicado na revista médica *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, analisando as mortes de 124 mulheres, gestantes ou puérperas, ocorridas por Covid-19, no Brasil. Quando da publicação, o número de mortes no país representava 77% dos casos de morte materna⁵ por Covid-19 no mundo. Destas 124 mulheres que vieram a óbito, 34 sequer chegaram a ser admitidas em Unidades de Terapia Intensiva, e 18 não receberam nenhuma forma de assistência ventilatória (TAKEMOTO *et al.*, 2020).

¹ Doutora em Ciência Política (UFRGS), desenvolve estágio pós-doutoral junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação da PUCRS. <https://orcid.org/0000-0003-3501-5248>. E-mail: iccibele@gmail.com

² Especialista em Direito Processual Civil (USP-AASP), advogada junto à Advocacia Salomone. ORCID-Id: <https://orcid.org/0000-0003-3018-8596>. E-mail: laisbianchindacosta@gmail.com

³ Doutora em Sociologia (UFRGS), Professora adjunto no Departamento de Ciências Administrativas da UFRGS. ORCID-Id: <https://orcid.org/0000-0002-6334-0649>. E-mail: julicesalvagni@gmail.com

⁴ Doutor em Administração pela UFRGS. Professor do Instituto Federal do Paraná (IFPR - Campus Palmas). ORCID-Id: <https://orcid.org/0000-0002-5013-6913>. E-mail: renato.colomby@gmail.com

⁵ Morte materna refere-se, neste estudo, aos óbitos de mulheres durante a gravidez ou no puerpério (até 42 dias após o parto).

Em outro estudo imediatamente subsequente, o mesmo grupo informou que o número de mortes maternas por Covid-19 entre as mulheres negras era quase duas vezes maior do que entre as mulheres brancas no país. Comparando as circunstâncias envolvidas nas mortes maternas, as mulheres negras, embora tivessem perfil médio de idade e morbidade semelhante ao das mulheres brancas, foram hospitalizadas em piores condições, com maior prevalência de dispneia e queda dos níveis de saturação de oxigênio mais acentuada (SANTOS *et al.*, 2020).

O presente capítulo parte desses dados para propor alguns pontos de reflexão acerca da relação entre a mortalidade materna por Covid-19 e a violência obstétrica. Não é pretensão dos autores estabelecer um rol taxativo de causas para as mortes de gestantes e puérperas pela pandemia, uma vez que

a elevada taxa de mortalidade por COVID-19 do Brasil em mulheres grávidas e mulheres no período pós-parto pode ter várias explicações. No Brasil, os cuidados obstétricos são afetados por problemas crônicos que podem afetar os resultados maternos e perinatais, como atendimento pré-natal de baixa qualidade, recursos insuficientes para administrar cuidados críticos e de emergência, disparidades raciais no acesso aos serviços de maternidade, violência obstétrica e a pandemia coloca barreiras adicionais para acesso aos cuidados de saúde. Além disso, a taxa de cesarianas está entre as mais altas do mundo e ainda há dúvidas sobre o aumento do risco de morbimortalidade pós-operatória em pacientes com COVID - 19 submetidos à cirurgia⁶. (TAKEMOTO *et al.*, 2020, p. 1).

Estima-se trazer ao debate elementos fulcrais acerca da violência obstétrica, cuja compreensão pode auxiliar a entender por que mulheres

⁶ Tradução livre do original: “Brazil’s elevated COVID-19 mortality rate in pregnant women and women in the postpartum period might have several explanations. In Brazil, obstetric care is beset by chronic problems that can affect maternal and perinatal outcomes, such as poor quality antenatal care, insufficient resources to manage emergency and critical care, racial disparities in access maternity services, obstetric violence, and the pandemic poses additional barriers for access to health care. Additionally, the rate of cesarean sections is among the highest in the world and questions remain regarding the increased risk of postoperative morbidity and mortality for patients with COVID-19 undergoing surgery”.

brasileiras, e dentre elas, mulheres negras, estão mais suscetíveis à morte por Covid-19 durante a gestação e o puerpério. Assim, de uma perspectiva interseccional, discutimos os aspectos de gênero, institucionais e estruturais que se fazem presentes na conformação da violência obstétrica.

