

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS

ESCOLA DE ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA

BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

**É PELA VIDA DAS MULHERES:
JUSTIÇA REPRODUTIVA COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?**

Cíntia Rigotto Silveira

Porto Alegre

2019

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Cíntia Rigotto Silveira

É PELA VIDA DAS MULHERES: JUSTIÇA REPRODUTIVA COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?

Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela em Saúde Coletiva.

Orientador: Professor Dário Pasche

Porto Alegre

2019

Agradecimentos

Gratidão à todas as mulheres que lutaram pelo nosso direito de existir. Gratidão àquelas que tombaram - as que foram queimadas, violentadas, abusadas, e não se calaram. Vocês são exemplos, e serão sempre lembradas.

Agradeço às mulheres que fizeram e fazem parte da minha vida. Cada uma de vocês está presente neste trabalho. São três décadas de ouvidos atentos à todas as dores e amores. Agradeço às mulheres da minha família, que sempre me deram exemplos de garra, força e carinho.

As minhas queridas e queridos de 2016/1 (Nati, Eliza, Jesualda, Sabrina, Rafa e Lucas - e a Bela, que já estava lá, mas faz parte da turminha), gratidão. Vocês fizeram destes quatro anos da graduação um local seguro e acolhedor. Aprendi tanto com vocês que nenhuma UPP poderia me proporcionar. Da ENFSC pra vida, sanitaristas do meu coração.

Agradeço meu orientador e parceiro de mate, Prof Dário, por confiar em mim desde o começo dessa jornada, me abraçar na iniciação científica e pelas palavras de carinho durante esses anos. Agradeço aos meus demais profes na Saúde Coletiva, levo vocês comigo.

Pai Jorge e mano Guigo, vocês são meu chão e meu teto. Gratidão pela vida e por estarem sempre comigo. Sogra Fátima, Sogro Cilon, prima Thalia, grata por tudo. Pelas palavras de incentivo, de apoio e pelos puxões de orelha também.

Thiago, meu companheiro, meu maior incentivador à voltar a estudar. Sem tu, gato, eu não teria acreditado que um dia eu seria uma Sanitarista formada pela UFRGS. Obrigada por existir e por somar tua vida e teus sonhos com os meus. Essa conquista é só mais uma das tantas que já tivemos juntos e que ainda vamos ter. Te amo grande como o universo.

Gael, filhote. Tu chegaste no meio do furacão e é a maior e melhor revolução da minha vida. Obrigada por me ensinar todo dia o que é o amor, a paciência, o cuidado. Tu me ajudaste a perceber minha vocação dentro da academia mesmo antes de nascer. Falar de gestar e parir virou minha paixão, e tu é parte disso. Nossa história - tua, do teu pai e minha - está só começando. Amo tu, pequenininho.

Resumo

A violência obstétrica (VO) é um agravo importante de ser estudado e é considerado um tema de relevância para a saúde das mulheres. A VO tem sido objeto de diversos estudos com a constatação de que em torno de 25% das gestantes afirmam ter sofrido violência durante o pré-natal, parto e puerpério, e, nessa medida, é urgente a ampliação de investigações sobre o tema e a criação de ferramentas para diminuição destes casos. A Justiça reprodutiva nos traz uma perspectiva ampla de saúde das mulheres, trazendo para o debate diversos pontos que interseccionam a vida das pessoas e que devem ser consideradas para a elaboração de políticas públicas, como acesso à saúde, segurança e justiça, assim como uma perspectiva coletiva de enfrentamento e construção de soluções. Este trabalho tem como objetivo principal apresentar o conceito de Justiça Reprodutiva como uma possível ferramenta de enfrentamento à violência obstétrica a partir da revisão bibliográfica exploratória em diversos portais como LILACS, Biblioteca Virtual Em Saúde, Portal De Periódicos Da Capes e Scielo. A pesquisa nesses portais ocorreu partir dos termos Justiça reprodutiva, Violência obstétrica, direitos humanos e medicalização da vida. A justiça reprodutiva, ao invocar as mulheres a decidirem sobre suas vidas, propondo a necessidade de construções coletivas também nos mostra que é necessário a ampliação das pautas de forma abrangente, já que violências não são isoladas e exigem soluções complexas e coletivas. Assim como nos ajuda na compreensão da importância da defesa do SUS público, gratuito, equânime e de qualidade.

Palavras chave: Justiça Reprodutiva. Violência Obstétrica. Mulher. Parto.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 O CUIDADO E O NASCER.....	9
3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	17
4 A JUSTIÇA REPRODUTIVA E O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
ANEXO A - CLASSIFICAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E AO NASCIMENTO	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho parte do acúmulo de inquietações que rodeiam a autora desde antes do ingresso na graduação em Saúde Coletiva a respeito do Gestar e Parir. Sempre causou estranhamento o fato de o parto normal/vaginal ser demonizado em novelas e filmes, sendo retratado como algo fora do comum, assim como os relatos de conhecidas sobre o ato de parir sempre estarem rodeados de mitos e lamentos.

Durante a graduação muitos assuntos transversais ao tema principal - gestar e parir - faziam retornar as inquietações empíricas da adolescência. Equidade, alteridade, respeito, humanização, desigualdades; dados epidemiológicos, bancos de dados; políticas específicas de minorias, processos de trabalho e de cuidado. Gestação e nascimento sempre estavam presentes no imaginário. Junto com essa inquietação inicial somou-se mais algumas, principalmente as que dizem respeito à todas as formas de violência que as mulheres sofrem, e que, de uma forma ou outra, acabam sendo acolhidas (ou deveriam ser) no amplo setor da saúde.

No segundo semestre de 2017 a autora teve a oportunidade de ser bolsista de Iniciação Científica em uma pesquisa multicêntrica denominada “Inquérito sobre o funcionamento da atenção básica e acesso à atenção especializada em Porto Alegre”. Essa Pesquisa que se propunha a realizar a investigação de quatro agravos, dos quais o que nos foi designado falava sobre o itinerário das gestantes de alto risco entre a atenção básica e a atenção especializada. A partir deste marcador houve a certeza de que a trajetória na Saúde Coletiva seria com e para a saúde das mulheres.

O tema da Violência Obstétrica (VO) já era presente nas rodas de discussão e nas pesquisas acadêmicas (em uma das Unidades de Produção Pedagógicas de planejamento, gestão e avaliação em saúde a tarefa era propor um serviço de saúde no município, e o grupo optou por propor um centro de parto normal na cidade de Porto Alegre), mas devido às projeções midiáticas no início de 2019 em relação a “polêmica” sobre o uso do conceito/termo de Violência Obstétrica, foi identificada a necessidade de se aprofundar na temática. Na busca por informações, surgiu o conceito de Justiça Reprodutiva (JR), o qual fez sentido

dentro das utopias de vida desta graduanda, bem como aguçou a curiosidade científica de utilizar tal conceito para melhor compreender a VO enquanto um problema social a ser respondido por via de pesquisa acadêmica.

A partir desse problema de pesquisa, este trabalho tem como objetivo geral apresentar o conceito de Justiça Reprodutiva (JR) como uma possível ferramenta de enfrentamento à violência obstétrica (VO), já que consideramos esse agravo um problema coletivo e que não será solucionado apenas com políticas governamentais, e sim com uma mudança de cultura social à respeito da independência das mulheres à respeito das decisões sobre seus próprios corpos.

Considerado um tema de relevância para a saúde das mulheres, a VO é evidenciada no estudo Mulheres e Gênero nos Espaços Públicos e Privados,¹ onde 25% das parturientes afirma ter sofrido violência durante o ciclo gravídico-puerperal. Além deste dado alarmante, que por si mesmo já seria motivo mais que suficiente para modificarmos a forma de cuidado com as gestantes brasileiras. O Brasil contraria as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) no que diz respeito aos partos cesáreos. A expectativa é que os mesmos fiquem entre 10% e 15% de todos os nascimentos, mas, em 2017, tanto os atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (público), quanto os atendimentos privados (planos, convênios e particulares), atingiu-se a marca de 1.627.302 partos cesáreos (55,66%) contra 1.294.034 partos vaginais (44,26%).²

Em relação à Justiça Reprodutiva, é um conceito cunhado pelas mulheres negras nos Estados Unidos da América que envolve outras questões para além dos direitos sexuais e reprodutivos, trazendo a lógica coletiva de melhores condições de vida para que todas possam vivenciar a gestação e a maternidade (para as que assim desejarem) de forma plena.

Para atingir o objetivo geral desta pesquisa, assumimos como estratégia metodológica o estudo exploratório de base bibliográfica e documental, tanto em bibliografias específicas sobre a temática, quanto em documentos públicos relativos e transversais ao objeto. Estas buscas foram realizadas, através de

¹ Pesquisa realizada em agosto de 2010 com 2.365 mulheres e 1.181 homens, em 176 municípios de 25 UF's, e que continha perguntas como: "Percepção de melhora na situação das mulheres em comparação com a vida há 20 ou 30 anos"; "É bom ou ruim ser mulher"; "Melhores e piores coisas de ser homem". Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf.

