

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL**

CRISTIANE CORDEIRO DA SILVA DELFINO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, FEMINISMOS E LUTAS DAS MULHERES NO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO**



**NITERÓI, RJ
NOVEMBRO / 2023**

CRISTIANE CORDEIRO DA SILVA DELFINO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, FEMINISMOS E LUTAS DAS MULHERES NO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Tese apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Título de Doutora em Política Social. Área de Concentração: Sujeitos Sociais e Proteção Social.

Orientadora: Dra. Rita de Cássia Santos Freitas
Coorientadora: Dra. Luciene Alcinda Medeiros

Niterói, RJ
2023

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

D349v Delfino, Cristiane Cordeiro da Silva
Violência obstétrica, feminismos e lutas das mulheres no
Estado do Rio de Janeiro / Cristiane Cordeiro da Silva
Delfino. - 2023.
160 p.: il.

Orientador: Rita de Cássia Santos Freitas.
Coorientador: Luciene Alcinda de Medeiros.
Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Escola de
Serviço Social, Niterói, 2023.

1. Violência Obstétrica. 2. Violência de gênero. 3.
Racismo Obstétrico. 4. Movimento de mulheres. 5. Produção
intelectual. I. Freitas, Rita de Cássia Santos, orientadora.
II. Medeiros, Luciene Alcinda de, coorientadora. III.
Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social.
IV. Título.

CDD - XXX

Bibliotecário responsável: Debora do Nascimento - CRB7/6368

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, FEMINISMOS E LUTAS DAS MULHERES NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Tese apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Título de Doutora em Política Social. Área de Concentração: Sujeitos Sociais e Proteção Social.

Aprovada em 08 de novembro de 2023.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Rita de Cássia Santos Freitas (orientadora)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Profa. Dra. Luciene Alcinda de Medeiros (Coorientadora)
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio)

Profa. Dra. Carla Cristina Lima de Almeida (parecerista)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Profa. Dra. Jussara Francisca de Assis dos Santos (parecerista)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Profa. Dra. Nivia Valença Barros (parecerista)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Profa. Dra. Adriana de Andrade Mesquita (parecerista)
Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)

SUPLENTES:

Profa. Dra. Monica de Castro Maia Senna (parecerista)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Profa. Dra. Ana Elizateth Lole dos Santos (parecerista)
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio)

**Niterói, RJ
2023**

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a Deus em primeiro lugar. Não que meu esforço e dedicação não tenham sido primordiais nessa caminhada, mas por me proporcionar saúde, entusiasmo e por ter aquecido meu coração nos momentos mais difíceis da minha vida.

Minha gratidão especial à minha mãe, Maria Cordeiro (*In memoriam*), que sempre apoiou os meus estudos. Apesar de não saber escrever nem seu próprio nome e sem ter condições financeiras, investiu seus poucos recursos financeiros em mim e acreditou no meu potencial. Olha mãe aonde eu cheguei!

Ninguém nunca pensou que a menina preta lá da roça, onde os pensamentos são “eu estudei para trabalhar aqui na roça. Não vale a pena estudar”, poderia chegar até aqui. Mas, aquela mulher humilde e analfabeta mudou minha história, sendo eu a primeira da família de nove irmãos a entrar para uma universidade pública e a cursar um pós-graduação de qualidade.

A meu marido, Wagner Delfino, pelo apoio incondicional e por ser meu principal incentivador, acreditando no meu potencial. Perdoe-me pelas semanas de estresses e por tantos dias (e foram muitos) envolvidos com a pesquisa para tese. Já está valendo a pena, nossa família tem colhido os resultados.

À minha filha, Maria Fernanda, presente de Deus para mim. Uma menina muito amorosa e que cuida da mamãe com carinho.

Agradeço, também, aos meus familiares em geral, pelo apoio, cuidado e carinho. Às minhas irmãs e irmãos, que sempre me incentivaram a continuar os estudos, mesmo em circunstâncias adversas. Às minhas cunhadas, pela força.

Gostaria de agradecer ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social UFF, ao qual tive o prazer de fazer parte por 6 anos de minha vida. À todas as Doutoradas e Doutores que contribuíram diretamente para minha formação.

Às orientadoras Rita de Freitas e Luciene Medeiros, parte muito importante da minha formação e por saber controlar meus impulsos de produzir para além do objeto recortado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos, o que possibilitou maior investimento em minha caminhada acadêmica.

Aos meus colegas de jornada da Pós-Graduação. Em especial, à Monique Carvalho, que vimos trocando confidências, angústias, tristezas e alegrias desde o mestrado. Nossas histórias se cruzam em diversos pontos. Obrigada pelo apoio e pelas mensagens de incentivo, você foi muito importante nesse momento. Minha trajetória acadêmica foi um pouco menos solitária por sua causa.

Enfim, agradeço a todos familiares, amigos e professores, que de forma direta ou indiretamente colaboram para mais uma vitória em minha vida. Afinal, todo trabalho acadêmico é fruto de esforços coletivos.

RESUMO

DELFINO, Cristiane Cordeiro da Silva. Violência obstétrica, feminismos e lutas das mulheres no estado do Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro, Niterói: Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense; 2023.

A violência obstétrica é uma forma de violência de gênero, perpassada pelo processo interseccional das opressões de gênero, raça e classe. Essas relações de poder estabelecem regras de apropriação do corpo e do processo sexual e reprodutivo das mulheres, em especial das mulheres negras. O racismo obstétrico intensifica as violências sofridas por mulheres no período gestacional e puerpério. A luta pelo reconhecimento da violência obstétrica foi o objeto de nossa pesquisa. A análise se desenvolveu sob referenciais teóricos feministas resgatando a história oral de mulheres que foram protagonistas na construção de mecanismos de garantia e denúncias das violações dos direitos das gestantes e puérperas. A trajetória histórica da luta contra a violência obstétrica no Brasil vem sendo construída desde o início dos anos 1980, embora nesse período o termo ainda não fosse reconhecido no país. O termo passou a ser utilizado entre os anos de 2007 e 2010, ainda que atravessado por invisibilidade e naturalização da violência sofrida por gestantes e parturientes. Assim, a presente pesquisa tem por objetivo analisar as lutas das mulheres no Estado do Rio de Janeiro, explicitando os mecanismos de garantia dos direitos e combate a violência obstétrica. Para alcançarmos os objetivos propostos, num primeiro momento envolvendo os anos de 1980/1990, analisamos o Dossiê Caxias, importante documento de denúncias da violência sofrida por gestantes e parturientes na baixada-fluminense e o relatório final da CPMI de esterilização em massa. Em um segundo momento – já nos anos 2000, realizamos uma análise documental, apresentando os mecanismos legais que foram importantes para explicitar a violência obstétrica no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro, tais como: as conferências e planos de políticas para mulheres, e legislações que versam sobre a denúncia e combate da violência obstétrica no Estado. Nessa jornada, conclui-se que no processo de enfrentamento à violência obstétrica, além de continuar na luta para garantia dos direitos conquistados, urge a necessidade de problematização e análise crítica das questões estruturais que impactam à assistência obstétrica no Brasil, descortinando temas como a violência de gênero, a produção de conhecimento eurocentrada, as desigualdades sociais e o racismo obstétrico.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; violência de gênero; racismo obstétrico; racismo institucional; movimento de mulheres.

ABSTRACT

DELFINO, Cristiane Cordeiro da Silva. Obstetric violence, feminism and women's struggles in the state of Rio de Janeiro [thesis]. Rio de Janeiro, Niterói: School of Social Work, Federal Fluminense University; 2023.

Obstetric violence is a form of gender violence, permeated by the intersectional process of gender, race and class oppression. These power relations establish rules for the appropriation of women's bodies and the sexual and reproductive process, especially black women. Obstetric racism intensifies the violence suffered by women during pregnancy and the postpartum period. The fight for recognition of obstetric violence was the object of our research. The analysis was developed under feminist theoretical references, rescuing the oral history of women who were protagonists in the construction of mechanisms to guarantee and report violations of the rights of pregnant and postpartum women. The historical trajectory of the fight against obstetric violence in Brazil has been built since the beginning of the 1980s, although during that period the term was not yet recognized in the country. The term began to be used between 2007 and 2010, even though it was permeated by invisibility and naturalization of the violence suffered by pregnant women and women in labor. Thus, the present research aims to analyze women's struggles in the State of Rio de Janeiro, explaining the mechanisms for guaranteeing rights and combating obstetric violence. To achieve the proposed objectives, initially involving the years 1980/1990, we analyzed the Caxias Dossier, an important document denouncing the violence suffered by pregnant and parturient women in Baixada Fluminense and the CPMI final report on mass sterilization. In a second moment – already in the 2000s, we carried out a documentary analysis, presenting the legal mechanisms that were important in explaining obstetric violence in Brazil and in the State of Rio de Janeiro, such as: conferences and policy plans for women, and legislation that deals with reporting and combating obstetric violence in the State. In this journey, it is concluded that in the process of confronting obstetric violence, in addition to continuing the fight to guarantee the rights achieved, there is an urgent need for problematization and critical analysis of the structural issues that impact obstetric care in Brazil, uncovering themes such as violence gender, Eurocentric knowledge production, social inequalities and obstetric racism.

Keywords: Obstetric Violence; gender violence; obstetric racism; institutional racism; women's movement.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALERJ	Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
AMN	Articulação de Mulheres Negras
ANPOCS	Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais
BEMFAM	Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil
CCDC	Centro Comunitário de Duque de Caxias
CEAP	Centro de Estudos da População marginalizada/RJ
CEMICAMP	Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas
CEPARH	Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana
CEPEBA	Centro de Estudos de Pesquisas da Baixada
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CLADEM	Comitê de América Latina e Caribe para a Defesa dos Direitos das Mulheres
CNDH	Conselho Nacional dos Direitos Humanos
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNPIR	Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial
CNPM	Conferência Nacional de Políticas para Mulheres
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
CRM	Conselho Regional de Medicina
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DIU	Dispositivo Intrauterino
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INSGENAR	Instituto de Gênero, Direito e Desenvolvimento
MAG	Movimento de Apoio a Gestante
MF	Movimento de Favelas
MN	Movimento Negro
MNU	Movimento Negro Unificado
MPF	Ministério Público Federal
MUB	Movimento União de Bairros
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não- Governamental
PAF	Programa de Anemia Falciforme
PAISM	Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PROS	Partido Republicano da Ordem Social
PSD	Partido Social Democrático
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
SBA	Sociedade Brasileira de Anestesiologia
SEPM	Secretaria Especial de Política para a Mulher
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SPM	Secretaria de Políticas para Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 PERCURSO METODOLÓGICO	Erro! Indicador não definido.
2 O RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: INTERSECCIONALIDADES DE GÊNERO E RAÇA	28
2.1 VIOLÊNCIA DE GÊNERO E RACISMO	28
2.2 RACISMO OBSTÉTRICO - O PROCESSO INTERSECCIONAL.....	35
2.3 VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS: ORIGENS, DEFINIÇÕES E DISPUTAS IDEOLÓGICAS NO BRASIL	45
2.3.1 Os discursos ideológicos acerca da violência obstétrica	56
3 O PROTAGONISMO DOS MOVIMENTOS DE MULHERES E FEMINISTAS NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – ANALISANDO OS ANOS 1980/1990	64
3.1 O CONTEXTO DOS ANOS 1980/1990: OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	65
3.2 LUTAS DAS MULHERES NEGRAS NO RIO DE JANEIRO E A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	72
3.3 RESGATES HISTÓRICOS NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O DOSSIÊ CAXIAS.....	80
3.3.1 Resgate histórico no enfrentamento à violência obstétrica: Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre a esterilização em massa de mulheres no Brasil (1993)	95
4 AVANÇOS E DESAFIOS ACERCA DOS DIREITOS DAS MULHERES EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - ANALISANDO OS ANOS 2000-2022	109
4.1 O CONTEXTO DOS ANOS 2000-2022	109
4.1.1 Reconfiguração da assistência à gestante e parturiente nos anos 2000	114
4.2 MULHERES NA LUTA – REVISITANDO AS CONFERÊNCIAS E PLANOS DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES	123
4.3 OS MARCOS LEGAIS NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO RIO DE JANEIRO	133

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
REFERÊNCIAS.....	11
ANEXO A – QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA.....	19
ANEXO B – COMO DENUNCIAR A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?	20

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem por objetivo analisar as lutas acerca da violência obstétrica no Estado do Rio de Janeiro nos períodos 1980-1990 e 2000-2021. É importante destacar que esta tese se insere na pesquisa “Por uma história do gênero e feminismo no serviço social”, coordenada pelas professoras Dra. Rita de Cássia Santos Freitas (UFF), Dra. Ana Elizabeth Lole dos Santos (PUC-Rio) e Dra. Carla Cristina Lima de Almeida (UERJ). Este projeto objetiva resgatar a memória das pioneiras nos estudos de gênero e feminismos no Serviço Social brasileiro, na década de 1980 e 1990, focando nas escolas de Serviço Social do Rio de Janeiro. Visa, também, o resgate do histórico da profissão enquanto uma história de mulheres.