2. GÊNERO, RAÇA, VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E COVID-19 NO BRASIL

A construção do conceito de gênero, no decurso da década de 1970, gera novas formas de avaliar a questão das mulheres em sociedade (SCOTT, 1990; SILVEIRA, 1997). O emprego desta categoria analítica permite desconstruir teorias e ideologias responsáveis por reforçar e legitimar a discriminação do segmento feminino. Assim, ao definir seu âmbito de compreensão em meio ao social e ao cultural, o gênero desnaturaliza as desigualdades entre os sexos.

Desse prisma, surge o entendimento de que a construção social de gênero varia em tempo e espaço, articulada a outros sistemas de relações de poder e dominação, como os de raça/etnia e classe social. O uso da perspectiva de gênero responde a duas finalidades: como categoria analítica, subsidia o exame da subordinação feminina; enquanto instrumento político, fomenta ações emancipatórias voltadas à equidade e à justiça social (SAFFIOTI, 1994).

A violência praticada contra as mulheres, denunciada pelo feminismo há pelo menos quatro décadas, constitui uma das formas emblemáticas das desigualdades de gênero. Corporifica relações assimétricas de poder potencializadas no espaço privado, em que mentalidades e valores, veiculados pela cultura através da família, tornam invisíveis a produção e a reprodução da subordinação feminina, solo fértil para a ocorrência de abusos.

Banalizados, minimizados e negados pela sociedade, tais abusos ocorrem sob a percepção disseminada de que as múltiplas formas de violência cometidas contra as mulheres são normais ou inevitáveis (NARVAZ, KOLLER, 2006). De tal sorte, independentemente de idade, etnia ou classe

social, as mulheres são as maiores vítimas de agressões físicas, psicológicas, sexuais ou patrimoniais, desdobradas em maus-tratos, agressões, violações, ameaças, coerção, privações e exploração, entre outras práticas perversas (SAFFIOTI, 2004).

A atuação dos movimentos de mulheres e feministas altera o modo como a violência é percebida, deixando a condição de fenômeno invisível e privado e impondo seu tratamento enquanto problema social. Cumpre considerar, entretanto, que o esforço por extrair a violência contra as mulheres do espaço privado e convertê-la em questão social, decorrente de violação a direitos humanos, reclama processos em construção, mediante lacunas ainda existentes na promoção dos direitos das mulheres e de sua cidadania.

Ainda que o direito a viver sem violência tenha sido afirmado às mulheres, nos âmbitos internacional e nacional, como uma decorrência da aplicação dos direitos humanos sem distinções de gênero, raça ou classe, há entraves estruturais que impedem a sua efetivação. Um desses entraves está no processo de formulação e reconhecimento dos direitos humanos e, por conseguinte, do que pode configurar violação a eles.

Na tradição ocidental, a construção de um sistema jurídico/político que aspirava à universalização se deu de forma a considerar as violações aos direitos humanos das mulheres como marginais. Destaca-se que essa universalização é projetada da perspectiva masculina, das demandas, interesses e experiências dos homens. Dessarte,

apesar da garantia formal, a proteção dos direitos humanos das mulheres foi comprometida à medida que suas experiências poderiam ser definidas como diferentes das dos homens. Assim, quando mulheres eram detidas, torturadas ou lhes eram negados outros direitos civis e políticos, de forma semelhante como acontecia com os homens, tais abusos eram obviamente percebidos como violações dos direitos humanos. Porém, quando mulheres sob custódia eram estupradas, espancadas no âmbito doméstico, ou quando alguma tradição lhes negava acesso à tomada de decisões, suas diferenças em relação aos homens tornavam tais abusos “periféricos” em se

tratando das garantias básicas dos direitos humanos. (CRENSHAW, 2002, p. 172).

Carneiro (2003) aponta que a luta das mulheres na sociedade não pode apenas voltar-se à capacidade de superação das desigualdades criadas pela dominação masculina. Exige-se também a busca da superação de determinadas convicções presentes no sistema opressivo, como é o caso do racismo, que inferioriza a população negra, especialmente no tocante às mulheres.

Crenshaw (2002, p. 9) reforça que “homens e mulheres podem experimentar situações de racismo de maneiras especificadamente relacionadas ao seu gênero”. Por essa ótica, as dimensões de raça e de gênero estão interseccionalizadas em processos de discriminação nos quais mulheres negras são diretamente afetadas, com destaque especial para a violência obstétrica, objeto do presente estudo.