² DataSUS 2017. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936>.

técnicas qualitativas, revisão bibliográfica a respeito dos termos/conceitos “violência obstétrica” e “justiça reprodutiva”. Para tal empreitada foram realizadas pesquisas exploratórias no LILACS,³ Biblioteca Virtual Em Saúde⁴, Portal De Periódicos Da Capes⁵ e Scielo⁶. Também foram realizadas buscas no DataSUS à respeito das taxas de cirurgias cesarianas, partos vaginais e informações sobre os Centros de Parto Normal.

Assumimos como pressuposto metodológico a centralidade e importância de criteriosa revisão bibliográfica. Assim como afirmam Jean-Pierre Deslauriers e Michéle Kérisit (2012), a revisão bibliográfica deve incorporar elementos de teoria científica buscando o diálogo transdisciplinar com áreas afins ao objeto de estudo. Como nosso objeto de pesquisa é a intersecção entre VO e JR, além de produções acadêmicas da grande área da Saúde e Saúde Coletiva, assumimos a noção transdisciplinar para estabelecer diálogo com outras áreas do saber e outros campos do conhecimento científico, tais como o direito e as ciências sociais.

Em seu livro, “Pesquisa Social: teoria, método e criatividade”, Cecília Minayo (2009) afirma que “para problemas essenciais, como a pobreza, a miséria, a fome, a violência, a ciência continua sem respostas e sem propostas”, por isso a necessidade de estabelecer estratégias metodológicas que estejam atentas às contribuições de outras pesquisas para a temática e o objeto propostos, bem como manter presente a noção de compromisso social da pesquisa. Além de Minayo (2009), Martin Bauer e George Gaskell (2002) também apontam aspectos determinantes para uma pesquisa sólida, criteriosa e comprometida. Os autores afirmam, por exemplo, que “o que necessitamos agora são critérios explícitos, afirmações públicas sobre o que constitui uma ‘boa prática’, e até mesmo ideias sobre administração de qualidade no processo de pesquisa” (BAUER; GASKELL, 2002, p. 471).

Portanto, encontrar respostas para problemas essenciais utilizando “critérios explícitos” e “boas práticas” exige análises criteriosas, compromisso social e ética em pesquisa, já que os processos nos quais se inserem são complexos e envolvem diversos atores com múltiplas formações, interesses e

³ Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências da saúde. <https://lilacs.bvsalud.org/>

⁴ Biblioteca virtual em saúde. <http://brasil.bvs.br/>

⁵ Portal de periódicos da Capes <http://www.periodicos.capes.gov.br/>

⁶ Scielo. <https://www.scielo.org/>

ideologias. Este trabalho se propõe, enquanto objetivo específico, a encontrar respostas que contribuam para uma análise mais qualificada em torno ao objeto de estudo e, também, apontar possíveis caminhos para o enfrentamento de uma série de problemas que tocam às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal.

Para tal tarefa, dividimos este trabalho em três capítulos:

- O cuidado e o nascer - neste capítulo nos propomos a fazer uma retrospectiva de como é o cuidado em saúde, as políticas públicas em saúde para as mulheres, suas dificuldades de implementação e críticas dos movimentos de mulheres;
- A violência obstétrica - revisão do conceito de VO, dados imprescindíveis para compreensão da gravidade desta forma de violência/agravo, e;
- Justiça reprodutiva como ferramenta - onde apresentamos o conceito de JR, sua contribuição para o enfrentamento à VO e como podemos utilizá-la no contexto brasileiro.

Os três capítulos estão estruturados de forma complementar e conformam uma espiral teórico-conceitual em torno ao objeto de estudo, trazendo como síntese argumentos para o aprofundamento do debate científico sobre Violência Obstétrica e seu enfrentamento através de iniciativas (“ferramentas”) como a Justiça Reprodutiva.

2 O CUIDADO E O NASCER

Gestar e parir faz parte da vida de mulheres⁷ que optam por ter filhos. E existem diversas formas de passar por esse processo gravídico-puerperal⁸ - usando os paradigmas de assistência à saúde de Robbie Davis-Floyd (2001) podemos dividir esse cuidado em:

1) Modelo Tecnocrático: intervenções médicas desnecessárias, muita tecnologia, corpo como máquina, “paciente”⁹ como objeto, padronização do cuidado, deixar as escolhas para o médico (excluindo a parturiente das decisões), uso de intervenções agressivas de modo a acelerar os resultados, e tratando a gestação quase como uma doença a ser curada;

2) Modelo Humanista: Corpo como organismo (e não como máquina), conexão o ser cuidado e o cuidador, informação, responsabilidade e tomada de decisão compartilhada entre “paciente” e profissional, cuidado baseado em evidências, cuidando dessas mulheres com atenção, evitando que agravos ocorram, mas somente com intervenções necessárias.

Desde 1996 a Organização Mundial da Saúde (OMS) disponibiliza classificação de práticas comuns na condução dos partos normais, onde são divididas em “práticas úteis que devem ser estimuladas”, “práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas”, “práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão” e “práticas frequentemente usadas de modo inadequado”.¹⁰

Para melhor compreender a estrutura do cuidado em saúde, é necessário pensar no trabalho na área da saúde e da assistência. Emerson Merhy e Túlio Franco (2012) nos ajudam a enxergar esse processo e trazem conceitos que

⁷ Neste trabalho o uso da palavra mulheres será utilizado para se referir às pessoas que passam pelo ciclo gravídico-puerperal, mesmo reconhecendo que homens trans também podem gestar e parir, e, por consequência, sofrer com a VO. A decisão de usar o termo mulheres é política, e está ancorada nos muitos séculos de opressão que as mulheres sofreram (e sofrem) pelas mãos dos homens simplesmente por serem mulheres.

⁸ Ciclo gravídico-puerperal compreende o período da gestação e pós-parto.

⁹ Robbie Davis-Floyd usa o termo “paciente”, que neste trabalho colocamos entre aspas pois acreditamos que o termo “usuário” é o mais adequado. Conforme a 4ª edição do Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, paciente remete “aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado”, quando o que almejamos são usuários do SUS que sejam ativos, questionadores e participantes dos processos. Manual disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf.

¹⁰ A listagem completa das práticas mais comuns e sua classificação encontram-se no anexo A.

casam com os modelos tecnocráticos e humanistas, além de possibilitar melhor compreensão do próprio trabalho. O trabalho na saúde é trabalho vivo em ato, “isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado”, e que deve “tomar como seu objeto central o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado.” (MERHY; FRANCO, 2012).

Merhy e Franco também nos trazem as forma de tecnologia no trabalho em saúde: leve, leve-duras e duras. As tecnologias duras são os instrumentos, aparelhos (como bisturis, equipamentos de imagem e diagnóstico, medicamentos, etc). Tecnologias leve-duras se caracterizam quando existe a utilização do saber técnico estruturado (o uso da tecnologia dura com o trabalho do profissional de saúde). E, finalmente, a tecnologia leve é a relação entre os sujeitos - usuários e profissionais, que existe no encontro, na relação entre as pessoas. Dessa forma, podemos ter um cuidado em saúde focado no uso de equipamento e alta intervenção (tecnologia dura), ou um cuidado fundamentado na interação, no afeto e no compartilhamento.

Em consonância com Floyd e Merhy, Rita Barata (2009) nos diz que desenvolvimento tecnológico-científico em saúde deveria auxiliar na recuperação da saúde, mas quando falamos em desigualdades que geram doenças essa inovação tecnológica não suscita tantos efeitos.

A medicalização da vida vem sendo discutida no mundo todo como uma “epidemia” mundial, colocando a sintomatização de “sentires”, os diagnósticos e o uso desenfreado de medicamentos como solução para a vida das pessoas “desconsiderando aspectos cruciais como as questões políticas, sociais, históricas e culturais, nos quais o sujeito está inserido” (AZEVEDO, 2018). Além disso, podemos retomar a mudança de paradigma dos partos, quando o mesmo deixa de ser um evento familiar e “privado”, ou seja, em casa, e passa para o “espaço público” dos hospitais.¹¹ É neste momento que o parto deixa de ser amparado por parteiras e passa a ser objeto da medicina (majoritariamente masculina) e de suas “novas tecnologias”. Tecnologias que passaram a ser usadas nos partos com o

¹¹ Quando falamos em privado neste caso nos referimos ao privado do coletivo familiar, e não um evento individual. Assim como o público quando nos referimos aos hospitais estamos remetendo à falta de privacidade e de acompanhamento do coletivo familiar durante o parto.

avanço da ciência - ocitócitos¹², fórceps, episiotomia, analgésicos, ultrassonografias, o monitoramento cardíaco fetal, entre outros (TRINDADE, 2018) (TEIXEIRA; NAKANO; NUCCI, 2018).