Por estar inserida nessa pesquisa mais ampla, esta tese tem como marco temporal o período de 1980-1990 – que é o período analisado nesta pesquisa. Em relação às lutas feministas e de mulheres, esse é um período rico de vivências e recortei como objeto de análise a questão da violência obstétrica (ainda que nesse momento esse termo não fosse utilizado). Mas, a tese avança para o período de 2000-2022, buscando perceber o modo como hoje essa discussão vem se desenvolvendo, tentando captar os avanços e retrocessos nessa temática.

É importante começar fazendo um “panorama” desses dois momentos. Os anos de 1980 e 1990 nos apresentam uma luta pelo processo de redemocratização do país e a efervescência dos movimentos sociais. E, no âmbito da saúde, destaca-se a promulgação da Constituição Federal de 1988, que traz um novo caráter às políticas sociais, preconizando a Seguridade Social apoiada no tripé: Previdência Social, Assistência Social e Saúde (como direito e responsabilidade do poder público). A chamada “Constituição Cidadã” abre caminho para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema este que aponta para a igualdade, universalidade e equidade nas ações em saúde.

Toda essa articulação propiciou e incentivou a criação de mecanismos de denúncias e combate à violação dos direitos das mulheres, potencializando a perspectiva de as mulheres viverem com saúde. A criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) é um marco na atenção integral à saúde da mulher, explicitando demandas para além do período gravídico/

puerperal. Mesmo assim, nessa época começam a ocorrer também denúncias acerca da violência destinada às mulheres grávidas. Dentro desse contexto, destacamos a Criação do Dossiê Caxias, em 1986, no Estado do Rio de Janeiro e município de Duque de Caxias, que foi um marco de denúncias da violência no pré-parto, parto e pós-parto sofrida por mulheres da baixada-fluminense em diversas maternidades, o que posteriormente viria ser caracterizado como violência obstétrica. Esse dossiê teve grande repercussão e promoveu a mobilização de diversos setores da sociedade, chamando atenção para o tema.

Esse processo possibilitou o levante de diversas bandeiras dos movimentos de mulheres e movimentos feministas. Em relação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, destacamos a criação da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) de esterilização de mulheres no Brasil, presidida pela Deputada e Assistente Social Benedita da Silva, em 1993, como outro marco nas denúncias em relação aos direitos das mulheres de não serem esterilizadas sem um consentimento esclarecido. Essas denúncias foram impulsionadas pelo fato de a esterilização estar ocorrendo, massivamente, em mulheres negras, pobres e nordestinas.

Na década de 1990 podemos destacar ainda as mobilizações e articulações do movimento feminista pela saúde e direitos reprodutivos das mulheres, que culminou em repercussões nacionais e internacionais, por meio de conferências e encontro internacionais, dentre elas podemos citar a Conferência Internacional de Saúde da Mulher para o Cairo 94, realizada no Rio de Janeiro, que foi o estímulo inicial para a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, espaço muito importante para a consolidação das pautas relacionada aos direitos sexuais e reprodutivos.

O segundo período demarcado é os anos 2000, que foi marcado pela chegada do Partido dos Trabalhadores (PT) na Presidência da República, em 2002. Vale destacar que no governo de Luís Inácio Lula da Silva, em seus dois mandatos, em 2003 e 2010, diversos mecanismos de garantia dos direitos das mulheres foram criados. Dentre eles destacamos: a realização, em 2004, da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM); a criação do Fórum Social Mundial e a instauração da Frente Nacional contra a

Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto, em 2008; a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e da Secretaria Nacional de Promoção de Políticas da Igualdade Racial; e a promulgação de leis como a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), que visa prevenir e combater todas as formas de violência contra as mulheres.

No período demarcado de 2000 a 2022, diversas mudanças ocorreram no cenário político, como a eleição da primeira Presidenta do Brasil, Dilma Rousseff, que implementou políticas importantes voltadas para os direitos das mulheres. A Rede Cegonha, por exemplo, pautada no binômio materno-infantil, foi um marco nesse período, embora tenha recebido algumas críticas por desconsiderar outras questões relacionadas à saúde das mulheres. Mas, como sabemos, a conquista dos direitos não é algo dado de uma vez para sempre, demanda muita luta e resistência.

Nesse período, os ataques aos movimentos feministas não faltaram. Destacamos a votação do PL 5.069/2013, do então Deputado Eduardo Cunha (PMDB/RJ), para dificultar o acesso ao aborto legal, o que demandou maior articulação das feministas, que foram às ruas. Movimento este conhecido como “Primavera Feminista”. Destacamos também a aprovação da lei do Femicídio (Lei nº 13.104/2015) e da Importunação Sexual (Lei nº 13.718/2018), como um grande avanço para o período. No entanto, não podemos esquecer da “política antigênero”, que resultou em diversos ataques misóginos à Presidenta Dilma e seu impeachment, em 2016; do assassinato da vereadora Marielle Franco, em 2018, que até hoje aguardamos o desfecho final; e a eleição do Bolsonaro para Presidente da República, o que acende um alerta para os movimentos feministas.

O desmonte dos direitos das mulheres se explicitou logo no início do governo de Jair Bolsonaro, com a exclusão da produção feminista relacionada aos direitos sexuais e direitos reprodutivos de sites de domínio público. Com a exoneração da área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, foram apagadas do site do governo diversas produções de ativistas e pesquisadoras da área da saúde da mulher, sendo a página redirecionada para o site do Ministério da Saúde (Senapeschi; Peres, 2021). Houve nesse período negacionismo à produção científica feminista e antirracista, bem como uma

estratégia de desmonte dos movimentos sociais e das mobilizações sociais através de divulgação de fake news.

Nesta direção, a luta acerca do tema violência obstétrica se reatualiza e novos mecanismos de denúncias e violações dos direitos das gestantes e parturientes emergem. Assim, nesse segundo momento de nossa pesquisa (2000/2022), que ultrapassa os marcos do projeto ao qual estou vinculada, analisaremos o dossiê “Violência Obstétrica’. Parirás com dor” (Parto do Princípio, 2012)¹; o projeto de Lei nº 1.148/2015, de autoria da Vereadora Verônica Costa, que trata sobre a implantação de processo informativo acerca da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal; o Projeto de Lei nº 1679/2019, de autoria da Deputada Estadual Martha Rocha, que dispõe sobre a instituição de um programa de combate ao racismo na gravidez no Rio de Janeiro; o Despacho DAPES/SAS/MS-2019, que dispõe sobre a proibição do termo violência obstétrica; a Lei nº 9238/2021, que dispõe acerca do direito ao parto humanizado na rede pública e privada; e, por fim, as Conferências Nacionais de Políticas para Mulheres (anos 2003, 2007, 2011, 2016).

Diante desta breve contextualização, a pesquisa compreenderá estes dois momentos explicitados, analisando as lutas e articulações em prol da denúncia da violência obstétrica sofridas por gestantes e parturientes no Estado do Rio de Janeiro.

A violência obstétrica é qualquer ato que envolve abuso, maus tratos conferidos às gestantes e parturientes, assim como o desrespeito aos direitos conquistados, garantidos por lei, direitos estes que são fruto de diversos conflitos e mobilizações de profissionais, movimentos sociais e a sociedade civil². Também está relacionada à negação de atendimento a qualquer unidade de saúde, o ato de humilhar, ofender a mulher e seus familiares (Aguiar, 2013). A violência obstétrica quando atravessada pelo viés de raça tende a explicitar formas mais intensas da violência. Nesta direção, a análise interseccional é a condição mais que necessária para compreensão e enfrentamento da violência obstétrica.

¹ Documento disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em: 12 out. 2023.

² Essa discussão será aprofundada no primeiro capítulo desta tese.

Este tema faz parte de minha trajetória acadêmica como estudante de graduação e pesquisadora na Pós-Graduação da Universidade Federal Fluminense. Tal interesse iniciou durante a graduação e resultou no Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, em 2016³. Em minha trajetória, duas pesquisas com gestantes e parturientes foram realizadas: uma no município de Cachoeiras de Macacu, RJ, em 2016, que resultou na elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso em Serviço Social. E outra pesquisa realizada no município de Guapimirim, RJ, no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), em 2018, já como assistente social. Falas como: “tive bebê com o policial na porta do centro cirúrgico e o médico me xingando” (G3)⁴ fizeram emergir o desejo de continuar pesquisando este tema.

A pesquisa realizada em Cachoeiras de Macacu trouxe como resultado o desconhecimento das mulheres acerca do termo, embora as falas reproduzissem a violência obstétrica, sem se dar conta que aquele era um processo violento, pois a naturalização em longo prazo não permitia visualizar o fenômeno.

Na pesquisa realizada em Guapimirim, mesmo que tenha me deparado com mulheres um pouco mais instruídas em relação a seus direitos, a questão da violência obstétrica continuava desconhecida e naturalizada pelas gestantes e parturientes.

A naturalização da violência sofrida por mulheres no momento do parto continua sendo um evento habitual. O nível de conhecimento das usuárias e o poder de articulação definem, em muitos casos, o limite entre a garantia de um direito e o grau de violência sofrido por gestantes e parturientes. Sabe-se que o fato citado pela G3 é uma exceção, pois muitas mulheres não reivindicam seus direitos temendo sofrer represálias. E em muitos casos, as instituições prevalecem pela falta de informações, principalmente da população mais pobre e sem instrução, em estabelecer regras e rotinas hospitalares que infringem os direitos das usuárias e usuários (Muniz, 2012).

³ Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social, sob o título de: Breves reflexões sobre violência obstétrica e as contra(di)ções de um direito: um olhar sobre município de Cachoeiras de Macacu – RJ.

⁴ Pesquisa realizada no município de Cachoeiras de Macacu, em 2016, para a composição do Trabalho Final de Graduação em Serviço Social, na Universidade Federal Fluminense. As gestantes e parturientes pesquisadas receberam a letra G, seguido do número de ordem das entrevistas, para preservar a identidade das mulheres.

Assim, continuando a minha trajetória, no mestrado tive a possibilidade de aprofundar um pouco mais o debate acerca da saúde da mulher e analisar os documentos oficiais voltados para Atenção Integral à saúde da mulher, ultrapassando os modelos restritos ao estado gravídico/puerperal para pensar a questão da sexualidade, relações de gênero e de raça, e diversas outras questões que contemplam a diversidade das mulheres brasileiras, buscando desmistificar a “mulher universal”.

Ademais, a inserção no já citado projeto de pesquisa “Por uma história do gênero e feminismo no serviço social” instigou-me a continuar nessa trajetória e fez-me repensar como a epistemologia feminista pode desvelar subjetividades que se escondem por trás do processo de naturalização da violência historicamente concebida. Neste contexto, eu, como mulher negra, Assistente Social e mãe, sinto-me uma sujeita implicada com a temática. Neste lugar de mulher negra e doutoranda, devo reconhecer o meu lugar de privilégio, embora faça parte das “minorias oprimidas”. Partimos do princípio de que informação é poder e como pesquisadoras detemos o “poder” de decifrar as falas, os gritos, as subjetividades que alcançam os grupos pesquisados. Ademais, ressaltamos que todos temos um lugar de fala e devemos nos atentar para essa questão no momento de transcrição das entrevistas, da elaboração de artigos, dissertações, teses, destacando a não neutralidade da autora.

Nesta direção, a contribuição teórica que visou ofertar faz parte de minha trajetória acadêmica até o presente momento. É inerente a minha história de vida, ao meu posicionamento ético-político construído na academia e no fazer profissional em articulação, como assistente social. Como uma experiência socialmente compartilhada, esta contribuição tem como ponto de partida o reconhecimento do meu lugar de fala, correlacionada ao lugar social que ocupo nas relações de poder. Ressalto a distinção entre lugar de fala e representatividade. O lugar de fala não impede o diálogo e reflexão acerca da realidade e opressões de outros sujeitos, no entanto estes devem teorizar a partir de seu lugar, reconhecendo o privilégio de sua localização social (Ribeiro, 2017).

O lugar social “não determina uma consciência discursiva sobre esse lugar” (Ribeiro, 2017, p. 69). Este espaço aponta para experiências diversas,

são nestas experiências, subjetividades e memórias que se constroem as identidades e a urgência de transformá-lo.