A violência obstétrica é uma forma complexa e articulada de múltiplos abusos, mais ou menos explícitos e nem sempre percebidos como tal. Sendo uma forma de violência, está abrangida pelo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como o

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 (OMS, 2002, *online*).

Aprofundando essa definição, Dahlberg e Krug (2007) explicam que um ato violento pode ter diversas naturezas, as quais se combinam e potencializam: física, sexual, psicológica ou de privação/abandono. Embora essa descrição seja reducionista, fornece uma estrutura útil para demonstrar como a violência ocorre. A partir dela e num panorama amplo, pode-se enquadrar a violência obstétrica em múltiplas categorizações, segundo as quais sua definição varia em função da área que se propõe a dis-

cuti-la. Todavia, a inexistência de uma definição universal e objetiva não significa que a violência obstétrica seja esporádica ou sem consequências relevantes, tanto no plano individual, quanto no social, mas reforça a sua condição periférica.

Nesse patamar, ante a escassez de dispositivos eficazes para o enfrentamento da violência obstétrica, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo divulgou material informativo para auxiliar a identificação de sua ocorrência e facilitar a denúncia dos abusos cometidos contra as mulheres. Pela precariedade do conteúdo legal sobre o tema no Brasil, o referido informativo tomou como base a definição trazida das leis venezuelana e argentina, nas quais a violência obstétrica é caracterizada como quaisquer atos ou omissões que importem na

apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso de medicação, patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (SÃO PAULO, 2017).

Ademais, a Conferência do Cairo, em 1994, e a de Beijing, em 1995, reconheceram, no âmbito internacional, que as restrições legislativas e políticas impostas à autonomia reprodutiva violam os direitos humanos, especialmente, os direitos humanos das mulheres. As Nações Unidas reconheceram que essas restrições dificultam o desenvolvimento econômico e humano dos países, aconselhando mudança nas leis e políticas públicas, para que os países garantam o direito das pessoas à não intervenção em suas escolhas pessoais referentes à reprodução e sexualidade, ao acesso à informação e aos meios adequados para autonomia sexual e reprodutiva (VENTURA, 2011).

Não obstante a violência obstétrica atinja as mulheres de muitos modos, com diferentes graus de intensidade e em múltiplas esferas da vida, um dos principais pontos a serem superados está justamente em torná-la visí-

vel. Alguns dos abusos relacionados à violência obstétrica foram identificados em Dossiê, elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra as Mulheres⁷ (2012), caracterizados como “aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis”.

No referido Dossiê, enfatiza-se não existir limitação sobre quem pratica a violência, visto que as fontes de agressão são plurais em todo o processo reprodutivo. Destaca-se também que, por suas características estruturais e por permear relações atravessadas pelos sistemas sociais de dominação e submissão, a prática de atos que configuram violência obstétrica independe da intenção deliberada de cometê-la ou causar dano. São apontadas, ainda, seis categorias em que os atos de violência obstétrica podem ser classificados: física, psicológica, sexual, institucional, material e midiática. Reitera-se, contudo, que um mesmo ato pode atingir mais de uma categoria, simultaneamente.

Analisando as definições abordadas sobre violência obstétrica, é possível perceber que ela envolve questões estruturais, na medida em que os mecanismos pelos quais é praticada são recorrentes, permeando as relações sociais. Dessa forma, a violência obstétrica pode ser vislumbrada a partir da ótica da violência institucional, visto estar condicionada a um processo de recorrência, pois sua prática é naturalizada no sistema médico-hospitalar. Admitir o caráter institucional da violência obstétrica significa afirmar que, além de segregar, seu cometimento já está naturalizado dentro de um sistema, transversalizado por questões de gênero, raça e classe que se interseccionalizam. Luiza Barrios, em entrevista a Sonia Alvarez menciona o impacto do racismo no sistema de saúde:

⁷ O Dossiê ficou amplamente conhecido pelo título “Violência Obstétrica- Parirás com Dor” e foi elaborado pela Rede Parto do Princípio, uma rede composta por mais de 300 mulheres de 22 estados brasileiros que voluntariamente trabalham para ampliar e divulgar informações sobre gestação, parto e nascimento, com base em evidências científicas e nas recomendações da OMS.