No Brasil, pesquisas apontam que uma em cada quatro (25%) parturientes relata ter sofrido algum tipo de violência durante pré-natal, parto ou pós-parto,¹³ além do alto número de partos cesáreos¹⁴ (em 2017 tivemos 2.923.535 nascimentos, destes, 1.294.034 vaginais - 44,26% - e 1.627.302 cesáreos - 55,66%). Em 2015, a OMS, conclui em documento intitulado “Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas” que “ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal”, e que, “[...] não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios”. (OMS, 2015). Tal afirmação coloca as taxas brasileiras em nível muito acima do esperado, indicando que muitas dessas cirurgias são feitas sem a devida indicação.

Para compreender melhor o histórico sobre o cuidado no ciclo gravídico-puerperal no Brasil retomamos a criação do nosso sistema de saúde e as políticas e programas que seguiram. A Constituição Federal (CF) de 1988 no seu Artigo 196, afirma que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado [...], e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p. 33). Também aponta a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), regionalizado e hierarquizado, que contempla a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. O SUS é a política de organização e reordenamento do cuidado com a saúde da população brasileira, garantida pela Lei Nº. 8080 de 19 de setembro de 1990, e possui como princípios a universalidade, integralidade e a equidade.¹⁵

O Estado brasileiro passa a entender Saúde como não mais que ausência de doença, ao afirmar no artigo 3º da Lei 8080, que:

¹² Agentes que aceleram o parto estimulando o útero, sendo o mais conhecido a ocitocina sintética.

¹³ Conforme estudo de Gustavo Venturini (2016) “Mulheres e Gênero nos Espaços Públicos e Privados” realizado como o apoio da Fundação Perseu Abramo, divulgada no relatório final da CPMI sobre violências contra as mulheres.

¹⁴ DataSUS 2017. Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936>.

¹⁵ Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, 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. (LEI Nº. 8080, 1990, S.I)

Ou seja, os determinantes e condicionantes são parte fundamental para uma vida digna - modelo de Dahlgren e Whitehead (BUSS; FILHO, 2007).¹⁶ A Saúde é construída socialmente e, conforme Barata (2009):

As explicações históricas representam ruptura com a teoria da multicausalidade e com o paradigma do risco, adotando o conceito de determinação social, ou seja, processos de determinação histórica e social regidos pelas leis da dialética que estabelecem os limites dentro dos quais os fenômenos de menor nível de complexidade podem ocorrer. (BARATA. 2009. p. 24)

A autora também nos traz a reflexão sobre a forma como os determinismos das cadeias de causa-efeito não são suficientes para explicar os processos de saúde e doença, e nos diz que “saúde é um produto social e algumas forma de organização social são mais sadias do que outras” (BARATA, 2009 p. 23). Ou seja, sociedades menos desiguais do ponto de vista de distribuição de renda, trabalho, qualidade de vida, preconceitos diversos, tendem a diminuir iniquidades em saúde.

Antes da criação do SUS, conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)¹⁷ (2004, p. 15-19), os cuidados com as mulheres tinham como enfoque a gravidez e o parto, tentando minimizar as mortes materno-neonatais, entendendo o papel das mulheres como mães e donas de casa. Nesse momento o Movimento Feminista já apontava para o reducionismo do cuidado das mulheres apenas no ciclo gravídico-puerperal, e que as desigualdades de gênero são agravantes das condições de saúde. Em 1984, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporava a integralidade e equidade na atenção à saúde, em processo incipiente do que viria a ser o SUS. Em 2004 o programa se transforma em Política Nacional de Atenção

¹⁶ Segundo Buss e Filho (2007, p. 78): “[...] são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>.

¹⁷ Histórico do Ministério da Saúde sobre a saúde da mulher. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/sobre-a-area>.

Integral à Saúde da Mulher¹⁸, sendo pautado como assunto prioritário para o Brasil:

Incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades. (PNAISM, 2004, p. 5).

Em 2002 é lançado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)¹⁹, que dá as diretrizes básicas para atendimento às mulheres. Já em 2011 é lançada a Rede Cegonha²⁰, uma estratégia que busca garantir que toda mulher tenha “... direito ao planejamento reprodutivos e atenção humanizada à gravidez ao parto e ao puerpério (pós-parto), bem como as crianças têm o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.” (REDE CEGONHA, 2011).

A Rede Cegonha se propõe a propiciar melhor cuidado das mulheres durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento infantil durante os primeiros 24 meses de vida da criança. E tem como objetivo “reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes.” (REDE CEGONHA, 2011, S.I).²¹ A caderneta da gestante disponibilizada pelo Ministério da Saúde é um instrumento simples e que qualifica o pré-natal, já que a mesma possui muitas informações à respeito do cuidado na gestação, parto e pós parto, assim como direitos das gestantes e cuidados com o bebê.

Conforme Dário Pasche, Eduardo Passos e Élide Hennington (2011), políticas públicas, são estratégias para iniciar mudanças nas formas de cuidado em saúde, porém nem sempre são apreciadas (ou compreendidas) pelos

¹⁸ Documento que versa sobre o cuidado integral da saúde das mulheres pelo SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.

¹⁹ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html.

²⁰ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html.

²¹ Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/sobre-o-programa>.

movimentos sociais. No caso da Rede Cegonha, o movimento de mulheres percorreu diversas críticas à política, pois compreendeu que era mais uma ação de estado colocando as mulheres “reduzidas à sua dimensão reprodutora e, por consequência, a oferta mais significativa é a assistência em âmbito materno-infantil” (PASCHE; VILELA; SANTOS; 2017).

Porém, a negativa de alguns movimentos feministas em dar atenção e estar presente nas discussões de atenção obstétrica e neonatal fez com que muitos absurdos fossem cometidos, e esse paradoxo acabou excluindo uma parte dos direitos sexuais e reprodutivos da pauta social. Gestar e parir é uma parte, tão importante quanto as demais, da saúde das mulheres, e não deve ser deixado de lado, afinal não existe hierarquia de maior ou menor importância no que toca a saúde das pessoas, e sim o cuidado integral.

Mas não foi só no movimento de mulheres que as propostas de cuidado da Rede Cegonha tiveram efeitos, as bancadas conservadoras enxergaram uma ameaça, já que a Rede Cegonha poderia:

[...] servir de espaço político-institucional para a preservação de direitos das mulheres na área da saúde. A manutenção e ampliação da contracepção de emergência no SUS; a introdução do teste rápido de gravidez, cujo manual orienta a ação dos profissionais naquelas situações em que gravidez é manifestada como indesejada; a manutenção da compra centralizada de contraceptivos, não facultando às Secretarias Municipais de Saúde a aquisição, que poderia não ser realizada caso o gestor não concordasse com o direito de acesso das mulheres; a compra centralizada e a distribuição para todo o Brasil de material para aspiração manual intrauterina (AMIU) e do Misoprostol, são exemplos de ação de resistência institucional no âmbito de gestão da Rede Cegonha. (PASCHE, VILELA, SANTOS, 2017, p. 125)

As resistências às políticas de humanização do parto também vieram dos serviços de saúde. O volume 4 dos Cadernos HumanizaSUS - Humanização do Parto e Nascimento - está repleto de relatos de experiências por todo o Brasil, e neles aparecem diversos casos de resistências que incluem a gestão dos hospitais e dos profissionais. Resistências essas que incluem o desrespeito à lei do acompanhante²² que já existe desde 2005:

²² Lei Federal nº. 11.108, de 07 de abril de 2005, que: “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: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.