Embora eu seja uma mulher negra e pobre, também tenho um lugar de fala, que em muitos casos se apresenta como privilégio, mas compreendo como um lugar de reparação. Entender que partimos para análise com uma bagagem ética e moral é essencial. Estar ciente de que o imponderável pode acontecer, nos deixa mais atentas a diversas questões como aponta a Profa. Luciene Medeiros⁵.

Atentar-se para fato de que embora eu seja uma Assistente Social, mas que no momento estou como pesquisadora é essencial para entendermos nosso lugar de fala e nosso papel no dado momento. Como aponta a Profa. Rita Freitas⁶ despir-se da Assistente Social para ser a pesquisadora não é um movimento fácil, mas reconheço que deve ser um constante exercício em minha trajetória acadêmica, agora entendo isso. As reflexões tecidas no âmbito do projeto de pesquisa supracitado e nas disciplinas ministradas no Programa de Pós-graduação em Política Social sobre feminismos proporcionou-me esse “novo olhar”.

Aprendi que ter medo, se frustrar, refazer a rota da pesquisa e entrevista é algo que pode acontecer, até com pesquisadoras experientes que são referências em nossos estudos e isso nos acalenta e nos envolve de afetos em tempos tão nebulosos. O espaço da pesquisa de campo nos apresenta ambientes instáveis, com diversas fragilidades e possibilidades. É um espaço de superação de nós mesmas, de quebra de paradigmas e certezas, principalmente em tempos pandêmicos. De construção e reconstrução do objeto e do próprio “eu”.

Diante deste contexto, analisar esse processo de denúncias acerca da violência obstétrica no Rio de Janeiro, nos períodos demarcados acima, sob a ótica da epistemologia feminista, é desafiar poderes e saberes socialmente

⁵ Frase pronunciada pela Profa. Luciene Medeiros na disciplina “Tópicos especiais em Política Social: Processos de pesquisa e trabalho de campo sob a perspectiva feminista”, no Programa de Pós-Graduação em Política Social – UFF, para explicar que as coisas podem não sair como o planejado, pois diversas variáveis podem interferir no nosso planejamento para uma pesquisa. Disciplinas lecionadas pela Profa. Rita Freitas – Professora titular do PPGPS- UFF – e Luciene Medeiros – Profa. da PUC-Rio.

⁶ Reflexões tecidas por Rita Freitas na disciplina de “Tópicos especiais em Política Social: Processos de pesquisa e trabalho de campo sob a perspectiva feminista”, no Programa de Pós-Graduação em Política Social – UFF.

instituídos e a naturalização historicamente enraizada. Porque discutir a violência obstétrica é discutir a violência contra mulher, é discutir a violência de gênero, e muitos ainda não estão preparados para refletir acerca dessas “verdades”. Mas, isso não quer dizer que não faremos, que não discutiremos, que não refletiremos sobre.

Rita Freitas e Nívia Barros (2018) apontam que “o debate sobre gênero tem sido fundamental em nossos estudos e deve ser entendido, [...] como uma construção histórica que supõe pluralidades”, que são constituídas das relações sociais que explicitam as diferenças entre os sexos e envolvem relações de poder.

Como explicita Muniz (2012), as práticas violentas são comuns no processo de atendimento às mulheres no momento do parto, e falar sobre esta questão é fundamental para oferecer suporte e possibilitar que as próprias mulheres busquem meios de identificar a violência e tenham autonomia para denunciá-la.

A atual conjuntura do atendimento ao parto, no Brasil, como em outros países, transforma as intervenções obstétricas que deveriam ser usadas com indicações precisas em intervenções rotineiras. Assim, o parto é transformado em um evento muitas vezes traumático, física e psicologicamente, para a mãe e para o bebê. Esse excesso de intervenções consideradas danosas à integridade física e psíquica contribuiu para a estigmatização do parto como um símbolo de sofrimento e opressão das mulheres. (Muniz, 2012, p. 9).

Em 2016, as falas de “vai doer” ou “médico vai me deixar lá sozinha morrendo de dor” (G3) apontam para a postura e as decisões que as mulheres vêm tomando, é uma autonomia cerceada pela violência e o “poder/saber médico”. E assim vai sendo construído o processo de naturalização da violência. Diniz (2014, p. 2019) aponta que:

Estudos mostram que, na cultura brasileira, as usuárias do SUS não tem reconhecido seu direito à autonomia, devendo se subordinar ao julgamento médico acerca do que seria melhor para a gestante e seu bebê, enquanto as mulheres do setor privado, além de serem pagantes, são consideradas ‘diferenciadas’, mais escolarizadas, portanto moralmente mais capacitadas, e teriam, assim, direito à escolha sobre as intervenções.

Além disso, outra questão que entra no rol de violações é a falta de médicos para realizar o acompanhamento do pré-natal. Na pesquisa realizada em 2018, ouvi frases como: “E eu tive algumas dificuldades dentro do município para conseguir algumas coisas. Um médico em um primeiro momento” (CLÉA)⁷. São desafios que rompem com os direitos das gestantes e parturientes e até mesmo com o direito da criança.

Eu iniciei o pré-natal com dois meses [...] foram muitos desafios logo assim que eu descobri a gestação, eu procurei no PSF, e chegando lá fui informada que não tinha obstetra para acompanhar o pré-natal. E então como que faz? A Enfermeira falou, bom tem um clínico geral que acompanha as pessoas aqui. Aí eu falei bom, devido a minha situação, de todo meu histórico de probleminha de saúde, eu gostaria que fosse feito por um obstetra. Ela falou: ah não, mas ele tem que avalia sem tem que ser feito por Obstetra ou não. Mas no momento ele está de férias e não tem quem acompanhe o pré-natal. Só no mês que vem. (Cléa).

São diversas formas de violência que são perpetradas pelo governo quando se nega o direito de a gestante ser atendida e acolhida por um profissional de saúde: pelos próprios profissionais de saúde quando naturalizam a violência sofrida no parto; pela população em geral que valida essa ideologia de naturalização sem questionar a lógica perversa, em que a violência se perpetua por inércia de diversos atores. A violência obstétrica pode ser considerada também como feminicídio social, cometida pelo Estado.

Diante disso, temos como objetivos analisar a construção dos marcos legais de enfrentamento da violência obstétrica no Estado do Rio de Janeiro, nas décadas de 1980/1990 e 2000/2020, tendo como foco o protagonismo feminista e o movimento de mulheres negras. E, como objetivos específicos: traçar o histórico da luta contra a violência obstétrica, com ênfase no Rio de Janeiro; privilegiar a trajetória das lutas dos movimentos de mulheres no enfrentamento da violência obstétrica no campo das políticas públicas no Rio de Janeiro; analisar os avanços e retrocessos em relação a identificação e enfrentamento da violência obstétrica no Estado do Rio de Janeiro; resgatar as vozes das atrizes dentro dos movimentos de mulheres.

⁷ Pesquisa realizada no município de Guapimirim, 2018, no Centro de Referência de Assistência Social, com gestantes.

Assim, pensando nos objetivos propostos, o que move essa perspectiva é o desejo de dar visibilidade a essa história, mostrando sua trajetória que envolve avanços e retrocessos. É nossa hipótese que, apesar dos avanços em relação às legislações, articulação e mobilizações dos movimentos, a violência obstétrica sofrida nos anos 1980 e ainda nos anos 2000 continua a ser perpetrada reatualizando práticas conservadoras.

Não podemos negar que houve avanço e conquistas no tocante às legislações e implementação de políticas, no entanto, ainda nos deparamos com questões de governos, políticas e diversas ideologias conservadoras que querem calar as vozes das mulheres em situação de violência obstétrica. E reafirmar o compromisso frente a esta problemática se faz movimento de suma importância, neste contexto de ataques aos direitos socialmente construídos e neste contexto pandêmico, onde as violações de direitos têm um certo “respaldo”.

Assim destacamos a importância do resgate da memória para compreendermos a atualidade. Como um fenômeno construído coletivamente, a memória também é um fenômeno individual que apresenta variações, transformações e percepções que trazem o enquadramento da memória a um discurso “oficial” que visa abafar os gritos dos diferentes, das vozes carregadas de subjetividades. E, na contramão dessa corrente estamos para contar as histórias carregadas de subjetividades, de corpos e cores, explicitando as memórias, as identidades das mulheres que são protagonistas de suas próprias histórias.

1.1 PERCURSOS METODOLÓGICOS

Quando iniciamos o processo de reflexão acerca de um objeto, alguns questionamentos e dúvidas entram em cena: qual metodologia utilizar, quais autores dialogam com o tema? Existe um método correto, uma epistemologia adequada e sem falhas para explicitar meus anseios, dúvidas, inquietações, ódio, ranço e amores? Que tipo de sujeito sou eu nesta história, neste processo?

A produção dos saberes no processo histórico vem se mostrando hierárquica, padronizada, patriarcal e colonial. É uma produção teórica

realizada por homens, brancos, heterossexuais, cristãos, que utilizam sua “teoria pura” para justificar as relações de opressão e naturalização da violência. Grada Kilomba (2016, p. 10), ao problematizar o conceito de conhecimento e de quem detém o poder da fala, aponta que:

O conceito de conhecimento não se resume a um simples estudo apolítico da verdade, mas é sim a reprodução de relações de poder raciais e de gênero, que definem não somente o que conta como verdadeiro, bem como em quem acreditar. Algo passível de se tornar conhecimento torna-se então toda epistemologia que reflete os interesses políticos específicos de uma sociedade branca colonial e patriarcal.

Neste contexto, pensando a particularidade brasileira em que a produção do conhecimento está pautada nos moldes euro americanos-cêntricos, esse processo nos impõe um lugar de subalternidade em uma posição de colonialidade. A epistemologia feminista nos permite aproximar de novos sujeitos e, portanto, outros conhecimentos. Patrícia Ketzer (2017) afirma que não existe uma epistemologia puramente feminista, mas diversas ideias, argumentos e problematizações acerca das questões de gênero, do conhecimento e da ciência.

As bases das conceituações epistemológicas foram construídas através dos estereótipos de masculinidade pautados na razão e objetividade. As histórias das mulheres seriam “subjetivas” e carregadas de “corpos” (negros, indígenas, transexuais, dentre outros) que não coaduna com a produção do conhecimento “puro” e “neutro”. No entanto, Patrícia Ketzer (2017, p. 97) afirma que “esse sujeito purificado, que nega o corpo, seria, na verdade, um sujeito europeu e branco, que, ao libertar-se do corpo, na verdade liberta-se dos outros (o feminino, o não-branco)”.

Assim, a pesquisa feminista como indagação crítica, busca evidenciar a “voz” das experiências das mulheres. No entanto, devemos nos atentar para um fato: “ao ouvir a voz de uma mulher, podemos estar silenciando outras; uma realidade é justificada, enquanto outras tantas são ignoradas. É importante questionar que vozes estão sendo ouvidas e quais estão sendo silenciadas” (Ketzer, 2017, p. 106). Outra questão é como essas vozes estão sendo interpretadas. Como pesquisadoras detemos “o poder” de interpretar as vozes dessas mulheres e “dar vida” a essas falas (gritos) em nossos artigos,

dissertações, teses. Isto é muito sério e deve ser uma construção coletiva, de escritas e devolutivas para “atestar a veracidade” das falas, para “validar” os discursos antes do desfecho final.

Diante das reflexões tecidas até aqui, como não incluir a epistemologia feminista na pesquisa sobre “Violência Obstétrica”? Ignorar todas essas questões apresentadas (como a relação de gênero e poder, o silenciamento das opressões étnico/raciais, geracionais, dentre outras) é colaborar para a manutenção da violação de direitos. Ignorá-las aponta para a manutenção das opressões, das violências sofridas por mulheres que carregam o “parirás com dor”, que têm suas vozes silenciadas, embora estejam gritando há décadas.

Essas reflexões justificam a escolha da metodologia feminista. De uma metodologia que proporcione pensar a igualdade/equidade por uma perspectiva que alcança e torna visível o processo interseccional das opressões expressado nas reflexões de Louro (1997).

Sabemos que o recorte do objeto não é algo fácil. O que escrever? Qual metodologia utilizar? Por onde começar? São questões que permeiam toda nossa vida acadêmica e tecer reflexões com as professoras e diversas colegas, com diversos temas nos abre um horizonte, novas possibilidades e também novos questionamentos. É isso que nos impulsiona a continuar.

Diante destas reflexões iniciais, reconhecemos que analisar a violência obstétrica sem lançar mão da epistemologia feminista é camuflar, suprimir diversas subjetividades que se escondem no processo de naturalização do tema. É calar diversas vozes.