Quer dizer, como fazer com que servidores e gestores identifiquem os entraves que o racismo causa na atuação de uma instituição e qual o efeito disso nos serviços que são prestados. São serviços que acabam deixando de atingir determinado setor da população ou, se atingem, o fazem de maneira muito precária. Isso é muito evidente, por exemplo, na saúde: quais as dificuldades no atendimento, quais obstáculos o racismo interpõe na relação de um negro usuário do serviço com quem trabalha na unidade de saúde? Existem até regras criadas pela instituição, mas os servidores, não importa em que nível estejam, por conta de suas próprias crenças e percepções, impedem que elas sejam cumpridas. (ALVAREZ, 2012, p. 836).

Silva (2010, p. 397) explica que “uma violência é sempre antecedida ou justificada, prévia ou posteriormente, por uma violência simbólica, que se exerce mediante uma subjetivação pelos agentes sociais envolvidos na relação”. No recorte desta pesquisa, essa explicação é necessária para entender que, sob uma ótica de violência institucional, a violência obstétrica não é reconhecida ou considerada também em função do sistema opressor, socialmente estruturante. As relações de poder aqui apresentadas não estão submetidas àquelas em que existe a indicação formal de hierarquia, como nas relações de pais e filhos, ou de empregadores e empregados, mas sim às relações em que existe uma hierarquia social identificada, em que há dominação pela detenção de conhecimento, ou concentração de riqueza, ou gênero, ou raça/etnia.

Entre o médico e o paciente existe uma relação de poder que privilegia o primeiro (pela detenção do conhecimento) em detrimento do segundo (pela falta do conhecimento). Foucault (1998) identifica que a construção histórica das unidades hospitalares carrega consigo essa relação de poder, tornando os hospitais espaços de exercício de poder. Essa configuração se identifica com o modelo tecnocrático da medicina moderna, caracterizada principalmente por uma abordagem intervencionista, fundamentada nas ideias mecanicistas de Descartes (DAVIS-FLOYD, JOHN, 2004).

Nesse modelo, a dominação está nas mãos do médico, uma vez que o paciente não possui a responsabilidade pelo seu próprio tratamento. O mé-

dico, visto como perito, é treinado para apresentar ao paciente uma resposta peremptória, posta como argumento de autoridade, e a não discutir alternativas de atenção e cuidado. Diante disso, há a abdicação da preferência pessoal do paciente – nesse caso, a mulher – para fazer aquilo que o médico elege como sendo o correto.

Um problema que ganha enfoque nesse sistema de dominação é a institucionalização do parto, prática em que a mulher perde o protagonismo para o médico. Essa institucionalização, segundo Maia (2010), resulta da ascensão da obstetrícia depois do século XIX, em que as parteiras deram lugar aos médicos obstetras. Até o século XVIII, a medicina europeia tinha uma estrutura tripartite e verticalizada, com os físicos no topo da hierarquia, abaixo os cirurgiões e, por último, os botânicos. Nessa estrutura hierárquica, nenhum desses atores era o responsável pelo parto, ou seja, o parto não era um ato médico, apenas se tornava no caso da necessidade de intervenção por alguma complicação (em geral, o papel dos cirurgiões se resumia a retirar um feto vivo de uma mãe morta).

Apenas na primeira metade do século XIX começaram a surgir as primeiras especialidades em obstetrícia nas faculdades europeias. A partir disso, houve a institucionalização do parto, e tanto a mulher quanto a parteira deram lugar ao médico e às técnicas, cada vez mais intervencionistas, de parturição. Aqui cabe destacar novamente o papel que a construção da imagem do conhecimento científico e tecnológico como sendo o único conhecimento válido teve para o desenvolvimento da violência institucional, pela qual o corpo da paciente é objetificado.

Além da institucionalização do parto, outra prática responsável pela disseminação da violência institucional é o processo de medicalização. Medicalizar é entendido nesta reflexão como um processo que transforma aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina, assegurando conformidade às normas sociais (MILES, 1991). Tal processo contribuiu para que as mulheres deixassem de estar engajadas ativamente no parto, visto como um serviço prestado pela medicina, cercado de tecnologia, moderno, seguro e passivo do ponto de vista da parturiente. Em troca disso, as mulheres pas-

saram de sujeitos a objetos do processo, reproduzindo a ótica da dominação masculina e racial que potencializa o cometimento das múltiplas formas de violações abarcadas pela violência obstétrica (SILVEIRA *et al.* 2010).