Assim, em algumas maternidades envolvidas no PQM, foram observadas muitas resistências em mudar o trato e as formas de cuidar da mulher ao dar à luz. Embora o enfrentamento, por meio de espaços coletivos, envolvendo diferentes atores sociais do SUS e da sociedade civil, e de atuação da Promotoria, representando a instância jurídica, tenha ocorrido, os efeitos de mudança foram lentos, de desestabilização difícil e aquém do desejado, principalmente no primeiro ano, sobretudo no que se refere ao direito ao acompanhante da livre escolha da mulher e à implementação da cogestão e gestão participativa. (GOMES, 2014, p. 141)

Assim como um grande corporativismo e pouca participação de algumas categoria profissionais em espaços de discussão onde são trazidas as boas práticas²³ para o parto e nascimento:

Na perspectiva das apoiadoras, fortes obstáculos na consecução da cogestão nas maternidades residem na forma de participação, de relacionamento e de poder no espaço institucional em razão da mudança. É citada a pouca participação dos profissionais, sobretudo dos obstetras, pediatras e anesthesiologistas nos processos de discussão para as mudanças propostas (Apoiadora PQM – 1), que se reflete ainda com um fraco protagonismo para a assistência com base nas boas práticas de atenção ao parto (Apoiadora PQM – 2). Esse comportamento é encarado como resistência às mudanças ou como falta de compromisso. O fortalecimento do corporativismo médico (Apoiadora PQM – 3) dificulta a inserção dos médicos e limita as oportunidades de participação dos profissionais como equipe. (GOMES, 2014, p. 373)

Para o enfrentamento destas resistências nos processos de mudança de paradigma de cuidado às gestantes, qualificar os processos de formação e aprimorar o apoio nas maternidades brasileiras, foi criado em 2017 o projeto ApiceON (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia). Um programa de iniciativa do Ministério da Saúde em conjunto com outras instituições que contempla 97 hospitais de ensino do país e propõe:

[...] a qualificação nos campos de atenção / cuidado ao parto e nascimento; planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto; atenção às mulheres em situações de violência sexual, de abortamento e aborto legal; em hospitais com as seguintes características: de ensino, universitários e / ou que atuam como unidade auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha. O propósito é ampliar o alcance de atuação dos hospitais na rede SUS e também reformular e / ou aprimorar processos de trabalho

²³ Ver Anexo A.

e fluxos para adequação de acesso, cobertura e qualidade do cuidado. (APICEON, 2019[?], S.I)

O apoio é realizado através da tríade formação, atenção e gestão, com o objetivo de reduzir as distâncias entre os serviços, as universidades e a comunidade, utilizando estratégias próprias do programa, que inclui grupos estratégicos locais, mediadores e uma nova forma de gerir os serviços de saúde. Contudo, em que pese todas estas tentativas de qualificar o parto e nascimento nas instituições de saúde brasileiras, ainda persistimos em dados alarmantes e situações de violência no que diz respeito às mulheres.

Neste capítulo descrevemos alguns balizadores teórico/conceituais e normativos/institucionais do gestar/parir no Brasil, buscando estabelecer conexões com o objeto da pesquisa e apontando as possibilidades e limites do “cuidado em saúde”. No próximo capítulo avançamos na definição do conceito de Violência Obstétrica (VO) e as limitações das políticas já existentes para melhoria das boas práticas durante o parto e nascimento.

3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Para entender o conceito de Violência Obstétrica é necessário antes definir (ou estabelecer) o que é violência no grande campo da saúde. A definição do que é violência pode ser bem amplo, mas para compreendermos um pouco melhor, utilizaremos as definições da OMS assumidas pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul (CEVS). Nesse sentido, violência pode ser dividida por:

- 1) Quem comete o ato violento²⁴ (I. contra si mesmo; II interpessoal; e III coletiva.);
- 2) E quanto a sua natureza²⁵ (a. física. b. psicológica/moral; c. tortura; d. violência sexual; e. tráfico de seres humanos; f. violência financeira/econômica; g. Negligência ou abandono; h. trabalho infantil; i. violência por intervenção legal.

Portanto, se levarmos em considerações as definições da OMS, uma mulher durante o seu ciclo gravídico-puerperal que é impedida de tomar decisões sobre seu parto, tem informações negadas, sofre intervenções físicas desnecessárias, insultos e passa por momentos de negligência, tudo isso dentro de uma instituição de saúde por profissionais que estão lhe atendendo, está sim sofrendo um tipo de violência.

Muito se tem discutido entre as mulheres, fóruns de internet e na própria academia sobre essas formas de violência que sofrem as mulheres durante a

²⁴ I. Violência contra si mesmo (autoprovocada ou auto infligida); II. violência interpessoal (doméstica e comunitária); III. e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias). Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/tipologia-da-violencia>.

²⁵ a) Violência Física: Também denominada sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico. São atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. b) Violência Psicológica/Moral: É toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. c) Tortura: É o ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça provocar ação ou omissão de natureza criminosa; em razão de discriminação racial ou religiosa (Lei 9.455/1997). Também pode ser o ato de submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de força ou grave ameaça, provocando intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal. d) Violência Sexual. e) Tráfico de seres humanos. f) Violência Financeira/Econômica. g) Negligência/Abandono: É a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima. h) Trabalho Infantil. i) Violência por Intervenção legal: Trata-se da intervenção por agente legal público, isto é, representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no exercício da sua função. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/tipologia-da-violencia>.

gestação e parto, o que os movimentos feministas passaram a chamar de Violência Obstétrica. Contudo, o conceito ainda não tem uma definição acabada, mas é possível utilizar a proposição de Cristina Beck (2018), onde “Violência Obstétrica” se constitui como um “conceito invisível”. Existem variações sobre quais práticas e ações configuram Violência Obstétrica (VO). O médico venezuelano Rogelio Pérez D’Gregorio foi quem usou o termo (ainda sem uma definição conceitual desenvolvida) pela primeira vez em produção acadêmica de grande circulação em 2010, no *Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia* (MARIANI; NETO; 2016). Já como marco legal, Venezuela em 2007 e Argentina em 2009 promulgam leis que tipificam a VO junto com outras formas de violência contra a mulher.²⁶

Neste trabalho partimos do pressuposto que Violência Obstétrica são práticas que ferem os direitos humanos das mulheres,²⁷ como violência física, psíquica, práticas desnecessárias/não recomendadas de forma rotineiras e que não possuem fundamento científico na literatura (como a episiotomia e ocitocina sintética como rotina para partos vaginais de risco habitual, etc), restrições dos mais variados tipos (acompanhante, alimentos, água, etc), intervenções não informadas ou autorizadas pelas mulheres, violando sua autonomia e direitos sobre seu próprio corpo (PEREIRA *et al.*, 2016) (PULHEZ, 2013) (BELLI, 2013) (MARIANI; NETO, 2016) (OMS, 2019).

Recentemente, em 27 de julho de 2019, a Organização das Nações Unidas (ONU), publicou informe da Relatora Especial sobre a Violência contra as mulheres, Dubravka Šimonović, sobre a questão “la cuestión del maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva con especial atención en el parto y la violencia obstétrica, y señala las causas profundas del maltrato y los problemas estructurales.”²⁸ (ONU, 2019, p. 4). Tal documento reconhece VO como uma violação dos direitos humanos das mulheres e que acontece no mundo todo.

²⁶ Disponível em:

<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>.

²⁷ Entendemos Direitos Humanos das Mulheres conforme documento da ONU Brasil. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/08/Position-Paper-Direitos-Humanos-das-Mulheres.pdf>.

²⁸ “A questão do abuso e violência contra a mulher nos serviços de saúde reprodutiva, com atenção especial ao parto e à violência obstétrica, e aponta as causas profundas do abuso e dos problemas estruturais” (tradução nossa).

No Brasil, a pesquisa “Mulheres e Gênero nos Espaços Públicos e Privados”, aponta que um quarto das mulheres brasileiras já sofreu violência durante o parto.²⁹ Também, com base em pesquisas no DataSUS, temos altas taxas de cesáreas - no ano de 2017, do total de 2.923.535 nascidos vivos, 1.294.034 (44,26%) foram partos vaginais, 1.627.302 (55,66%) cesáreos e 2.199 constam como ignorado na declaração de nascidos vivos. Considerando que a literatura (e a própria OMS) aponta que a taxa esperada fica entre 10% e 15%, podemos pressupor que no Brasil muitas mulheres estão sendo submetidas à cirurgias sem a devida necessidade, além das altas taxas de episiotomia - 94,2% (DINIZ, 2006).

Mesmo a violência obstétrica sendo uma prática relatada e denunciada por muitas mulheres,³⁰ este ainda é um conceito que precisa ser melhor definido e aprofundado. Apesar disto, tanto OMS quanto o Ministério da Saúde (MS) admitem que existem problemas na atenção ao parto e nascimento, porém rechaçam o uso do termo “Violência Obstétrica”. Em documento recente a OMS afirma que existem:

Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento. Entre outras, as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível sócio-econômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos. (OMS, 2014, S.I)

Neste mesmo documento, a Organização ressalta que as mulheres devem ter acesso à melhor assistência possível, e que esses relatos de abusos durante o

²⁹ Refere-se tanto à atendimentos de serviços públicos, privados e convênios.

³⁰ Relatos estes que constam em Inquérito Civil público do Ministério Público de São Paulo. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-recomenda-ao-ministerio-da-saude-que-atue-contra-a-violencia-obstetrica-em-vez-de-proibir-o-uso-do-termo>. ; e no Relatório da ONU de julho de 2019. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en>.

parto configuram violação de direitos humanos das mulheres adotados internacionalmente.