A revisão bibliográfica foi utilizada como método de investigação nesta pesquisa. Neste sentido, esse caminho foi traçado revisitando publicações que possuem os marcadores: violência no parto, saúde da mulher gestante, mortalidade materna, violência obstétrica, dentre outros, especialmente escritos por mulheres. Como ponto de partida, lançamos mão da pesquisa “Nascer no Brasil”, da FIOCRUZ; de dados de bases como: SCIELO e LILACS; e também as revistas *Em Pauta*, *Social em Questão* e *Serviço Social e Sociedade*, que foram analisadas na pesquisa “por uma história do gênero e feminismo no Serviço Social”.

Além da revisão bibliográfica, nesse processo trabalhamos com a análise documental, que, segundo Cellard (2008), possibilita a observação do

processo de evolução dos indivíduos, grupos, comportamentos, conceitos, pensamentos e práticas sociais, por meio das correlações de forças explícitas ou implícitas através das concepções dos formuladores, atores sociais, cenário político e econômico, apresentados nos documentos. A análise documental é um procedimento que se utiliza de técnicas para a compreensão e análise de diversas fontes documentais, como leis, vídeos, noticiais de jornais, dentre outras. Esta proposta metodológica foi utilizada como método qualitativo para compreensão detalhada dos fatos investigados. Como destaca Minayo (2009, p. 21), a pesquisa qualitativa “[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”, pois dialoga com fenômenos humanos.

De acordo como os estudos de Cellard (2008), “o documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado, relativamente distante [...]”. Os documentos apresentam atividades humanas de um determinado período e em muitos casos são os únicos capazes de contar a história e de servir como prova.

Nesta direção, para a pesquisa documental, utilizamos como base o Dossiê Mulher Caxias (1986), importante instrumento de denúncias das violências sofridas por mulheres nas maternidades do município de Duque de Caxias e o Relatório Final da CPI de esterilização de mulheres no Brasil (Brasil, 1993) – que trouxe a denúncia de esterilização em massa, em especial das mulheres negras no primeiro período estudado. Já para o segundo momento, analisamos o Dossiê “Violência Obstétrica’. Parirás com dor” (Parto do Princípio, 2012); o Projeto de Lei nº 1679/2019 (Programa de combate ao Racismo na Gravidez); o Despacho DAPES/SAS/MS-2019, que dispõe sobre a proibição do termo violência obstétrica; e as Conferências e Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (I, II, III, IV), dentre outros mecanismos e legislações que corroboram a explicitação de mulheres no período do pré-parto, parto e pós-parto.

E neste contexto a epistemologia feminista vem para colaborar com as análises e reflexões no sentido de elucidar os preconceitos de gênero que atingem as ciências humanas e sociais (Collins, 2019; Kilomba, 2019) e até mesmo as ciências da vida (Haraway, 1995) e questioná-las.

Foram realizadas, ainda, entrevistas com atrizes envolvidas no processo de enfrentamento e explicitação do tema no primeiro período estudado, ou seja, aquelas que foram protagonistas na construção de documentos que denunciam a violência obstétrica⁸. Devido a dificuldades que serão melhor explicitadas posteriormente não conseguimos fazer todas as entrevistas que gostaria, por isso, utilizei também como fonte falas que encontrei em mídias disponíveis. Não existe um capítulo específico para as entrevistas, estas foram distribuídas de acordo com as análises desenvolvidas. A entrevista se apresenta como uma técnica de interação social para a compreensão de fenômenos sociais que expressam os aspectos objetivos e subjetivos. Trabalha com um universo de significações, aspirações, crenças, valores e atitudes (Minayo, 2000).

A história oral foi adotada como referencial teórico-metodológico em uma abordagem qualitativa, uma vez que a pesquisa visa ouvir e registrar as vozes das mulheres, que em muitas situações são excluídas da história oficial, e a reconstrução das memórias se caracteriza como uma forma de trazer de volta essas vivências, o que pode confirmar ou refutar as “verdades” presentes nos documentos. Como ressalta Thompsom (1998, p. 337), “a história oral devolve a história às pessoas em suas próprias palavras. E ao lhes dar um passado, ajuda-as também a caminhar para um futuro construído por elas mesmas”. E como metodologia a história oral propõe aos sujeitos uma retomada do passado, mesmo o recente. E o processo de rememoração exige um refazer da história e de si mesmo, com novas formulações sobre o narrado, partindo do vivido até o momento presente (Bosi, 1995).

Diante disso, a relevância de atrizes na análise do objeto de investigação se encontra no fato de que já fizeram ou fazem parte de instituições e movimentos importantes, onde seus trabalhos tiveram grande impacto no processo de questionamento da assistência prestada na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e no momento do pré-parto, parto e pós-parto. Assim, pretendíamos entrevistar, inicialmente, mulheres protagonistas das décadas de 1980/1990 que participaram de alguma forma da construção

⁸ Pesquisa realizada com base no Projeto de pesquisa “Por uma história de gênero e feminismo no Serviço Social”, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em maio de 2019- número: 3.331.360.

dos movimentos que culminaram no Dossiê Caxias e na CPMI da esterilização. Mulheres como Solange Dacach, feminista que participou ativamente da construção do Dossiê Caxias, e a Deputada Benedita da Silva, que foi protagonista na formação da CPMI de denúncia de esterilização em massa de mulheres, principalmente as mulheres negras, na década de 1990; ambas participaram ativamente desses documentos que serão analisados nesta tese. No entanto, não conseguimos retorno a tempo da Deputada Benedita da Silva, embora tenha iniciado um diálogo via e-mail com sua assessoria, verificando a possibilidade de agendar uma entrevista. Foi enviado um questionário por e-mail, porém sem retorno.

No tocante ao Dossiê Caxias, temos o depoimento da feminista Solange Dacach, militante nas causas das mulheres, na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, nos anos 1980/1990. Outra contribuição importante dada foi da professora Luciene Medeiros como coorientadora e através das memórias compartilhadas no canal do Youtube “Museu vivo do São Bento”.⁹ Essas contribuições estão distribuídas ao longo da tese, especificamente nos tópicos que tratam das décadas supracitadas.

Nesta direção, considerando a dificuldade do acesso à fonte oral para a realização de entrevistas, buscamos trabalhar também com um questionário (Anexo A) enviado para outras atrizes que fizeram parte desse movimento em prol da instauração da CPI. Dos e-mails enviados, recebemos retorno apenas da Médica Jurema Werneck, que contribui como depoente na CPMI a partir da Campanha Nacional contra a Esterilização em Massa de Mulheres Negras (coordenada pela médica no Programa de Mulheres da ONG).

Na escolha da metodologia e organização da pesquisa e capítulos, pretendíamos entrevistar atrizes que foram referência na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, pensando no combate à violência obstétrica. Assim, foram realizados diversos contatos via e-mail, porém sem retorno. Alguns contatos nos retornaram afirmando que não seria a melhor pessoa para falar acerca dos anos 2000. Assim, nos anos 2000 a 2022 utilizamos os documentos e estudos acerca do tema.

⁹ Canal disponível no link: <https://www.youtube.com/@MuseuVivodoSaoBento>. Acesso em: 20 ago. 2023.

Neste segundo momento, diante da dificuldade de acesso a fontes orais, utilizamos a análise documental para embasar nossa pesquisa e responder os objetivos propostos. Documentos como das conferências e planos nacionais de políticas para as mulheres nos permitiram compreender como o debate acerca dos direitos das mulheres estava posto, com repercussões nacionais, demarcando avanços e limitações; as políticas e legislações que versam sobre os direitos das mulheres de viverem sem violência no momento do pré-parto, parto e pós-parto, tais como o projeto de lei que destacam a obrigatoriedade das maternidades em fixar informações em local visível acerca dos canais de denúncia da violência obstétrica, o projeto de lei que denuncia o racismo institucional que atinge as mulheres negras e causam disparidades no atendimento das mesmas, dentre outras ações que visam a humanização do atendimento a gestantes e parturientes.

Vale ressaltar que ao lançarmos mão das fontes orais, não significa que estamos renunciando às narrativas dos documentos escritos. A perspectiva que a história oral assume promove a articulação, o diálogo necessário com outras fontes.

Compreendemos como a produção acadêmica é solitária se não pudermos compartilhar nossas inquietações e angústias em um café pelos corredores da universidade, mesmo nos momentos mais agitados de nossa trajetória acadêmica. A nossa formação acadêmica foi atravessada por uma pandemia que roubou de nós os encontros e desencontros dos corredores e salas de aulas presenciais. Esse afastamento dificultou ainda mais nossa pesquisa. O contato frio por uma tela do computador e/ou mensagens pelo WhatsApp não produziu o mesmo efeito do calor humano, que é provocador, acolhedor e instigante. Mas, diante de todo desafio, seja de uma produção acadêmica, seja de a não disponibilidade de fontes orais e bibliográficas, apresentamos este trabalho como fruto de muitos desafios.

Nesta direção, o capítulo 1, sob o título “O reconhecimento da violência obstétrica: interseccionalidades de gênero e raça”, tem por objetivo discorrer acerca da violência de gênero e racismo, destacando o racismo obstétrico e o processo interseccional das opressões. Dentro desse contexto, destacamos a violência obstétrica, seus conceitos e disputas que giram em torno do termo.

No segundo capítulo intitulado “Protagonismo dos movimentos de mulheres e feministas no enfrentamento à violência obstétrica no Estado do Rio de Janeiro - analisando os anos 1980/1990”, discorreremos acerca dos direitos sexuais e reprodutivos nas décadas de 1980 e 1990, destacando as lutas das mulheres negras no Rio de Janeiro e as resistências, trazendo o resgate histórico de enfrentamento contra a violência obstétrica. Como base para essa discussão, utilizamos o Dossiê Caxias como marco da década de 1980 e o Relatório Final da CPMI – que denunciava a esterilização a força em mulheres.

E, no terceiro e último capítulo, apresentamos o contexto dos anos 2000, traçando o histórico da assistência ao parto e puerpério, analisando as conferências e planos nacionais de políticas para as mulheres e os marcos legais de enfrentamento a violência no Estado do Rio de Janeiro.

Nas considerações finais, realizamos um apanhado geral do debate realizado ao longo da tese. Refletimos acerca de como as formas de opressão se reatualizam para violar os direitos das mulheres e como as lutas pelos direitos que ecoavam nas décadas de 1980/1990 ainda continuam presentes nas denúncias de violações dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Embora tenhamos avançados em legislações e mecanismos de proteção e combate à violência obstétrica, ainda temos muito que avançar.

2 O RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: INTERSECCIONALIDADES DE GÊNERO E RAÇA

Neste capítulo discorreremos acerca da violência obstétrica como um processo interseccional, enfatizando principalmente como as intersecções de gênero, raça e classe se articulam para violar os direitos das mulheres no período gestacional e puerpério. Partiremos da conceituação das categorias supracitadas para compreendermos como estas atravessam as vidas das mulheres.

Kimberlé Crenshaw (2002, p. 177) destaca que 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.

Nesta direção, tomar a interseccionalidade como parâmetro de análise da violência que incide sobre os corpos que gestam, explicitando as relações de gênero e raça, contribui para desvelar as especificidades que violam os direitos sexuais e reprodutivos dessa população.

Os corpos que gestam e parem têm diferenças em relação à raça, identidade de gênero, classe social, religião, dentre outras “estruturas de subordinação”, onde a interseccionalidade proporciona a ampliação e a compreensão das violências sofridas por essas pessoas no momento de gerar e parir.

2.1 VIOLÊNCIA DE GÊNERO E RACISMO

Estamos convencidos de que racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata revelam-se de maneira diferenciada para mulheres e meninas, e podem estar entre os fatores que levam a uma deterioração de sua condição de vida, à pobreza, à violência, às múltiplas formas de discriminação e à limitação ou negação de seus direitos humanos.¹⁰

¹⁰ III Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata. Disponível em: <http://assets->

Ao abordarmos o fenômeno da violência, explicitamos que é um conceito polissêmico e multidimensional, historicamente construído e com características dinâmicas que são determinadas pelo lugar de fala de cada atriz-ator. A discussão teórica acerca do tema é ampla e não se encerra em uma única definição. Para Marilena Chauí (2017, p. 41), a violência é “toda prática e toda ideia que reduza um sujeito à condição de coisa, que viole interior e exteriormente o ser de alguém, que perpetue relações sociais de profunda desigualdade econômica, social e cultural, isto é, de ausência de direitos”. A autora chama atenção para um olhar mais ampliado da violência, considerando os “constituintes simbólicos” que estruturam as relações violentas no Brasil. Suas reflexões têm como foco o debate acerca do poder/saber médico e científico e o simbolismo social construído acerca do corpo da mulher.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002, p. 5), a violência se caracteriza como “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações”. Essa definição implica tanto a intencionalidade como a prática do ato em si e independe do resultado produzido. A violência é uma questão social que não se restringe a um setor específico, embora seja corriqueiramente atribuída ao âmbito da saúde, por se tratar de qualidade de vida o direito de viver sem violência (Minayo, 2003).