Esses elementos ganham ainda maior proporção em meio à pandemia mundial de Covid-19, que tem desafiado os sistemas de saúde de todos os países, demandando rapidez e eficiência para combater a doença e frear a disseminação do vírus. Nesse patamar, problemas e desigualdades estruturantes são agravados, como as pautadas em gênero e raça/etnia, movimento que maximiza violações, abusos e violências.

Apesar de ter despertado interesse de diversos atores sociais e políticos nas agendas brasileira e mundial recentes, a violência obstétrica segue acontecendo de forma generalizada, validada e perpetuada nos sistemas de saúde. O contexto político brasileiro pré-pandemia, marcado pelo recrudescimento de posicionamentos conservadores e reacionários, contribuiu para que o país liderasse o número de mortes maternas por Covid-19.

Nos últimos anos, os temas que refletem diretamente nas vidas das mulheres – geralmente envolvendo questões centrais defendidas pelos movimentos feministas – tendem a sofrer ainda maiores restrições na esfera das políticas públicas, incluindo-se o sistema de saúde. Os debates acerca da autonomia sobre o próprio corpo e da violência obstétrica são travancados por concepções religiosas ou valores morais que conferem as possibilidades de decisão sobre os rumos da vida das mulheres a fatores externos. Reafirma-se, por esses fatores, o sistema de dominação e de controle social que condiciona a submissão das mulheres aos homens, com prejuízos ainda maiores para as mulheres negras. A permanência de fortes traços racistas e sexistas na sociedade, principalmente nos espaços de poder, cria obstáculos à construção de novos cenários, como no campo do enfrentamento à violência contra as mulheres (SAFFIOTI, 2004).

Esse recrudescimento ocorre na contramão dos avanços que, apesar de tímidos, vinham sendo conquistados. Em 2018, as recomendações da OMS sobre atendimento obstétrico durante o parto elevaram “o conceito de experiência do cuidado como um aspecto crítico para garantir assistên-

cia de alta qualidade ao trabalho e ao parto, e melhores resultados centrados na mulher, e não apenas complementares à provisão de práticas clínicas rotina”⁸ (WHO, 2018, *online*).

Na mesma linha, havia sido instituída, no Brasil, uma série de políticas públicas por parte do Ministério da Saúde (MS), visando a garantir os direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos das mulheres (SOUZA *et al.*, 2011). Podem ser citados, exemplificativamente, o Humaniza SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Projeto Estímulo ao Parto Normal, cujos conteúdos tratam, em algum ponto, sobre violência obstétrica.

O MS chegou a abraçar campanhas pela realização de partos normais e de atendimento humanizado, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2017, produziu e divulgou material informativo sobre a violência obstétrica, no qual afirmava que este “tipo de violência pode ser física e/ou psicológica e atinge boa parte das mulheres e bebês em todo o país. Muitas dessas vítimas acabam ficando com sequelas. Algumas nem ao menos sobrevivem” (BRASIL, 2017, *on-line*).

Em três de maio de 2019, numa guinada à direita, o MS emitiu despacho abolindo oficialmente das políticas públicas brasileiras o termo “violência obstétrica”, por considerá-lo de “conotação inadequada, [que] não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério”. O despacho defende, ainda, “a impropriedade da expressão ‘violência obstétrica’ no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano” (BRASIL, 2019b, *online*).

Para além de possíveis interesses corporativos de proteção à classe médica, evidencia-se a prevalência dos elementos que estruturam os sistemas de dominação, referidos nesta reflexão, os quais, justamente por serem estruturantes, impescindem da intencionalidade do agente ao praticar a

⁸ Tradução livre do original: “the concept of experience of care as a critical aspect of ensuring high-quality labour and childbirth care and improved woman-centred outcomes, and not just complementary to provision of routine clinical practices”.

violência. A posição afirmada pela institucionalidade brasileira ilustra a invisibilização da violência obstétrica, reafirmando as relações de poder que subordinam as mulheres e as pessoas negras.

Ante a reprovação veemente de diversas entidades nacionais e internacionais ao despacho do MS, o Conselho Nacional de Direitos Humanos publicou a Recomendação nº 5, de nove de maio de 2019, na qual solicita a desconsideração do Despacho SEI/MS nº 9087621

por representar um retrocesso nas políticas públicas de saúde da mulher e saúde materna; [e também] a garantia da participação social na formulação da Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS e no Programa Humanização do Parto e Nascimento, especificamente, mas não apenas, quanto à tipificação das condutas que representam violência obstétrica. (BRASIL, 2019a, *online*).