No primeiro semestre de 2019, organizações de mulheres, Ministério Público, MS e entidades médicas protagonizaram um embate à respeito do conceito de VO, cujo evento inicial foi a elaboração de um projeto de lei - na cidade Pelotas-RS - que tipificava VO, gerando despachos e notas do MS refutando o uso do termo Violência obstétrica. Este despacho do MS resgata documento da OMS publicado em 2014 que caracteriza essas violações como “abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde” (OMS, 2014), e retoma o histórico de políticas e programas do Estado brasileiro para melhorar a assistência ao parto no país. Esses despachos geraram pedidos de explicação do MPF, já que o órgão possui inquérito civil público com quase 2000 páginas e 40 anexos com relatos de VO em todo país, o que contraria a posição do MS em insistir que a Violência Obstétrica não existe.

É necessário ressaltar que, apesar de amplamente difundido na mídia, em sites de conselhos médicos, no site da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) - fonte que usamos como referência neste trabalho,³¹ não localizamos o despacho dentro dos sites oficiais do Ministério da Saúde, ou de qualquer outro órgão do Governo Federal. Podemos pressupor que esta decisão de não reconhecer VO como um termo razoável para os “abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde” é uma decisão de governo (e não como política de estado), pautada por decisões ideológicas fundadas em uma cultura patriarcal e machista, além de estar inserida em uma lógica de proteção ao poder médico.

Perceber a violência obstétrica como uma (das) componente(s) da violência estrutural que permeia a sociedade é fundamental para compreender que modificar processos e melhorar a assistência ao parto e nascimento é complexo e requer investimento de tempo e de boa vontade política. Por se tratar de um

³¹ Refere-se à este primeiro despacho do Ministério da Saúde. Nota-se que o mesmo foi publicado em diversos sites, porém não é possível encontrá-lo no site oficial do Governo. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/797-posicionamento-oficial-do-ministerio-da-saude-sobre-o-termo-violencia-obstetrica>. Acesso em 01 jul. 2019. Após novo despacho em resposta ao pedido de esclarecimentos do MPF, também não sendo possível localizá-lo em site oficial do Governo. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>. Pedido de esclarecimento do MPF, disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-recomenda-ao-ministerio-da-saude-que-atue-contr-a-violencia-obstetrica-em-vez-de-proibir-o-uso-do-termo>.

agravo que ocorre predominantemente nas Instituições Hospitalares, unidades de saúde. ambulatório, podemos encaixar a violência obstétrica como da violência institucional.

Para melhor exemplificar situações de VO extrema e como a mesma faz parte de uma estrutura violenta recorreremos ao caso de Adelir, mulher jovem (à época com 29 anos), residente do litoral gaúcho, que ousou desafiar a autoridade médica do hospital local negando uma cesariana - não vamos adentrar na necessidade ou não do parto cesáreo neste caso, e sim na condução coercitiva desta mulher ao hospital. Adelir ao negar uma cesárea por sua filha estar em posição pélvica³² e assinar termo de responsabilidade para deixar o hospital moveu “placas tectônicas” e desafiou a tradição da medicina de controlar corpos. Na madrugada do dia seguinte à visita ao hospital, Adelir foi acordada por um oficial de justiça e policiais armados, sendo obrigada a entrar em uma ambulância que a levaria para uma cirurgia cesariana.³³ Independente da necessidade ou não de se realizar uma cirurgia cesariana naquela situação específica, os questionamentos que aqui deixamos se referem à necessidade de utilização da justiça e de força policial armada no meio da madrugada para conduzir uma gestante saudável - assim como o feto - até um hospital com urgência. O quão perigosa pode ser uma mulher em trabalho de parto para necessitar de camburões e armas? Uma endemização de intervenções médicas desnecessárias combinada com intervenções violadoras de direitos pelo estado. Eis aí uma definição empiricamente localizada de Violência Obstétrica.

No caso de Adelir, assim como de muitas outras mulheres, a violência atravessa não só o parto, como toda e qualquer possibilidade de decisões à respeito do próprio corpo. A negação da descriminalização do aborto é outro exemplo de como as mulheres morrem por não possuírem plena possibilidade de decisão sobre gestar ou não. Em todo mundo ocorrem anualmente aproximadamente 46 milhões de abortos, destes 20 milhões deles clandestinos. E, conforme José Antonio Neto *et al.* (2016, p. 111), “em nosso país, uma das únicas pesquisas em nível nacional, realizada em capitais estaduais e no

³² Posição pélvica é quando o feto permanece “sentado”, ou seja, durante a gestação o feto não gira para nascer com a cabeça primeiro pelo canal vaginal - posição cefálica.

³³ O relato completo pode ser lido em:

https://brasil.elpais.com/brasil/2014/04/14/opinion/1397481297_943876.html.

Distrito Federal, em 2002, revelou que 11,4% dos óbitos maternos estavam relacionados a complicações de abortos [...]”.

Assim como as violências de gênero, os direitos sexuais e reprodutivos são discutidos pelos movimentos sociais de mulheres desde a segunda onda feminista, em 1960.³⁴ Porém, conforme Oliveira (2017), o conceito de saúde reprodutiva só é desenvolvido depois da conferência do Cairo em 1994. Conferência esta que tirou três metas a serem alcançadas até 2015: a redução da mortalidade infantil e materna; o acesso à educação, especialmente para as meninas; e o acesso universal a uma ampla gama de serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar.³⁵

Em que pese todo o esforço do MS em melhorar a assistência ao parto e nascimento, ainda estamos em uma agenda tardia e letárgica no que se refere à humanização do ciclo gravídico-puerperal e do combate à Violência Obstétrica. Mesmo no atual momento em que a PEC do teto dos gastos congela os investimentos em saúde e educação por vinte anos,³⁶ a diminuição da VO e a adoção de boas práticas para atenção ao parto e nascimento não requerem tecnologias que tenham custos elevados para as instituições de saúde. Permitir acompanhante, a deambulação,³⁷ livre posição de parir, formas não farmacológicas de alívio da dor, nenhuma dessas “tecnologias” precisa ser adquirida com dinheiro, dependem apenas da adoção do que já é recomendado pela OMS como boas práticas para o parto e nascimento.³⁸

E retomando a história de Adelir e de tantas outras mulheres, nos utilizamos das palavras de Eliane Brum:

Não fosse nossos olhos viciados em aceitar procedimentos invasivos com naturalidade, quando se inscrevem no âmbito da medicina, ter a barriga cortada e a filha tirada do útero, contra a vontade, seria uma cena de tortura forte até para o cinema. Que isso tenha se passado no aniversário de 50 anos do golpe que instaurou a ditadura civil-militar no Brasil é uma coincidência que pode provocar questões interessantes sobre as relações entre o Estado e os cidadãos na democracia. (BRUM, 2014, S.I)

³⁴ Disponível em:

http://www.cfemea.org.br/plataforma25anos/anos/1979.php?iframe=2_onda_feminista.

³⁵ Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>.

³⁶ Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2016/10/11/saude-pode-perder-ate-r-743-bilhoes-em-20-anos-de-pec-do-teto-diz-ipea.htm>.

³⁷ Termo que se refere a possibilidade de poder caminhar durante o trabalho de parto.

³⁸ Ver Anexo A.

Neste capítulo buscamos apresentar algumas possibilidades de definição do conceito de Violência Obstétrica para além de mais um termo que designe um tipo de violência contra a mulher. Em relação de convergência com o que foi apresentado no primeiro capítulo, buscamos relacionar o conceito de VO com os marcadores teóricos e institucionais do cuidado em saúde, de modo a evidenciar os limites e alguns dos pontos que necessitam atenção no que se refere ao parto/nascimento. A partir dos dados e argumentos utilizados e desenvolvidos nesse capítulo buscamos criar as condições para pensar a Justiça Reprodutiva como uma possibilidade de enfrentamento a essa realidade cotidiana de VO a que as mulheres estão submetidas.

4 A JUSTIÇA REPRODUTIVA E O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Dentro da discussão que esse trabalho vem propondo, sobre as diferentes formas e necessidades de cuidado com as mulheres no parto/nascimento e sobre as diferentes formas de Violência Obstétrica a que estão submetidas, apresenta-se neste capítulo a Justiça Reprodutiva (JR) como possibilidade de avanço no cuidado e, principalmente, como forma de enfrentamento e superação da VO.

Conforme afirma Maria Betânia Ávila (2003, p. 466), “os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade.” Direitos que, em grande parte, acabam focando suas intenções na contracepção. Direitos sexuais e reprodutivos (DSR) se fundem numa perspectiva individual de decisão, ação, planejamento, mas deixam de lado todo um arcabouço de questões da vida das pessoas, principalmente das mulheres, que devem ser levadas em conta à respeito da sexualidade e reprodução. Como nos traz a lei venezuelana sobre o direito das mulheres à uma vida digna sem violência em sua introdução:

Además, las distintas formas de violencia contra las mujeres son tácticas de control con el objetivo de mantener y reproducir el poder patriarcal sobre las mujeres, para subyugarlas y descalificarlas, y ante ese poder que les niega el goce, disfrute y ejercicio de sus derechos... (VENEZUELA, 2007).