Ademais, para Minayo (2006, p. 14), a dificuldade em relação a conceituação/definição se deve ao caso de ser um “[...] fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem comete, de quem a sofre e de quem a presencia”. Ou seja, envolve também questões subjetivas. Assim, a questão de quem define e como define o fenômeno da violência impacta diretamente a análise da violência contra mulher em suas diversas manifestações. A violência contra a mulher enquanto uma violência de gênero envolve questões emocionais, financeiras,

naturalização do fenômeno, descrédito, dentre outros marcadores que camuflam a violação de direitos.

De acordo com a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará (1994), a violência contra mulher é “qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (Brasil, 1996, Art. 1). Esta convenção foi um marco histórico de abrangência internacional, com objetivo de coibir a violência contra a mulher. Pesquisadoras como Almeida (1998) e Diniz (2006) explicitam que a temática violência contra a mulher, no Brasil, começa a ganhar destaque nos anos 1970/1980, onde os casos são publicizados na mídia e o slogan “quem ama não mata” passa fazer parte das lutas feministas.

Como salienta Medeiros (2012, p. 33), “tratar sobre o tema da violência contra a mulher, parte do princípio de que, essa violência da qual a mulher é vítima constitui uma violação grave dos direitos humanos fundamentais”. Em muitos casos, nas instituições prevalecem a falta de informação, principalmente da população mais pobre e sem instrução, para estabelecer regras e rotinas hospitalares que infringem os direitos das usuárias (Muniz, 2012) e que violam os direitos humanos. Destarte, afirmo que informação – ou seja, saber – é poder (Foucault, 2007).

No tocante a violência de gênero, conceito importante em nossa análise, esta diz respeito a um modo específico de violência, que tem como objetivo a manutenção da “[...] organização social de gênero, fundamentada na hierarquia e desigualdade de lugares sociais sexuados que subalternizam o gênero feminino [...] amplia-se e reatualiza-se na proporção direta em que o poder masculino é ameaçado” (Saffioti; Almeida, 1995, p. 25). Assim, as mulheres são os principais alvos desse tipo de violência. No entanto, essa violência também abrange “a perpetrada contra homens que exercem masculinidades não hegemônicas” (Cassab, 2015, p. 378), que explicitam papéis diferentes dos estabelecidos socialmente construídos para o gênero masculino, do modelo estabelecido em uma sociedade patriarcal. Quem ousa sair dessa classificação sedimentada tende a sofrer diversos tipos de punições.

As reflexões acerca da violência de gênero contra as mulheres, embora se apresente em diversas camadas sociais, incide de maneira dispare nos segmentos sociais das classes menos abastadas, em especial das mulheres negras. Por isso, a importância de um olhar interseccional, pois a ausência do debate da violência com recorte racial camufla as desigualdades às quais as mulheres negras estão expostas. Destaca-se que há um agravamento das violências ocasionadas pelo racismo, articulada com marcadores de gênero, classe, geracionais, dentre outros.

As desigualdades e discriminações atingem muitas pessoas de modo combinado. Muitos conhecem o caso de Maria de Lourdes Silva Pimentel, uma mulher pobre, afro-brasileira que morreu após um aborto em decorrência de falta de atendimento médico adequado. O Comitê CEDAW considerou o Brasil responsável por múltiplas formas de discriminação baseadas no sexo, raça e status econômico. Tais múltiplas formas de discriminação levam a graves violações dos direitos sociais, econômicos e culturais das mulheres e, de um modo geral, corroem o exercício pleno e livre de todos os direitos pelas mulheres (Tracy Robinson)¹¹.

Nesta direção, as reflexões a respeito de gênero e racismo são essenciais. Assim, devem-se levar em consideração as violências que são atravessadas pela cultura patriarcal, machista e que atravessa as práticas do Estado, que lança mão do seu poder punitivo para exercer o controle sobre os corpos das mulheres. Explicitamos neste contexto aquelas que trazem os marcadores sociais de raça e classe. A condição em que se encontram as mulheres negras explicita a intersecção da violência que as atravessa, como um processo firmado no racismo estrutural, construído e reconstruído no processo sócio-histórico brasileiro.

Partimos da compreensão do termo gênero como categoria de análise, compreendido na definição estabelecida por Scott (1995, p. 86) como “um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos”, configurando-se como “uma forma primária de dar significado às relações de poder”. Esta estrutura é atravessada, em muitas situações, pelo racismo. E, “o lugar em que nos situamos determinará nossa interpretação

¹¹ Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/violencias/violencia-e-racismo/>. Acesso em: 27 ago. 2023.

sobre o duplo fenômeno do racismo e do sexismo” (Gonzales,1984, p. 224).

Assim, destaca-se que:

O racismo é um fenômeno ideológico que se manifesta de distintas formas e que preconiza a hierarquização dos grupos, atribuindo a alguns deles valores e significados sociais negativos que servem de justificativa para seu tratamento desigual. Concretamente, nossas sociedades foram estruturadas a partir da definição de lugares sociais para mulheres e para a população negra que não passam pelos espaços de poder e cidadania plena.¹²

No tocante a raça, Guimarães (1999, p. 124) destaca que “é um conceito que denota tão somente uma forma de classificação social, baseada numa atitude negativa frente a certos grupos sociais”. A percepção de branco e negro no Brasil varia de acordo com o lugar que o sujeito está inserido. Relaciona-se com o “grau de mestiçagem”, com a classe e a região que o sujeito se encontra. Como destaca Werneck (2013), o racismo é uma ideologia que se explicita nas estruturas governamentais, nas políticas públicas, é um fenômeno que perpassa as relações sociais, culturais, e para mover essa estrutura se faz necessário o questionamento dos privilégios, das hegemonias socialmente construídas.

No que concerne à questão do racismo no Brasil, explicitamos, tendo por base as reflexões de Guimarães (1995, p. 36):

Qualquer análise do racismo brasileiro deve considerar pelo menos três grandes processos históricos. Primeiro, o processo de formação da nação brasileira e seu desdobramento atual; segundo, o intercrucamento discursivo e ideológico da ideia de ‘raça’ com outros conceitos de hierarquia como classe, status e gênero; terceiro, as transformações da ordem socioeconômica e seus efeitos regionais.

Brandão e Marins (2007) afirmam que a maior aproximação fenotípica com o grupo negro levaria a maiores possibilidades de classificação como não-branco. Destacamos que “a noção ‘nativa’ de cor ocupa o lugar privilegiado na demarcação das diferenças e substitui a noção de raça que se torna, portanto,

¹² Ana Carolina Querino, Coordenadora de Direitos Econômicos do ONU Mulheres Brasil e Cone Sul. Dossiê violências contra mulheres. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/violencias/violencia-e-racismo/>. Acesso em: 27 ago. 2023.

implícita” (Brandão e Marins, 2007, p. 40). Os traços físicos, a cor da pele, o encrespado dos cabelos (principalmente das mulheres), o nariz “achatado”, ou seja, a maior aproximação do fenótipo preto explicita maior nível de discriminação em diversos espaços públicos e privados.

O reconhecimento da relação entre gênero, violência e racismo em muitos casos é desconsiderado na compreensão das formas de violência. O reconhecimento dessas intersecções das opressões é fundamental para a compreensão do fenômeno da violência de gênero e raça. Esta é uma bandeira do movimento feminista negro que explicita tensionamentos acerca da invisibilidade das mulheres negras dentro de uma perspectiva feminista universalizante. Como destaca Carneiro (2003, p. 15-16):

[...] como é possível que o racismo, a discriminação racial e a violência racial permaneçam como tema periférico no discurso, na militância e em boa parte das políticas sobre a questão da violência contra a mulher? Só podemos atribuir isto à conspiração de silêncio que envolve o tema do racismo em nossa sociedade e à cumplicidade que todos partilhamos em relação ao mito da democracia racial e tudo o que ele esconde. Historicamente, as políticas públicas para mulheres no Brasil partem de uma visão universalista e generalizante de mulher, incapaz desse simples questionamento, afinal que cara têm as mulheres deste país?

Cabe aqui uma reflexão acerca das opressões, como aponta Patrícia Collins (2015, p. 14): para alcançarmos aquele “pedaço do opressor que está plantado profundamente em cada um de nós”, necessitamos de, ao menos, duas coisas. Primeiro, precisamos de novas visões sobre o que é a opressão. Em segundo, precisamos de novas categorias de análise que incluam raça, classe e gênero como estruturas de opressão distintas, mas imbricadas. Aderir a comparação e hierarquização de opressões – o proverbial “sou mais oprimido que você” – nos prende em uma perigosa dança em que competimos por atenção, recursos e supremacia teórica.

Demarcamos nesse processo a não hierarquização das opressões. Quando a voz de determinado grupo se torna audível, devemos tomar cuidado para não silenciarmos outra. A intenção não é que o oprimido se torne opressor, mas que haja equidade no atendimento das demandas dos sujeitos em questão.

Diante da análise, explicita-se que o processo de subjetivação dos corpos produz hierarquização a partir da raça e do gênero, dentre outros marcadores que podem produzir efeitos positivos ou negativos no acesso aos direitos. E, ao analisarmos as categorias de opressão, destacamos como a “branquitude” organiza corpos e estabelece critérios raciais para o acesso de privilégios.

Por outro lado, discutir acerca da branquidade é tocar em uma ferida que muitos tentam esconder, camuflar e naturalizar. “Destaca-se neste contexto ‘desconfortável com sua própria branquitude, ainda incapaz de ser verdadeiramente qualquer coisa, o indivíduo pode buscar uma nova maneira, mais confortável, de ser branco” (Bento, 2003, p. 44). Esse processo nos possibilita questionar alguns aspectos das relações sociais.

Debater o fenômeno da branquidade é questionar o componente racial branco e neutro que se isenta das relações raciais conflituosas instaladas na sociedade. Em uma sociedade racializada, o ser branco é beneficiado e ao mesmo tempo mantenedor desta estrutura “neutra”. O interesse em refletir acerca da branquitude não é apenas explicitar as relações étnico-raciais, mas compreender como as categorias raciais se articulam em uma hierarquia que mantém o domínio do poder e a inferiorização de determinados indivíduos como os negros e as mulheres.

Para Piza (2005), o termo branquitude em oposição a branquidade traz o questionamento consciente do preconceito e discriminação, o que aponta para uma ação antirracista. A ação principal do antirracismo seria retirar da branquidade seus aspectos dominadores, criando uma identidade branca com capacidade de questionar o racismo.

Branquitude seria o esforço de compreender os processos de constituição da branquidade para estabelecer uma ação consciente para fora do comportamento hegemônico e para o interior de uma postura política anti-racista e, a partir daí uma ação que se expressa em discursos sobre as desigualdades e sobre os privilégios de ser branco, em espaços brancos e para brancos; e em ações de apoio à plena igualdade. (Piza, 2005, p. 42).

Destaca-se que a marca da branquitude no Brasil vai para além de aspectos genéticos com base no “status e no fenótipo” que se apresenta como um passaporte para privilégios e passe livre em diversos espaços. Essa marca

envolve aspectos ideológicos que promovem a característica fenotípica em relações hierárquicas e de poder.

No tocante ao corpo, Ribeiro (2017) explicita que existe um olhar colonizador sobre os corpos, saberes e produções das mulheres negras, e para descolonizar esse olhar faz-se necessário criarmos pontos de partida. “Se, para Simone de Beauvoir, a mulher é o Outro por não ter reciprocidade do olhar do homem, para Grada Kilomba, a mulher negra é o Outro do Outro, posição que a coloca num local de mais difícil reciprocidade” (Ribeiro, 2017, p. 22). A mulher como “o outro” é pensada a partir do homem e não de si. São relações de submissão e dominação que naturalizam as violências.

Faz-se necessário romper barreiras que impedem o reconhecimento da mulher negra como categoria de análise. A mulher negra é a antítese da branquitude e da masculinidade, o que a coloca em um lugar de extrema desigualdade e submissão à ordem estabelecida. Esse processo aponta para a necessidade de explicitação das diferenças dentro do grupo de iguais, são reflexões em longo prazo que não se esgotam nessas breves reflexões, mas demarcar estas questões se faz movimento essencial.