Saliente-se que as recomendações e manifestações dos órgãos de defesa dos direitos humanos, do mesmo modo que os protocolos internacionais aos quais o Brasil tenha aderido, atinentes a essa temática, não possuem força impositiva (cogente) para obrigar, proibir ou punir. Assim, o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e a sua proteção contra a violência obstétrica padecem de grande vulnerabilidade, constantemente dependendo das lutas de movimentos sociais, das iniciativas de alguns representantes políticos e do engajamento de profissionais da área da saúde ou de outras áreas.

Em meio à pandemia de Covid-19, momento pleno de incertezas, essa dependência proporciona a prática de atos de violência obstétrica em maior grau. Impossibilitados de fornecer as respostas peremptórias condicionadas pelo sistema de dominação, médicos e autoridades do campo da saúde não dispõem de evidências científicas confiáveis para dar suporte às suas decisões. Além disso, o conhecimento científico tem sido alvo de ataques indiscriminados, colocando em xeque mesmo as noções mais basilares da ciência. Em tais circunstâncias, prevalecem mentalidades e ações mais conservadoras, de manutenção do *status quo* (PECHENY, 2019) no

qual os homens brancos ocupam os lugares sociais mais privilegiados, e as mulheres negras, os mais precários.

De fato, boa parte das restrições e intervenções implementadas ao parto e aos cuidados com gestantes, parturientes e puérperas, justificadas pelo surto de Covid-19, de um lado, tem necessidade ou eficácia questionável, pois não são fundadas em evidências científicas, e, de outro lado, configuram violações e atos de violência obstétrica. Destas, destacam-se as “intervenções desnecessárias [...] (como cesarianas ou partos instrumentais), proibição de companhia durante o trabalho de parto, separação e isolamento imediatos do recém-nascido e prevenção da amamentação”⁹ (SADLER; LEIVA; OLZA, 2020, p. 1).

Além de não terem sustentação científica para sua realização, tais intervenções implicam expressivos prejuízos que potencialmente podem afetar as mulheres e os recém-nascidos. As evidências médicas indicam que procedimentos adotados para acelerar o processo, com o escopo de, entre outras pretensões, diminuir sua duração e o tempo de exposição ao vírus no ambiente hospitalar, como a indução do parto, importam em maiores chances de cesariana de emergência.

Por sua vez, a realização de cesarianas eletivas ou de partos instrumentais tem relação com a redução do aleitamento materno exclusivo, fragilizando a saúde do bebê, e também são considerados fatores de risco para a instauração de quadros depressivos e transtornos de estresse pós-traumático, vulnerabilizando as mulheres. Ainda, o isolamento dos recém-nascidos e a coibição ao aleitamento materno dificultam o desenvolvimento de mecanismos de prevenção a infecções, o que acarreta consequências danosas em longo prazo, impactando na saúde pública. Igualmente, isolar os recém-nascidos de suas mães sobrecarrega o sistema de saúde, duplicando a carga de trabalho, uma vez que mãe e bebê serão atendidos separadamente (SADLER; LEIVA; OLZA, 2020, p. 2).

⁹ Tradução livre do original: “constitute obstetric violence, and include unnecessary interventions [...], prohibition of companionship during labour, immediate separation and isolation from the newborn, and the prevention of breastfeeding”.

Por fim, não é possível travar o diálogo aqui proposto sem abordar algumas noções socialmente difundidas que, além de alicerçarem abusos e violações referentes à violência obstétrica, durante a pandemia significam maior potencial de danos contra as mulheres. Dentre essas noções absolutamente equivocadas e estereotipadas, está a de que mulheres naturalmente apresentariam comportamentos mais emotivos e menos razoáveis. A vinculação de papéis sociais de gênero a características biológicas, na articulação do sistema de dominação, coloca as mulheres como mais fracas do que os homens, *a priori*, e mais sensíveis à dor, como também predispostas a reações exageradas (FÁVERO, 2010).