Em uma sociedade machista e patriarcal, nem sempre é possível colocar todas as mulheres no mesmo degrau de igualdade e liberdade, ainda mais quando falamos de um país extremamente desigual como o Brasil e, principalmente, se fizermos recortes de raça/cor e classe social.³⁹

Nesse sentido, logo após a conferência do Cairo (1994), as mulheres negras dos Estados Unidos da América (EUA) criaram o termo Justiça Reprodutiva (JR). Mais que direitos sexuais e reprodutivos, o termo abrange o acesso à saúde e outras questões que são primordiais para que as mulheres

³⁹ Infográfico do IPEA com diversas informações á respeito da desigualdade no Brasil. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/retrato/apresentacao.html>.

(re)tomem as decisões sobre seus corpos, rompendo com as amarras de um mundo patriarcal e machista, dominado pela violência de gênero, dentro e fora dos serviços de saúde.

O Grupo Sister Song⁴⁰ - Women of color reproductive justice Group - define Justiça Reprodutiva, de forma geral, como: “[...] Reproductive Justice as the human right to maintain personal bodily autonomy, have children, not have children, and parent the children we have in safe and sustainable communities.” (SISTER SONG, S.I).⁴¹ A definição de JR propõe uma aproximação de direitos reprodutivos e justiça social, já que “a ideia de justiça é bem mais ampla que a de direito devido a inclusão das intersecções sociais, políticas, sociais e mentais de meninas e mulheres em suas inúmeras diversidades.” (OLIVEIRA, 2017, S.I).

Além das condições gerais para que essas mulheres tomem decisões, a JR leva em conta o contexto das comunidades onde estas mulheres estão inseridas, fugindo do conceito de direitos individuais. Mais do que direitos, essas mulheres invocam o acesso, que pode ser aos mais variados serviços como, por exemplo, ao aborto, emprego e lugares seguros para viver.

Quando pensamos a justiça reprodutiva em um contexto brasileiro, podemos analisar insegurança da população que, previamente, apresenta receio frente a possível ausência de acolhimento em unidades de saúde, cujo atendimento pode ser condicionado à chegar cedo e ficar em filas esperando um possível agendamento de consulta - apesar de um sistema universal e gratuito, a não garantia de atendimento significa falta de acesso aos serviço de saúde, assim como uma possível não continuidade no cuidado (PINHEIRO *et a.l*, 2002) (RAMOS; LIMA, 2002). Também podemos analisar sob a ótica de resistência de alguns hospitais à aderirem a RC e que respeitem as diversas formas de parto possíveis e seguras, profissionais de saúde que são intervencionistas e que colocam a mulher como objeto - e não protagonista - do processo de parir. Em Janeiro de 2018, em todo território nacional, existiam apenas vinte (20) centros de

⁴⁰ Grupo de mulheres formado em 1997 por 16 organizações de mulheres de cor de quatro mini-comunidades (Native American, African American, Latina, and Asian American), que reconheceram seu direito e responsabilidade de lutar pelas suas comunidades e necessidades.

⁴¹ “Justiça reprodutiva como parte dos direitos humanos de manter a autonomia do próprio corpo, ter filhos, não ter filhos e criar as crianças que temos em comunidades seguras e sustentáveis.” (tradução nossa).

parto normal,⁴² o que mostra que o parir no Brasil ainda é centrado na lógica hospitalocêntrica,⁴³ mesmo o parto sendo um evento que, em sua maioria, não necessita de tecnologias duras.

A JR vai ao encontro de uma das diretrizes do SUS, a equidade, que pode ser entendida por “uma forma de garantir um direito social - a saúde -, fortalecendo, assim, o protagonismo do indivíduo em um sistema democrático.” (ALBRECHT *et al.* 2017). Entende-se por protagonismo do indivíduo que o sistema de saúde o compreenda em sua totalidade, levando em consideração suas especificidades, e o pertencimento a grupos reconhecidamente vulneráveis, como as mulheres. Loretta Ross ([2007?]) nos explica isso de forma muito simples:

The Reproductive Justice framework analyzes how the ability of any woman to determine her own reproductive destiny is linked directly to the conditions in her community—and these conditions are not just a matter of individual choice and access. Reproductive Justice addresses the social reality of inequality, specifically, the inequality of opportunities that we have to control our reproductive destiny. Moving beyond a demand for privacy and respect for individual decision making to include the social supports necessary for our individual decisions to be optimally realized, this framework also includes obligations from our government for protecting women’s human rights. Our options for making choices have to be safe, affordable and accessible, three minimal cornerstones of government support for all individual life decisions. (ROSS, [2007?] p. 4)⁴⁴

A VO ainda é um grande problema de saúde no Brasil, mesmo com políticas de Humanização no SUS, e mais especificamente humanização do parto e nascimento. Humanização esta que não é novidade, mas, a partir de 2003, passou a ser uma política transversalizadora do cuidado (PASCHE, 2010). Como a VO é um agravo baseado na desigualdade de gênero, são necessárias

⁴² DataSUS 2018. Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936>.

⁴³ O termo “hospitalocêntrico” refere-se ao cuidado nos hospitais, entendendo que a doença já está instalada e precisa ser curada, contrapondo-se ao modelo da Atenção Básica com a promoção da saúde e o cuidado anterior à doença.

⁴⁴ “A Justiça Reprodutiva analisa sua estrutura em como a capacidade de qualquer mulher para determinar o próprio destino reprodutivo está diretamente ligado às condições em sua comunidade - e essas condições não são apenas questões de escolha e acesso individual. A justiça reprodutiva aborda a realidade social da desigualdade, especificamente, a desigualdade de oportunidades que nós temos para controlar nosso destino reprodutivo. Indo além da demanda por privacidade e respeito pela tomada de decisão individual e incluído o apoio social necessário para que nossas decisões individuais sejam realizadas de forma ideal, essa estrutura também inclui obrigações do governo para proteger as mulheres sob a ótica dos direitos humanos.” (tradução nossa).

ferramentas para que possamos romper com esse ciclo de violência contra as mulheres, mas que não se restringe ao campo da saúde. Sob essa perspectiva, trazemos o conceito de Justiça Reprodutiva, aliando direitos sexuais e reprodutivos, justiça social e direitos humanos, fugindo do paradigma individualista e abstrato de direitos, passando para uma visão coletiva de enfrentamento à VO e outras formas de opressão que atinge as mulheres.

A violência é uma forma perversa de controle da sociedade, seja ela a violência institucional, a violência estatal, a violência de gênero - na qual se insere a violência obstétrica. O histórico do conceito e a própria forma como é definida JR ajudam a ampliar o escopo de entendimento da violência e, sobretudo, o papel da interseccionalidade para a compreensão e enfrentamento dessa realidade. Kimberlé Crenshaw (2002) nos auxilia na compreensão da interseccionalidade quando diz:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. (CRENSHAW, 2002, p. 177)

Nesse sentido, as mulheres mais vulneráveis - negras e pobres - são as que mais sofrem com as violências.⁴⁵ Conforme Maria do Carmo Leal *et al.* (2017), existem muitos fatores que nos mostram uma maior violência obstétrica com as mulheres negras, como menor vinculação a maternidade e maior peregrinação em busca de hospital e menos informações durante o pré-natal.

Apesar de os partos de risco habitual praticamente não requererem intervenções – a menor frequência é indicador de cuidado humanizado - devemos analisar que, devido a obstetrícia brasileira ser intervencionista (LEAL *et al.*, 2017), a não intervenção como uso de ocitocina sintética, episiotomias e cesarianas em mulheres negras indica “provavelmente [...] reflexo de um ‘menor cuidado’ devido

⁴⁵ Em nível de exemplo podemos usar os dados disponíveis no “Atlas da Violência” de 2019, onde afirma-se que: “a taxa de homicídios de mulheres não negras teve crescimento de 4,5% entre 2007 e 2017, a taxa de homicídios de mulheres negras cresceu 29,9%. Em números absolutos a diferença é ainda mais brutal, já que entre não negras o crescimento é de 1,7% e entre mulheres negras de 60,5%.” (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2019, p. 38). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>.

a menos intervenções que as necessárias [...]” (LEAL *et al.*, 2017, p. 10). Ou seja, em termos muito diretos, temos aí um indicativo do “deixar sofrer” sobre os corpos negros e pobres, o que pode ser muito bem definido como “racismo institucional”.