Nesta direção, embora a questão da saúde da mulher tenha ganhado centralidade nas políticas de saúde nas últimas décadas, as pesquisas voltadas para análise das influências de raça/cor na experiência de gestação e parto se mostram muito tímidas em comparação com a gravidade do fenômeno. “A discussão de raça/etnia ainda necessita de debates aprofundados acerca das especificidades que atravessam a questão da raça no Brasil e suas implicações” (Delfino, 2019, p. 50), nos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres negras.

Concluindo e caminhando para nosso tema, é preciso desvelar o “racismo internalizado” na atenção ao parto e puerpério. Refletir acerca do cuidado diferenciado em decorrência da discriminação pelo recorte de raça/cor é o que nos dedicaremos no próximo item.

2.2 RACISMO OBSTÉTRICO - O PROCESSO INTERSECCIONAL

Refletir a respeito da saúde das mulheres do ponto de vista feminista é uma desobediência à ordem, é romper com a dinâmica do “universal” para

pensar as especificidades e refletir sobre o processo interseccional das opressões, é desmistificar o mito da mulher universal. Analisar a interseccionalidade de gênero, classe e raça (também geração, territorialização, sexualidades, dentre outros) para pensarmos a violência obstétrica é trazer à luz as subjetividades e a naturalização desse fenômeno. É pensar na categoria mulheres e como estas são atingidas de forma díspares pela violência (Crenshaw, 2002). É trazer para o debate o racismo obstétrico.

Neste sentido, entende-se que se possa falar em racismo obstétrico como a violência cometida contra mulher negra gestante e/ou parturiente, em decorrência de sua raça/cor e que se materializa por meio de ações e omissões. As mulheres negras possuem maior risco de ter um pré-natal inadequado, o que colabora com altos índices de mortalidade materna no Brasil. Ademais, possuem maiores chances de ter atendimento negado e de peregrinar em busca de maternidades, de receber menos anestésias para aliviar a dor no momento do parto, como também de ter seu discurso invalidado.

Como aponta Grada Kilomba (2018), a análise da história da mulher deve ultrapassar a imagem da “mulher universal”, pois não existe maior privilégio que ser a regra e representar a normalidade em detrimento do “diferente”. Werneck (2000, p. 9) salienta que “não somos todas iguais, nem somos completamente diferentes”. Busca-se nessa afirmativa explicitar a humanidade e a similitude na multiplicidade do que é ser mulher. E isso implica entender que: a violência obstétrica é pensar, também, em que tipo de mulher estamos falando. A violência obstétrica é perpetrada em um mesmo nível para todas as mulheres? São questionamentos dignos de nota.

Ademais, pensando na rejeição desse corpo feminino e não branco aspectos epistêmicos das violações dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres se explicitam no processo de desnaturalização da violência obstétrica. Como aponta Fricker (2007), a “injustiça epistêmica” se manifesta neste processo. A autora discorre sobre o tipo de “injustiça testemunhal” que ocorre quando a discriminação vem da forma de se comunicar do sujeito, questionando seu gênero, raça, dentre outros marcadores. Ao analisarmos o caso das mulheres negras que recebem menos anestesia que as mulheres brancas ou em casos de que são realizados procedimentos cirúrgicos sem o

consentimento das mulheres, estas estariam passando por uma situação de injustiça testemunhal, baseada no poder/saber médico e em questões de racismo e de gênero, historicamente enraizados e naturalizados.

Uma pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro, com dados coletados dos prontuários médicos e entrevistas com 9.633 puérperas de maternidades públicas e privadas, no período de 1999 a 2001, observou que:

A anestesia foi amplamente utilizada para o parto vaginal nos dois grupos. Porém, a proporção de puérperas que não tiveram acesso a esse procedimento foi maior entre as pardas, 16,4%, e negras, 21,8%. No momento do parto foram mais penalizadas por não serem aceitas na primeira maternidade que procuraram e, durante o parto, receberam menos anestesia. (Leal *et al.*, 2006, p. 41-44).

O silenciamento das mulheres em diversos casos de violência se explicita e a pesquisa feminista como indagação crítica busca, como já foi enfatizado, evidenciar a “voz” das experiências das mulheres. Em relação a violência obstétrica, a voz da mulher é o instrumento principal de denúncia e emergência do fenômeno. O falar pode despertar a consciência de coletividade, e de que a forma que usualmente as mulheres são tratadas no período de pré-parto, parto e pós-parto é uma violência, uma violação dos direitos humanos.

No tocante a explicitação das diferenças dentro do grupo de “iguais”, Sueli Carneiro (2003) aponta para a necessidade de explicitação dessas “diferenças”, destacando a necessidade de enegrecer o feminismo e feminizar o movimento negro. A autora reflete acerca da suposta fragilidade feminina: de que mulher estamos falando? Mulheres negras raramente puderam se beneficiar dessa fragilidade (Davis, 2016). Os estereótipos socialmente construídos destinaram às mulheres negras um lugar de desproteção e violação de direitos. São mulheres “fortes” e que “aguentam a dor”, o que não coaduna com o estereótipo de sexo frágil, que são atribuídos às “mulheres universais”, ou seja, às mulheres brancas. Nesse sentido, Djamila Ribeiro (2017, p. 20) relembra a atualidade do discurso da afro-americana Sojourner Truth, em 1951:

Aquele homem ali diz que é preciso ajudar as mulheres a subir numa carruagem, é preciso carregar elas quando atravessam um lamaçal e

elas devem ocupar sempre os melhores lugares. Nunca ninguém me ajuda a subir numa carruagem, a passar por cima da lama ou me cede o melhor lugar! E não sou eu uma mulher? Olhem para mim! Olhem para o meu braço! Eu capinei, eu plantei, juntei palha nos celeiros e homem nenhum conseguiu me superar! E eu não sou uma mulher?

A identidade de gênero não se desdobra naturalmente em solidariedade racial intragênero. Faz-se necessário a reafirmação dessas identidades. Segundo as reflexões de Santos (2019, p. 55), “a sociedade brasileira apresenta uma forte tendência em cristalizar as mulheres negras como seres desprovidos de humanidade, fato que pode influenciar no modo como a assistência é prestada às mesmas nos serviços de saúde”. Nesta direção, analisar como a violência obstétrica impacta a vida das mulheres negras é essencial para avançarmos no debate acerca do atendimento equânime.

Em muitos casos as mulheres negras são ignoradas pelo sistema de saúde, e o não preenchimento do quesito “cor” (uma demanda do movimento negro, não podemos esquecer), por exemplo, dificulta a implementação de políticas específicas para esta população. No tocante à saúde, as mulheres negras apresentam especificidades. Os apontamentos acerca de a esterilização forçada das mulheres de baixa renda e o empenho dos organismos internacionais pelo controle do crescimento da população preta e pobre têm sido alvo de denúncias não é de hoje, existindo pelo menos desde a década de 1980, como aponta Sueli Carneiro (2003).

Em relação à população negra, cerca de metade é composta por mulheres. Estas sofrem o fenômeno da dupla discriminação em uma conjugação perversa que oscila entre racismo e sexismo. Neste contexto, salientamos que as discriminações de gênero e raça são fenômenos que interagem, e que as mulheres negras sofrem um tipo de discriminação e abusos de direitos diferentes dos homens e das mulheres brancas. Esses marcadores e violações de direitos atingem de forma dispare, também, as mulheres lésbicas, com necessidades especiais, e apresentam níveis diferenciados de acordo com o território que essas mulheres ocupam, dentre outros marcadores sociais, carregados de estereótipos e estigmas. Nesta direção, acionarmos o olhar interseccional sobre esses fenômenos nos

possibilita a compreensão das desigualdades e sobreposições das opressões, bem como das discriminações historicamente naturalizadas.

Diante dessas argumentações, frisamos que as mulheres negras sofrem um tipo particular de violência obstétrica, caracterizada por racismo obstétrico. “O racismo obstétrico tem lugar na intersecção entre a violência obstétrica e o racismo médico” (Davis, 2020, p. 753). Ademais, Angela Davis acrescenta que “[...] é uma ameaça para a vida das mães e para os desfechos neonatais. O termo inclui, mas não se limita a, lacunas críticas de diagnóstico; negligência, desdém e desrespeito; causar dor; [...] ou de realização de procedimentos sem consentimento” (Davis, 2020, p. 755).

O racismo médico explicitado pela autora destaca os estereótipos construídos acerca do corpo da mulher negra, que carrega uma suposta promiscuidade e seriam classificadas como tendo “super-corpos médicos” para experimentos, reprodução e práticas ginecológicas e obstétricas. “Os abusos vão desde a capitalização da reprodução das mulheres negras para sustentar a economia escravocrata e o uso de mulheres escravizadas no desenvolvimento da ginecologia” (Davis, 2020, p. 755). Vale ressaltar que a autora destaca uma realidade das mulheres norte-americanas, mas a realidade das mulheres brasileiras não é diferente, como explicitaremos nos próximos capítulos, nas análises do Dossiê Caxias e do relatório da CPMI contra esterilizações forçadas.

Dentre as violações dos direitos das mulheres negras brasileiras, ressalta-se que “Mulheres negras têm mais chances de terem atendimento negado, peregrinar até achar uma maternidade, serem impedidas de ter acompanhante durante o parto, não receberem anestesia para alívio da dor e ouvirem diferentes agressões verbais”. Neste processo os estereótipos socialmente construídos entram em cena: “as mulheres negras são fortes, elas aguentam”, é o primeiro passo para o início das violações. Esse racismo obstétrico se manifesta na desqualificação das falas das mulheres a não aplicação de anestésico, no baixo índice de assistência ao pré-natal, dentre outras.

Para exemplificar o caso, destacamos o relato da gestante Licyene Santos, 27 anos, em um atendimento no posto de saúde da zona norte do Rio

de Janeiro. Todo relato foi exposto em sua conta do Twitter¹³, o que gerou grande comoção e apoio de diversos profissionais. A usuária relata que estava se sentindo mal, com pressão alta e contrações. De acordo com relato:

Eu cheguei com dor e ele ficou rindo, debochando. Foi muito humilhante. Disse que eu estava fazendo drama, que a dor era normal e não me examinou. Eu fiquei nervosa e comecei a chorar. Não podia ficar em casa sem o atestado se não seria descontada.¹⁴

Segundo dados de uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2018)¹⁵, 65% dos óbitos maternos no Brasil ocorrem com mulheres pretas e pardas. Dados dos anos de 1996 a 2018 apontam 38 mil mortes maternas, sendo 67% dos casos resultantes (causas obstétricas diretas) de intervenções desnecessárias, omissões e tratamentos incorretos. Em relação às causas obstétricas diretas, diversos fatores podem guardar relação com o óbito materno, a saber: as condições socioeconômicas, a idade elevada, o nível de escolaridade, como também as desigualdades no acesso aos serviços de saúde de qualidade.

Como vimos neste estudo, o fenótipo que mais se aproxima da cor preta está mais propenso a sofrer violência:

Vimos que, em comparação às brancas, puérperas de cor preta possuíram maior risco de terem um pré-natal inadequado e não terem uma maternidade à qual estavam vinculadas desde o pré-natal. Elas buscaram mais de uma maternidade para serem atendidas no parto, receberam menos anestesia local para episiotomia e tiveram maior ausência de acompanhante. Puérperas de cor parda também tiveram maior risco de terem um pré-natal inadequado e ausência de acompanhante, quando comparadas às brancas.¹⁶

O modo particular que as mulheres negras sofrem violência se expressa nos casos supracitados, como nos dados levantados pela epidemiologista Emanuelle Góes.

¹³ Não conseguimos acesso a conta do Twitter citada.

¹⁴ RAMOS, R. Racismo obstétrico: violência na gestação, parto e puerpério atinge mulheres negras de forma particular. **Portal Geledés**, 15 jul. 2020. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/racismo-obstetrico-violencia-na-gestacao-parto-e-puerperio-atinge-mulheres-negras-de-forma-particular/>. Acesso em: 27 ago. 2023.

¹⁵ MAIA, F. Audiência pública debate racismo obstétrico e ações para assistência de qualidade às mulheres negras. **Assembleia Legislativa – Estado do Rio Grande do Sul**, 12 jul. 2023. Disponível em: <https://ww4.al.rs.gov.br/index.php/noticia/332211>. Acesso em: 10 out. 2023.

¹⁶ Fala da epidemiologista Emanuelle Góes. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/racismo-obstetrico-violencia-na-gestacao-parto-e-puerperio-atinge-mulheres-negras-de-forma-particular/>. Acessado em 27 de setembro de 2023.