A banalização da violência obstétrica relaciona-se, junto a outros fatores, à presença de tais estereótipos de gênero na formação e nas rotinas dos profissionais de saúde, bem como na organização dos serviços prestados às mulheres. Não por acaso, uma das manifestações da violência obstétrica é a agressão verbal dirigida às mulheres que reagem às dores sentidas durante o parto: “na hora de fazer, não gritou, não é?” (DINIZ *et al.*, 2015). Esses estereótipos também se relacionam à normalização dos procedimentos violentos, não percebidos como tal e, em consequência, não denunciados e não coibidos. Assim, embora causem danos à saúde física e mental das mulheres, tais práticas permanecem ocorrendo, como também os males que elas causam.

Quanto às mulheres negras, o legado escravagista da sociedade encarregou-se de perpetuar a crença de que, comparadas às mulheres brancas, são fisicamente mais resistentes e mais capazes de suportar sofrimentos. Esse preconceito articula-se à precariedade das condições econômicas e dos equipamentos sociais que, também diretamente relacionados à herança da escravização, estão acessíveis às pessoas negras, aumentando sua vulnerabilidade (ASSIS, 2018).

O fato de as gestantes e puérperas negras com Covid-19 terem sido admitidas pelo sistema de saúde em piores condições do que as mulheres brancas é indissociável da sua imagem de “boas parideiras” tanto quanto das necessidades materiais as obrigam, ou a seus familiares, a estarem mais

expostos à contaminação, grandemente em razão da continuidade de suas rotinas laborais sem acesso aos cuidados necessários.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo buscou refletir sobre a liderança mundial assumida pelo Brasil no número de óbitos de gestantes e puérperas por Covid-19. Para tal, recorreremos à compreensão da violência obstétrica dentro de um contexto geral de violências, articuladas a sistemas de dominação embasados no gênero e na raça/etnia. Por esse prisma, foi possível perceber a violência obstétrica a partir do viés da violência institucional (visto que ela está naturalizada em um sistema de opressão) e de gênero (uma vez que se insere entre os mecanismos de dominação masculina e de controle dos corpos das mulheres).

Ainda analisando as definições abordadas sobre violência obstétrica, foi possível afirmar a existência de um problema estrutural quanto às práticas que a configuram, produzidas e reproduzidas dentro do que a sociedade entende como normal. Assim, afirmou-se que os mecanismos da violência obstétrica têm estreita vinculação com as categorias gênero e raça/etnia, as quais permeiam as relações sociais e reafirmam posições de poder e normas de conduta no bojo das instituições, como os hospitais e outros componentes do sistema de saúde.

Como aludido, a institucionalização da violência obstétrica determina sua ocorrência não apenas pela perspectiva de exclusão social e política, mas também na manutenção da estrutura social hierárquica em que homens brancos ocupam as posições mais privilegiadas, e mulheres negras, as mais vulneráveis.

Nesse sentido, discutimos a ascensão do modelo tecnocrático hospitalar na configuração da violência institucional que, ao supervalorizar a técnica e a tecnologia, condiciona os médicos ao polo ativo e os pacientes ao polo passivo de uma relação de dominação. O processo de exclusão do protagonismo das mulheres, bem como a institucionalização e a medicali-

zação do parto foram qualificados como fatos relevantes para que a violência institucional se imbricasse à violência obstétrica em prejuízo das gestantes e puérperas.

O atual cenário brasileiro também foi problematizado, enfocando os desafios à concretização dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, de um lado, pelas incertezas e riscos inerentes à contaminação pelo novo coronavírus e, de outro, pelo recrudescimento de posições políticas e sociais conservadoras e reacionárias. Com a problematização de tais aspectos, buscou-se trazer ao debate acerca dos desafios representados pela Covid-19 alguns pontos-chave para a compreensão da vulnerabilidade das mulheres, especialmente das mulheres negras, ao risco de morte materna. Ante o quadro esboçado, podemos afirmar que, durante a pandemia, o Brasil tem mostrado ao mundo a face mais perversa da violência obstétrica: o recorde de mortes maternas, com preponderância das mulheres negras.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Sonia E. Feminismos e antirracismo: entraves e intersecções: entrevista com Luiza Bairros, ministra da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir). *Revista Estudos Feministas*, v. 20, n. 3, p. 833-850, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 ago. 2020.