A crueldade do racismo institucional nos serviços de saúde é algo que não podemos ignorar. Como exemplo de VO baseada na raça/cor e classe social,⁴⁶ conforme Leal *et al.*, podemos “usar o não uso” de analgesia durante o parto:

Os resultados das mulheres brasileiras, mesmo após controle para variáveis sociodemográficas, indicam um menor uso de analgesia nas mulheres pretas. Uma década atrás, em estudo em maternidades na cidade do Rio de Janeiro, Leal *et al.* também evidenciaram uma menor oferta de procedimentos anestésicos no parto vaginal para mulheres pretas e pardas, com menores proporções ainda para as de menor escolaridade. (LEAL, *et al.* 2017, p. 10)

A JR pode ser uma potente ferramenta para uma mudança de paradigmas na sociedade. Uma mudança de cultura e que interliga muitas pautas - para além da saúde. Principalmente para as mulheres mais vulneráveis, e que, conseqüentemente são as que mais sofrem com a violência e a injustiça. Conforme Ross ([2007?], p. 4), a JR pode ser usada como uma teoria para “connect the dots in our lives. It is also a strategy for bringing together social justice movements. But also, it is a practice – a way of analyzing our lives through the art of telling our stories to realize our visions and bring fresh passion to our work.”⁴⁷

Trazer as mulheres para dentro dos espaços de gestão e dos serviços de saúde é uma possibilidade de diminuir as injustiças e a(s) violência(s) pelas quais passam as gestantes dentro das instituições. Afinal, nada melhor do que ouvir quem precisa de atendimento sobre as formas possíveis de fazê-lo. O que também é uma prerrogativa da JR: “focuses on organizing women, girls and their communities to challenge structural power inequalities in a comprehensive and transformative process of empowerment [...] that link the personal to the political.” (ROSS, [2007?], p. 4).⁴⁸

⁴⁶ Para a autora escolaridade é utilizado como indicador de classe social.

⁴⁷ “[...] para pensar sobre como conectar os pontos em nossas vidas. É também uma estratégia para reunir movimentos de justiça social. Mas também é uma prática - uma maneira de analisar nossas vidas através da arte de contar nossas histórias para realizar nossas visões e trazer nova paixão ao nosso trabalho.” (tradução nossa).

⁴⁸ “Justiça reprodutiva se concentra na organização das mulheres, meninas e suas comunidades para desafiar as desigualdades do poder estrutural em um processo abrangente e transformador de processo de empoderamento [...] que vincula o pessoal ao político.” (tradução nossa).

Certamente as mudanças de gestão do trabalho não são fáceis de serem realizadas, e envolvem uma mudança para além dos serviços de saúde. Conforme Gastão Wagner Campos (1998, p. 865), invocar a cogestão no SUS nos remete:

A velha utopia grega da democracia direta dos cidadãos agora encarnada em instituições concretas inseridas em uma sociedade profundamente contraditória, injusta e desigual. Criar espaços de democracia ampliada, processos produtores de sujeitos-cidadãos, grupos capazes de impor resistência às determinações adversas do meio. Equipes capazes de lidar com os saberes estruturados sem permanecer presas em suas cadeias de controle fundamentalista [...]. (CAMPOS, 1998, p. 865)

Para tal tarefa, acreditamos que os princípios da JR se encaixam nessa nova forma de pensar e agir em saúde, afinal, como dizem as mulheres do Sister Song: “recognized that we have the right and responsibility to represent ourselves and our communities[...]”.⁴⁹ Somos todos responsáveis pela criação e a manutenção das políticas públicas, e quando isso é reivindicado em grupo, e não por indivíduos isolados, a pressão é maior, e garante mais vozes e percepções e, recorrendo novamente a Campos (1998): “Todos participam do governo, mas ninguém decide sozinho ou isolado ou em lugar dos outros.” (CAMPOS, 1998, p. 868). Construções coletivas para soluções coletivas de problemas também coletivos. A cogestão, certamente é uma das ferramentas possíveis de serem associadas aos processos de participação da população nas resoluções.

Afinal, a violência obstétrica não é um problema isolado - lembrando que 25% das mulheres relatam ter sofrido VO - e deve ser encarado como um problema de toda a sociedade e não como exclusividade das mulheres - e muito menos desse ¼ delas que relata já ter sido violentada durante o ciclo gravídico-puerperal.

Entendemos que é necessário elevar o patamar civilizatório da sociedade para enfrentamentos de violência de gênero e institucionais, onde é imprescindível uma força coletiva que reivindique mais justiça, mais democracia e, conseqüentemente, menos violências.

⁴⁹ “Reconhecemos que temos o direito e a responsabilidade de representar a nós mesmas e nossas comunidades”. (tradução nossa).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica é um agravo com grande magnitude e pesquisa relatam que 25% das mulheres sofrem VO (referência), e é urgente e necessária a construção de uma agenda pública para que o tema da humanização do parto e do nascimento seja retomada pelas instituições de saúde.

Em que pese os esforços do Ministério da Saúde em implantar políticas de humanização do parto e nascimento, a exemplo da estratégia Rede Cegonha, práticas apontadas pela OMS como não-recomendadas ainda são frequentes na maioria dos serviços que realizam partos pelo SUS (LEAL, 2019), demonstrando que ainda temos muito a avançar no cuidado às mulheres.

Conforme a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em dezembro de 2019 aproximadamente 25% da população brasileira é beneficiária de planos de saúde - três quartos dos brasileiros dependem do SUS para cuidados em saúde.⁵⁰ Em número absolutos, são aproximadamente, 143.499.887⁵¹ de pessoas. Portanto, fortalecer o SUS é imprescindível para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Defender do SUS, assim como a JR, parte do pressuposto de cuidado coletivo e universal, não caindo na lógica neoliberal individual dos planos privados de saúde.

A justiça reprodutiva invoca essa reação coletiva de percepção da realidade ao nosso redor, gerando mudanças profundas na forma que enxergamos e nos propomos a mudar a realidade. Compreender que as diversas formas de violência que as mulheres sofrem ao longo da vida, e isso inclui a violência obstétrica, vai exigir esforços conjuntos entre a população, sociedade civil organizada e governos comprometidos com o bem-estar das mulheres é parte importante deste processo.

O que nos leva a crer que a humanização do parto e nascimento, assim como do pré-natal e puerpério, só é possível com políticas públicas de enfrentamento ao desmonte do SUS, de enfrentamento à violência de gênero e da humanização do cuidado. Trata-se de uma mudança de multifatores que influenciam na forma de cuidado em saúde, assim como na mudança de cultura da sociedade como um todo.

⁵⁰ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>. Acesso em 15 nov. 2019.

⁵¹ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>. Acesso em 15 nov. 2019.

Reduzir desigualdades, tanto de classe social, quanto de raça/cor e gênero, aumentar nossos níveis de democracia direta, menor desigualdade social e de justiça, melhorar as condições para que as mulheres possam decidir sobre seus próprios corpos, que suas decisões sejam respeitadas e amparadas pelos profissionais de saúde, certamente irão contribuir para uma diminuição dos casos de Violência Obstétrica e de maior respeito durante o ciclo gravídico-puerperal.

Também é importante salientar que reformas curriculares das instituições de ensino também são parte desta mudança de cultura. Incluir nos cursos da saúde temas transversalizadores do cuidado como o racismo, o machismo e o abuso de poder médico são fundamentais para a desconstrução de uma forma centralizadora e vertical de cuidado, fundada no modelo tecnocrático de cuidado.

Defendemos que a justiça reprodutiva, para além de uma ferramenta de combate à violência obstétrica, possa nos auxiliar na ampliação de pautas urgentes no que toca à saúde das mulheres, como métodos de contracepção seguros, maior acesso ao aborto legal, assim como a descriminalização do aborto - dados indicam que um milhão de abortos induzidos ocorrem no Brasil todos os anos.⁵²

A JR nos traz novos elementos para análise e interpretação do nosso entendimento à respeito das violências, convocando à construção de novas formas de (re)ação e intervenções técnicas e políticas no cuidado das mulheres. Assim com também acreditamos que a justiça reprodutiva possa ser um estopim para a defesa do SUS, convocando a ação coletiva (que talvez seja a dimensão pública da política pública) de pressão (ou indução?) para que o mesmo seja fortalecido e qualificado e que continue sendo universal, gratuito, garantindo a equidade no cuidado, além da certeza de que o SUS é um foco de fortalecimento da democracia.

⁵² Disponível em: http://www.cofen.gov.br/uma-mulher-morre-a-cada-2-dias-por-causa-do-aborto-inseguro-diz-ministerio-da-saude_64714.html. Acesso em 03 jan. 2020.