São as mulheres brancas que estão mais expostas a um tipo de violência obstétrica como, por exemplo, a cesárea sem indicação médica, que é mais comum no serviço privado. Mas as violências mais graves, que levam até a morte, são mais relacionadas às mulheres negras. São situações em que, muitas vezes, era necessária uma intervenção médica maior para salvar aquela vida e não há, porque acreditam que as mulheres negras aguentam mais a dor, são boas de parir.¹⁷

Em relação a mortalidade materna, ao traçarmos o perfil dessas mulheres, ressalta-se que, segundo dados da Campanha “SUS sem racismo”, realizada em 2014, 60% das mulheres vítimas de mortalidade materna são negras. No tocante ao acompanhamento médico no período gestacional, apenas 27% das mulheres negras foram acompanhadas, em contraponto a 46,2% das mulheres brancas. Uma pesquisa realizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde em 2011 aponta que, em cada 100 mil crianças nascidas vivas, a taxa de mortalidade materna chega a 68,8% em relação às mulheres negras e entre as mulheres brancas chega a 50,6% (Brasil, 2011)¹⁸.

Vale ressaltar que tramita na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ) o projeto de Lei nº 1679/2019 proposto pela deputada Marta Rocha, que visa instituir o programa de combate ao racismo na gravidez, denunciando que a discriminação existe, tendo por base a pesquisa “A cor da dor: Iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”, de 2017”. O projeto tem como linha de ação “a realização de palestras em instituições de saúde, explicitando que grávidas negras não possuem resistência superior à dor e necessitam de mesmo amparo e quantidade de anestesia quantas mulheres de outras etnias”, dentre outras¹⁹.

De acordo com a reportagem da revista Carta Capital, realizada em 2020²⁰:

¹⁷ Referência da nota 14.

¹⁸ BRASIL. **Saúde Brasil 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2012.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.

¹⁹ Esse debate será realizado no próximo capítulo.

²⁰ Racismo na saúde: nas maternidades do Brasil, a dor também tem cor. **CartaCapital**, 03 mar. 2023. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/racismo-na-saude-nas-maternidades-do-brasil-a-dor-tambem-tem-cor/>. Acesso em: 27 set. 2023.

Em dezembro de 2017, o programa Roda Viva, da TV Cultura, dedicou uma edição especial para discutir questões raciais no Brasil. O episódio trouxe quatro especialistas à bancada do programa de entrevistas, entre eles a atriz e escritora Elisa Lucinda. Durante o debate, ela argumentou que negras e negros pobres recebiam menos anestesia em hospitais públicos: “quando eu soube disso parecia que era ficção. Isso é muito grave, disse Lucinda. “Chegamos a um nível altíssimo de metástase do racismo porque houve quem trouxesse a obra da escravidão até aqui, há quem a reproduza”, completou.

Em resposta a esse programa que teve grande repercussão, a Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) publicou um esclarecimento a respeito das declarações acima. A SBA declara que não há nenhuma motivação racial na menor taxa de aplicação de anestesia, mas que esta situação guarda íntima relação com a desigualdade social do país.

Quando se analisa a diversidade racial no Brasil, levando em consideração a pobreza e outras formas de desigualdade social, a população negra vai receber proporcionalmente uma assistência médica mais limitada em todos os seus níveis, desde a dificuldade em conseguir uma consulta com especialista até a realização de uma cirurgia e anestesia. Isso não significa, de maneira alguma, que a medicina e os seus médicos são racistas e preconceituosos, e sim que vivemos em uma sociedade em que a desigualdade social compromete o atendimento médico adequado a toda a população.²¹

De acordo com a pesquisadora da Fiocruz, Maria do Carmo Leal, a pobreza no Brasil tem cor e é negra, no entanto, afirma que mesmo as mulheres negras que acessam o sistema de saúde privado sofrem violência e discriminação (Carta Capital, 2020).

Diante das reflexões tecidas, destacamos que a injustiça emerge quando a interação social é negada a determinado grupo em virtude de estereótipos construídos. Como aponta Fraser (2007, p.115), todos têm direitos a condições justas de igualdade, que não são assegurados a determinados grupos sociais, de padrões institucionalizados como “o feminino, o ‘não-branco’, a homossexualidade e tudo o que é culturalmente a eles associados”. E aqueles que não fazem parte desse grupo e decidem defender os direitos dessas “minorias” enfrentam diversos obstáculos no processo de explicitação das

²¹ Nota de esclarecimento da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA). **Sociedade Brasileira de Anestesiologia**, 15 dez. 2017. Disponível em: <https://www.sbahq.org/nota-de-esclarecimento-da-sba/>. Acesso em: 26 set. 2023.

diferenças, de reconhecimento das múltiplas identidades e desigualdades que perpassam os grupos de “iguais”.

Vale destacar que não existe no Brasil uma legislação federal que trata da violência obstétrica. Oito estados e o Distrito Federal possuem legislações que tratam diretamente da violência citada. Mais dez estados, embora não abordem o termo violência obstétrica, têm legislações que falam sobre o parto humanizado. O Estado do Rio de Janeiro tem cerca de quatro legislações que versam sobre direitos das gestantes e parturientes. Essas legislações tratam de temas como a necessidade de um atendimento humanizado, a denúncia do racismo institucional, dentre outros temas importantes que serão tratados com detalhes no capítulo sobre os anos 2000.

Pensando uma legislação federal, a lei de acompanhante (Lei nº 11.108/2005) – como veremos no próximo capítulo – é uma legislação que dá suporte no combate à violência obstétrica, mas temos muito o que avançar na luta por uma legislação nacional e pela implementação das legislações que tratam o tema de forma transversal, como veremos durante a pesquisa.

Enfim, o que queremos demarcar neste item é que a luta das mulheres não gira em torno apenas de superar as desigualdades históricas do patriarcado, mas exige, também, o rompimento com um sistema de opressão, em especial, o racismo. O “papel” de mulher negra aponta para um processo de politização das ações que imprima novos contornos à ação política feminista e antirracista. Esse novo olhar afirma uma identidade política que explicita as especificidades do que é ser mulher negra. Esse processo desnuda a feminização das reivindicações do Movimento Negro e o enegrecer do movimento feminista. “As intelectuais e ativistas tendem a reproduzir a postura do feminismo europeu e norte-americano ao minimizar ou, mesmo, ao deixar de reconhecer a especificidade da natureza do patriarcalismo que atua sobre as mulheres negras [...]” (Gonzalez, 2018, p. 29). Em relação às mulheres negras, as opressões e a “não diferenciação de gênero” resistiram até certo ponto. Historicamente, vemos que as mulheres negras estavam expostas a toda sorte de violência. Elas eram açoitadas e mutiladas da mesma forma que os homens, porém, deve-se acrescentar a esse rol de violências os estupros.

Mas as mulheres também sofriam de forma diferente, porque eram vítimas de abuso sexual e outros maus-tratos bárbaros que só poderiam ser infligidos a elas. A postura dos senhores em relação às escravas era regida pela conveniência: quando era lucrativo explorá-las como se fossem homens, eram vistas como desprovidas de gênero; mas, quando podiam ser exploradas, punidas e reprimidas de modos cabíveis apenas às mulheres, elas eram reduzidas exclusivamente à sua condição de fêmeas. (Davis, 2016, p. 25).

Como relembra Davis, as mulheres eram tratadas da mesma forma que homens, todos trabalhadores, apenas em algumas situações ultrapassavam a barreira e “encarnava” o papel de mulher (escrava sexual), e, em casos raros, mãe e esposa. Destarte, a “crescente Ideologia da feminilidade do século XIX, que enfatizava o papel das mulheres como mães protetoras, parceiras e donas de casa amáveis para seus maridos, às mulheres negras eram praticamente anomalias” (Davis, 2016, p. 24). Neste contexto, quando explicitam o papel social da mulher dona de casa, este papel não abrangia a mulher negra.

Outra situação em que as mulheres negras entram em desvantagem é em relação à exaltação ideológica da maternidade que emergia no século XIX. As mulheres brancas traziam consigo o privilégio, ou não, da maternagem. Por outro lado, as mulheres negras escravizadas estavam no centro da exploração, como máquinas de produção de mão de obra escrava. Mas, como estas não “eram mulheres”, e sim consideradas mão de obra escrava, durante a gestação e no puerpério, esses “animais” retornavam aos trabalhos, sendo açoitadas se não cumprissem as cotas diárias.

Demarcamos que a construção e articulação de determinadas bandeiras não emergem de forma linear e muito menos harmônica, é perpassada por diversas questões e articulação de categorias sociais distintas. No tocante às mulheres do Feminismo Negro, explicitamos as desigualdades vivenciadas por e entre as mulheres, atravessadas por relações de poder e lugar de fala (ou lugar de “cala”).

Para entendermos as bases que alicerçam o processo de subordinação, dominação e violência, refletir acerca das categorias que conformam gênero, classe e raça é de suma importância, para não cairmos em análises ingênuas da realidade, apontando possibilidades e alternativas incompletas à demanda explicitada. Como afirma Patrícia Collins (2015, p. 17), “eu vivo todos os dias como uma mulher afro-americana – uma experiência específica de

raça/gênero. E não estou sozinha. Todas/os têm uma identidade específica de raça/gênero/classe”. E, não atentar para esse fato é cair em armadilhas conceituais. Essas opressões, em suas especificidades, podem ser mais ou menos latentes em determinados momentos e condicionadas ao espaço que ocupamos.

Nos casos em que o não reconhecimento envolve a negação da humanidade comum de alguns participantes, o remédio é o reconhecimento universalista [...] quando o não reconhecimento envolve a negação daquilo que é distintivo de alguns participantes, o remédio pode ser o reconhecimento da especificidade; desse modo, muitas feministas argumentam que a superação da subordinação de gênero requer o reconhecimento da capacidade única e distintas das mulheres darem à luz. Em todo caso, o remédio deve ser moldado para o dano. (Fraser, 2007, p.121).

Eis o dilema apontado por Patrícia Collins: “O que tem sido mais opressor para você, seu status de pessoa negra ou seu status de mulher? ” O que realmente estão me pedindo é que eu me divida em pequenas caixas e hierarquize meus diversos status” (Collins, 2015, p. 18). O indivíduo é um todo e deve ser analisado como tal. Neste estudo, dividimos as categorias de gênero e raça apenas para melhor compreensão, e não porque os consideramos como aspectos sem articulação nas intersecções das opressões. Embora, possam operar separadamente para perpetrar um sistema de desigualdades, devem ser vistos de forma articulada e compreendemos que não estão dissociados da dimensão de classe, sexualidade, geração, dentre outros.

2.3 VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS: ORIGENS, DEFINIÇÕES E DISPUTAS IDEOLÓGICAS NO BRASIL

Ao longo do processo histórico, diversos termos foram empregados para explicitar a violência sofrida por mulheres durante o período de gravidez, como aponta Tesser *et al.* (2015, p. 3), “[...] ‘violência no parto’, ‘abuso obstétrico’, ‘desrespeito e abuso’, ‘violência de gênero no parto e aborto’, ‘violência institucional de gênero no parto e aborto’, ‘assistência desumana/desumanizada’, ‘crueldade no parto’, ‘violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto’ [...]”. Esses termos eram/são utilizados para

descrever certos tipos de atitudes/violações no momento do parto, mas quando passam a definir os fenômenos como violência emerge um certo estranhamento e negação entre os profissionais, principalmente no campo da saúde.

As ações e práticas violentas de assistência à gestação e ao parto que se caracterizariam posteriormente como violência obstétrica passam a ser alvo de denúncias e reflexões desencadeadas por movimentos feministas dentro e fora da academia no Brasil a partir da década de 1980. Vale destacar ainda, nesses anos, o movimento do Espelho de Vênus, do Grupo Ceres, que através de uma etnografia da experiência feminina denunciava a institucionalização do parto como uma experiência violenta.

No tocante ao parto institucionalizado, Carneiro (2015) aponta que a institucionalização do parto foi motivada por questões financeiras. A articulação de obstetras no final do século XIX transformou o parto em um processo dominado pelos médicos, dentro das maternidades. O protagonismo médico no parto possibilitou a criação de instrumentos, como fórceps, o que proporcionou maior intervenção no processo de parir, em contraponto aos trabalhos desenvolvidos por parteiras, que tinha como único instrumento as mãos. O “trabalho de parteira havia, há muito, tornado as parteiras “especialistas” na saúde da mulher” (SCHIENBINGER, 2001, p.209).

Não é apenas na relação sexual que a violência aparece marcando a trajetória existencial da mulher. Também na relação médico-paciente, ainda uma vez o desconhecimento de sua fisiologia é acionado para explicar os sentimentos de desamparo e desalento com que a mulher assiste seu corpo ser manipulado quando recorre à medicina nos momentos mais significativos da sua vida: a contracepção, o parto, o aborto. (Grupo Ceres, 1981, p. 349).