ASSIS, Jussara Francisca de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 133, p. 547-565, dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-662820180003000547&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Recomendação n. 5, de 9 de maio

de 2019. Brasília, 2019a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/recomendacao-n-5-de-9-de-maio-de-2019-149878165>. Acesso em: 05 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Despacho SEI/MS n. 9087621, de 03 de maio de 2019. Brasília, 2019b. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95e-de706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em: 05 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Você sabe o que é violência obstétrica? *Blog da Saúde*. Brasília, 24 de novembro de 2017. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53079-voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica>. Acesso em: 05 ago. 2020.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 117-133, dez. 2003.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002.

DAHLBERG, Linda; KRUG Etienne. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva* [online], v. 11, supl., p. 1163-1178, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-812320060005-00007>. Acesso em: 05 ago. 2020.

DAVIS-FLOYD, Robbie; JOHN, G. *Del medico al sanador*. Buenos Aires: Creavida, 2004.

DINIZ, Simone Grilo *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 ago. 2020.

FÁVERO, Maria Helena. *Psicologia do gênero: psicobiografia, sociocultura e transformações*. Curitiba: UFPR, 2010.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

MAIA, Mônica Bara. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MILES, Agnes. *Women, health and medicine*. Philadelphia: Open University Press, 1991.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. *Psicologia em Estudo*, v. 11, n. 3, p. 647-654, set./dez. 2006.

OMS. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: World Health Organization, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2020.

PECHENY, Mario Martín. Restaurações conservadoras na Argentina e no Brasil: o íntimo e o público sob ataque. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. v. 23, e19005, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190051>. Acesso em: 28 jul. 2019.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. *Violência obstétrica: parirás com dor*. São Paulo: Parto do Princípio, 2012. Disponível em: https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC_VCM_367.pdf. Acesso em: 04 ago. 2020.

SADLER, Michelle; LEIVA, Gonzalo; OLZA, Ibone. COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sexual and Reproductive Health Matters*, v. 28, n. 1, 2020, article n. 1785379, p. 1-4. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/26410397.2020.1785379>. Acesso em: 05 ago. 2020.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. Pós-fácio: Conceituando o gênero. In: SAFFIOTI, Heleieth I. B.; MUÑOZ-VARGAS, Monica (Orgs.). *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1994. p. 271-283.

SANTOS, Debora de Souza; MENEZES, Mariane de Oliveira; ANDREUCCI, Carla Betina; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; KNOBEL, Roxana; KATZ, Leila; SALGADO, Heloisa de Oliveira; AMORIM, Melania Maria Ramos de; TAKEMOTO, Maira L. S.. Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. *Clinical Infectious Diseases* [online], art. n. ciaa1066, p. 1-8, jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1066>. Acesso em: 05 ago. 2020.

SÃO PAULO. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher. *Violência obstétrica: Você sabe o que é?* São Paulo: EDEPE - Escola da Defensoria Pública do Estado, 2017. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia-obstetrica.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2020.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: *Educação e realidade*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul/dez. 1990.

SILVA, Rosimeri Aquino da. Sociologia da conflitualidade. *Revista Sociedade e Estado*, Brasília, v. 25, n. 2, p. 395-402, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v25n2/13.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2020.

SILVEIRA, Maria Lúcia da. Contribuições da perspectiva de gênero para o esboço de alternativas emancipatórias da sociedade. In: BATISTA, D. et al. (Org.). *Cidadania e subjetividade*. São Paulo: Imaginário, 1997. p. 161-180.

SILVEIRA, Sandra Cristina; CAMARGO, Brígido Vizeu; CREPALDI, Maria Aparecida. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 23, n. 1, p. 1-10, 2010.

SOUZA, Taísa Guimarães de; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; MODES, Priscilla Shirley Siniak dos Anjos. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 32, n. 3, p. 479-86, 2011. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/17497>. Acesso em: 04 ago. 2020.

TAKEMOTO, Maira L. S.; MENEZES, Mariane de O.; ANDREUCCI, Carla B.; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; AMORIM, Melania M.R.; KATZ, Leila; KNOBEL, Roxana. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* [on-line], art. n. 13300, p. 1-3, jul. 2020. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijgo.13300>. Acesso em: 04 ago. 2020.

VENTURA, Miriam. Saúde Feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos. *In*: BARSTED, Leila Linhares; PITANGUY, Jaqueline (Org.). *O progresso das mulheres no Brasil, 2003-2010*. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011, p. 305-338.

WHO. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 05 ago. 2020.