ANEXO A - CLASSIFICAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E AO NASCIMENTO

Classificação das práticas assistenciais no parto normal - FONTE: OMS 1996

CATEGORIA A - PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS:

- Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro
- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto
- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente
- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto • Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto
- Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;

- Condições estéreis ao cortar o cordão
- Prevenção da hipotermia do bebê
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares

CATEGORIA B - PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS:

- Uso rotineiro de enema • Uso rotineiro de tricotomia
- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto
- Cateterização venosa profilática de rotina
- Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto
- Exame retal
- Uso de pelvimetria por Raios-X
- Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos
- Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto
- Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto
- Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto
- Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias
- Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto
- Lavagem uterina rotineira após o parto
- Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto

CATEGORIA C -PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO:

- Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos
- Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto
- Pressão do fundo durante o trabalho de parto
- Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto
- Manipulação ativa do feto no momento do parto
- Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto
- Clampeamento precoce do cordão umbilical
- Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto

CATEGORIA D - PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO:

- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto
- Controle da dor por agentes sistêmicos
- Controle da dor por analgesia peridural
- Monitoramento eletrônico fetal
- Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto
- Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço
- Correção da dinâmica com utilização de ocitocina
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto
- Cateterização da bexiga

- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário
- Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto
- Parto operatório
- Uso liberal e rotineiro de episiotomia
- Exploração manual do útero após o parto

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBRECHT, Cristina Arthmar Mentz, ROSA, Roger dos Santos e BORDIN, Ronaldo. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde e Sociedade** [online]. 2017, v. 26, n. 1, p. 115-128. Disponível em: https://scielosp.org/scielo.php?pid=S0104-12902017000100115&script=sci_arttext Acesso em 01 jul. 2019.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos:: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 465-469, jan. 2003. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2003.v19suppl2/S465-S469/pt>. Acesso em 13 dez. 2019.

BARATA, Rita Barradas. **Como e Por Que as Desigualdades Sociais fazem Mal à Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2009.

BAUER, Martin W,; GASKELL, George. Para uma prestação de contas pública: Além da Amostra, da Fidedignidade e da Validade. In: BAUER, Martin W,; GASKELL, George. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002, p 470-490.

BECK, Cristina Melendo. **Violência obstétrica: Um conceito invisível**. 32 f. TCC (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, RS, 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/193866> Acesso em 01 jul. 2019.

BELLI, Laura Florencia; **La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos**. In: UNESCO. Revista Redbioética/UNESCO, ano 4, 1 (7), Jan./jun. 2013, p. 25-34. Disponível em: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868> Acesso em 01 jul. 2019.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Estabelece o texto constitucional da República do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em 01 jul. 2019.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em 01 jul. 2019.

_____. **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: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em 04 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **APICEON**. Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Rio de Janeiro. [2019?]. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>. Acesso em 01 nov. 2019.

_____. **Ministério da Saúde**. Cadernos HumanizaSUS - Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em 01 set. 2019.

_____. **Ministério da Saúde**. Rede Cegonha. Brasília, DF. [2019?]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/sobre-o-programa>. Acesso em 28 dez. 2019.

_____. Ministério Público Federal. **MPF recomenda ao Ministério da Saúde que atue contra a violência obstétrica em vez de proibir o uso do termo**. São Paulo, SP. 07 maio 2019. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-recomenda-ao-ministerio-da-saude-que-atue-contra-a-violencia-obstetrica-em-vez-de-proibir-o-uso-do-termo>. Acesso em 01 jul. 2019.

_____. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em 01 jul. 2019.

_____. **Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000**. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em 01 jul. 2019.

_____. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em 01 jul. 2019.

_____. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Retrato das desigualdes de gênero e raça. 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/retrato/apresentacao.html>. Acesso em 06 jan. 2020.

BRUM, Eliane. A potência de Adelir: Que dogmas tão profundos a gestante de Torres feriu para ter seu corpo violado pelo Estado na calada da noite. **El País Brasil**. São Paulo [?]. 14 abr. 2014. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2014/04/14/opinion/1397481297_943876.html. Acesso em 01 dez. 2019.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrin. A Saúde e seus Determinantes Sociais. In. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1), p. 77-93, 2007.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em 01 jul. 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez., 1998. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>. Acesso em 01 dez. 2019.

CARUSO DE AZEVEDO, Luciana Jaramillo. Considerações sobre a medicalização: uma perspectiva cultural contemporânea. **CES Psicol**, Medellín, v. 11, n. 2, p. 1-12. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802018000200001&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 dez. 2019.

CERQUEIRA, Daniel; [et al.]. **Atlas da violência 2019**. Rio de Janeiro, RJ: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>. Acesso em 04 jan. 2020.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, ano 10, 1º sem. 2002, p. 171-188. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>. Acesso em 06 jan. 2020.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. vol. 75, Supplement No. 1, p. S5-S23, 2001. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/the_technocratic_humanistic_and_holistic_paradigms_of_childbirth.pdf. Acesso em 01 jul. 2019.

DESLAURIERS, Jean-Pierre. KÉRISIT, Michéle. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, Jean. [et al.]. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 127-153.

DINIZ, Carmem Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. In: **Questões de Saúde Reprodutiva**. I(1): p. 80-91, 2006; Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20%E2%80%9Ccorte%20por%20cima%E2%80%9D%20e%20o%20%E2%80%9Ccorte%20por%20baixo%E2%80%9D.pdf. Acesso em 04 jan. 2020.

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**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 1-17, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf>. Acesso em 29 dez. 2019.

_____. [et al.]. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, p. 01-14, 2019. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000905002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 26 dez. 2019.

MELO, Rayanny Campos. **Violência obstétrica**: violação à dignidade humana e à saúde. 88 f. TCC (Bacharelado em Direito) - FACULDADE ASCES/UNITA, Caruaru, 2017. Disponível em: <http://repositorio.ascses.edu.br/bitstream/123456789/945/1/Monografia%20Rayanny%20Campos%20Melo%20abnt%2026-06.pdf> Acesso em 01 jul. 2019.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro**. [2019?]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>. Acesso em 01 nov. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

NETO, José Antonio. [et al.]. Conhecimento da população sobre o aborto legal e a descriminalização da prática em caso de anencefalia fetal. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 2, p. 111-117, jul./ago. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2489/869>. Acesso em 04 jan. 2020.

NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **Hist. cienc. saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, out./dez. 2018, p. 979-998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702018000400979&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 dez. 2019.

OLIVEIRA, Rayane Norona. **O aborto no brasil**: análise das audiências públicas do Senado Federal (2015-2016). 152 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Instituto de Ciências Sociais, Departamento De Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/31032/1/2017_RayaneNoronhaOliveira.pdf f. Acesso em 01 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Asamblea General**. Septuagésimo cuarto período de sesiones. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. 2019. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en>. Acesso em 01 nov. 2019.

_____. ONU-BR. **Direitos Humanos das Mulheres**. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/08/Position-Paper-Direitos-Humanos-das-Mulheres.pdf>. Acesso em 01 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. 1996. Disponível em: <http://static.hmv.org.br/wp->

content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf. Acesso em 02 jan. 2020.

_____. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas.** [2019?]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3. Acesso em 01 jul. 2019.

_____. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=C3A3AF842AA41647BD211FBF3738A46A?sequence=3. Acesso em 01 jul. 2019.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê da Violência Obstétrica: “Parirás com dor”.** 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em 06 jan. 2020.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. 16(11), p. 4541-4548, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>. Acesso em 01 jul. 2019.

_____.; VILELA, Esther; SANTOS, Isabela Garcia dos. A mulher na luta pelo direito de ser na atenção ao parto. In: PINHEIRO, Roseni; ENGEL, Tatiana; ASENSI, Felipe Dutra (Org.). **Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado:** pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do Conhecimento. Rio de Janeiro, RJ: Cepesc, 2017. p. 117-133. Disponível em: <https://cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/10/coletanea2017.pdf>. Acesso em 01 jun. 2019.

PEREIRA, Jéssica Souza. [et al.]. Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. v. 15, n. 1, p. 103-108, jun./ago. 2016. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf. Acesso em 01 jul. 2019.

PINHEIRO, Rejane Sobrino. [et al.]. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002. Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2002.v7n4/687-707/pt>. Acesso em 06 jan. 2020.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003. Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2003.v19n1/27-34/pt>. Acesso em 06 jan. 2020

RELATÓRIO da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento. **Plataforma de Cairo**, Cairo, 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em 01 jul. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Secretaria de Saúde. **Tipologia da Violência**. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/tipologia-da-violencia>. Acesso em 01 nov. 2019.

SISTER SONG. **Reproductive Justice Briefing Book**: A primer on reproductive justice and social change. [S.l.], [2007?]. Disponível em: <https://www.law.berkeley.edu/php-programs/courses/fileDL.php?fID=4051>. Acesso em 01 jun. 2019.

_____. **SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective**. [S.l.], [2019?]. Disponível em: <https://www.sistersong.net/reproductive-justice>. Acesso em 01 jul. 2019.

TRINDADE, Fabiane Crescêncio. "**Na hora de fazer não gritou**": a violência obstétrica como um fenômeno contemporâneo. 78 f. TCC (Bacharelado em Ciências Sociais) - Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, RS, 2018. Disponível em <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/182309>. Acesso em 01 dez. 2019.

VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**. 2007. Disponível em: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf Acesso em 06 jan. 2020.

VENTURINI, Gustavo. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**, São Paulo, SP: Fundação Perseu Abramo, 2016. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf f. Acesso em 01 jul. 2019.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; [et al.]. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, p. 1-11, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 01 jul. 2019.