Destaca-se, também, nesse período uma pesquisa ação intitulada “Violência: um olhar sobre a cidade”, realizada pela Prefeitura de São Paulo, que denunciava o aspecto violento do atendimento, nas vozes das mulheres. Toda essa articulação propiciou e incentivou a criação de mecanismos de denúncias e combate à violação dos direitos das mulheres de viverem com saúde. A criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, é um marco para o tema, explicitando demandas para além do período gravídico/puerperal. Nessa década, como já explicitamos, começam

a ocorrer denúncias acerca da violência destinada às mulheres grávidas. Como destaca Carvalho (2023), a luta pela transição democrática, na década de 1980, trouxe novo aporte para as lutas dos movimentos de mulheres e movimento feminista. O Movimento da Reforma Sanitária proporcionou maior visibilidade das demandas das mulheres em relação à saúde reprodutiva, para além do órgão reprodutivo.

Medeiros (2022), através das reflexões da Assistente Social Sueli Almeida, chama a atenção para a necessidade de reflexão a respeito da apreensão da violência na constituição dos papéis dos sujeitos. Como a maternagem e o surgimento da mulher-mãe está na centralidade do ciclo da violência e demarca o lugar social dessas sujeitas, destaca-se a necessidade do desvelamento das múltiplas formas de opressão a qual as mulheres estão submetidas em uma sociedade patriarcal, machista e sexista.

Dentro deste contexto, a nível local, destacamos a Criação do Dossiê Caxias, em 1986, no município de Duque de Caxias, Estado do Rio de Janeiro, marco de denúncias da violência obstétrica sofrida por mulheres da Baixada Fluminense em diversas maternidades. Esse dossiê teve grande repercussão no Estado e promoveu a mobilização de diversos setores da sociedade, chamando atenção para o tema. Esse processo possibilitou o levante de diversas bandeiras dos movimentos de mulheres e movimentos feministas que serão tratados em outro momento na tese. Nesse período não se trabalhava com o conceito violência obstétrica.

Outro marco em relação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres foi a criação da CPMI contra esterilização de mulheres no Brasil, presidida pela Deputada e Assistente Social Benedita da Silva, em 1993, um marco nas denúncias em relação aos direitos das mulheres de não serem esterilizadas sem um consentimento esclarecido.

Segundo Diniz *et al.* (2015), outro importante marco de 1993 foi a mobilização Coletivo Feminista Saúde e Sexualidade e o Departamento de Medicina Preventiva da US, na promoção de cursos de capacitação, reflexão e atendimento para as mulheres vítimas de violência. Nesse ano foi fundada a Rede de Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), uma organização social que ampliava um importante espaço de mobilização política para proposição de políticas públicas de atenção às demandas das mulheres.

Na década de 1990 podemos destacar ainda as mobilizações e articulações do movimento feminista pela saúde e direitos reprodutivos das mulheres, que culminou em repercussões nacionais e internacionais por meio de conferências e encontro internacionais, dentre elas podemos citar a Conferência Internacional de Saúde da Mulher para o Cairo'94: Saúde Reprodutiva e Justiça, realizada no Rio de Janeiro, em janeiro de 1994. Essa conferência reuniu cerca de 200 mulheres, com representantes de 79 países. Esse processo foi o estímulo inicial para a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, espaço muito importante para a consolidação das pautas relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos. Todas essas mobilizações desenharam um cenário propício para o debate acerca das violências sofridas pelas mulheres e do que passou a ser conceituado como violência obstétrica.

O termo violência obstétrica passou a ser utilizado no Brasil entre os anos de 2007 e 2010, embora ainda permaneça nesse período grande invisibilidade e naturalização do termo por parte dos profissionais de saúde, gestantes e a população em geral, como apontam Diniz *et al.* (2015). Um marco importante desse período foi a III Conferência Internacional sobre a Humanização do Parto e Nascimento (2010), sob o tema “Consolidando avanços e abrindo novos caminhos”, organizado pela ReHuNa, em Brasília.

A Conferência contou com a participação de representantes da Venezuela, onde a Lei Orgânica sobre os direitos das mulheres passava a tipificar a violência obstétrica no país, em 2007. Foi o primeiro instrumento legal a especificar o assunto. A Legislação citada aponta que:

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (Venezuela, 2007, Art. 15).

De acordo com Sánchez (2014), não foram encontrados materiais que comprovem a utilização do termo antes da promulgação da lei venezuelana. Para Pulhez (2013), o termo foi utilizado pela primeira vez em um editorial publicado pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da

Venezuela, o Dr. Rogelio Pérez D'Gregório, e a partir de então se espalhou pelo mundo. E como afirma Sánchez (2014), embora o termo se concentre na América Latina e Espanha, não se limita a esses espaços, tomando uma proporção mundial.

Dentre as pautas tratadas pela conferência, estava a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, a redução dos índices de cesarianas, humanização da assistência em todo período gestacional e puerperal, dentre outros. Nessa conferência a violência contra as mulheres no momento no pré-parto, parto e pós-parto foi debatido sob o tema “Violência Institucional na atenção obstétrica”.

Cabe salientar que nesse período a Lei Maria da Penha já havia sido sancionada (2006), o que proporcionou sensibilidade quanto ao debate acerca da violência contra a mulher. Vale destacar que essa lei é um marco no processo de proteção às mulheres em situação de violência doméstica. No entanto, não contempla a discussão para além do “ambiente doméstico”.

De acordo com Sena (2016), a expressão violência obstétrica passou a ser utilizada a partir da segunda década do século XXI. Antes desse período, a expressão utilizada era: violência institucional no parto. A autora ressalta ainda que esta mudança não é apenas de nomenclatura, mas representa um marco conceitual. O termo “violência institucional” não expressa a complexidade das manifestações da violência obstétrica, este é mais amplo e abrange as violações ocorridas nas maternidades, postos de saúde ou em quaisquer espaços que violem os direitos sexuais e reprodutivos das gestantes e parturientes.

Articulado ao termo “violência institucional”, o termo violência obstétrica vem sendo cada vez mais utilizado para se referir a violações de direitos que as gestantes e parturientes sofrem nos diversos espaços públicos e privados. A realidade denunciada na década de 1980/1990 (como no caso do Dossiê Caxias e da CPMI de esterilização) ainda está presente no dossiê sobre a Violência Obstétrica elaborado pela Rede Parto do Princípio, resultado de mobilização de movimentos sociais, que possibilitou a construção do Dossiê “Violência Obstétrica’. Parirás com dor” (2012). Esse documento foi um importante mecanismo de denúncia da violência obstétrica na primeira década do século XXI.

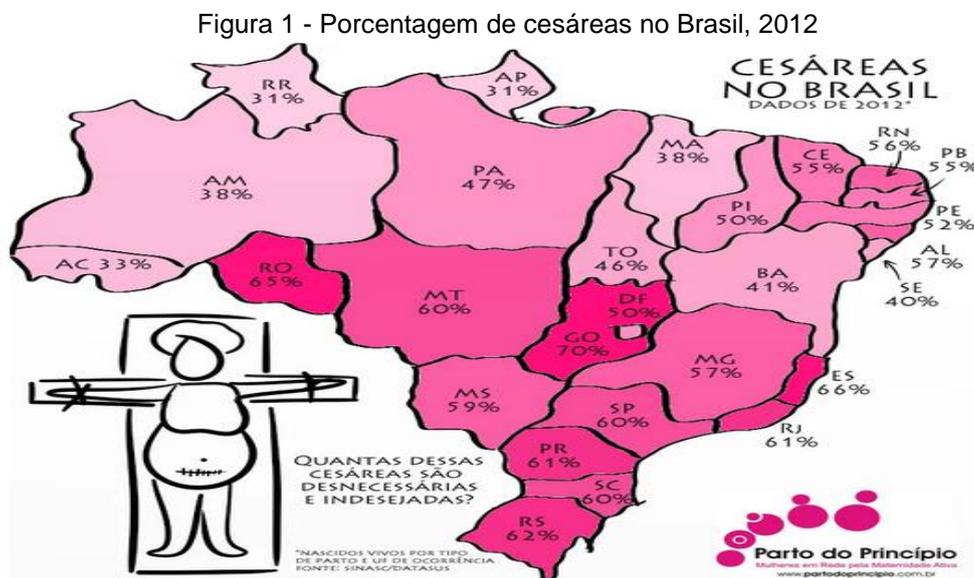
Nesta direção, a violência obstétrica é uma forma de violência contra a mulher enquanto expressão da violência de gênero, que se apresenta no cotidiano dos atendimentos destinados a gestantes e parturientes e seus familiares. A violência obstétrica é qualquer ato ou ação que visa agredir, humilhar, ofender a mulher no período de pré-parto, parto e pós-parto. Ela pode se apresentar de diversas formas. E “inclui maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos – episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia e ocitocina (quase) de rotina, ausência de acompanhante” (Tesser *et al.*, 2015, p. 02), uso medicamentos sem justificativas, ou a falta destes, intervenções médicas forçadas, dentre outras.

Mas vale enfatizar que não basta compreendê-la como violência de gênero sem articular com a questão da raça, classe, geração, dentre outros marcadores sociais. O olhar interseccional nesta análise é essencial.

Como já vimos desenhando, a politização do termo violência obstétrica e a transformação em objeto para questionamento é resultado da mobilização do movimento feminista e de mulheres que lutavam por um parto humanizado, e ao mesmo tempo denunciavam a violação dos direitos sexuais e reprodutivos. A partir dos anos 1980, as mulheres passaram a reivindicar a “maternidade voluntária, prazerosa e socialmente reconhecida”, destituídas das pressões biológicas e sociais, visando o direito à contracepção e ao aborto (Carneiro, 2015, p. 23).

A violência obstétrica perpassa também o poder de escolha da mulher: parto normal ou parto cesáreo; receber anestesia ou não; realizar ou não uma episiotomia; dentre outras questões. Em relação ao tipo de parto, segundo Maia (2010), a porcentagem de partos cesáreos realizados em 2008, no SUS, era de 31%, já na rede privada de saúde esse número chegava a 84,5%. Esse número não parou por aí. Uma pesquisa realizada pela Fiocruz (2014) aponta que cerca de 52% dos partos realizados pelo SUS é de cesariana e na rede privada esse número chega a 88%, sendo que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde é de 15%. Embora dados mostrem que a maioria das mulheres brasileiras optam por parto normal, o número de cesáreas no Brasil não para de crescer.

Segundo dados do Dossiê “Violência Obstétrica’. Parirás com dor”, o Brasil teve cerca de 55,61% de cesáreas no ano de 2012. O mapa abaixo mostra a porcentagem em cada Estado e no Distrito Federal.



Fonte: Rede Parto do Princípio (2022).

Neste levantamento, destacamos que o Estado de Goiás apresenta maior porcentagem de cesáreas e o Rio de Janeiro está em quinto lugar, empatado com o Estado do Paraná. As regiões que apresentam maiores índices são centro-oeste, sul e sudeste, que são as regiões mais ricas no Brasil.

Segundo reportagem da Carta Capital (2015), as escolas de formação de profissionais de saúde não preparam profissionais para dar prioridade ao parto cesáreo. No questionamento sobre: “A formação dos profissionais está voltada para a cesariana?” a resposta é:

Não. As escolas pregam o modelo do parto normal e ensinam que a cesariana é apenas para emergências. O problema é no dia-a-dia dos hospitais. Trabalhos de parto são longos, e a cesárea dura cerca de duas horas. E, para as seguradoras de saúde, quanto mais previsível e rápido for o parto, maior o lucro. (Carta Capital, 2015).

Em contraponto, na reportagem da Carta Capital está a afirmativa do Presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Etielvino Trindade, de que “o estudante só vê

cesariana, então, chega na hora, ele acaba preferindo”²². Nesta direção, Diniz *et al.* (2015) apontam que as mulheres são escolhidas para o treinamento dos residentes de procedimentos médicos no momento do parto como nos casos de episiotomia, fórceps e cesariana. Nesse processo, as mulheres são classificadas como “material didático” dos residentes e são escolhidas:

[...] conforme o ordenamento hierárquico do valor social das pacientes evidenciando a existência de uma hierarquia sexual, de modo que quanto maior a vulnerabilidade da mulher, mais rude e humilhante tende a ser o tratamento oferecido a ela. Assim, mulheres pobres, negras, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, prostitutas, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento estão mais sujeitas a negligência e omissão de socorro. A banalização da violência contra as usuárias relaciona-se com estereótipos de gênero presentes na formação dos profissionais de saúde e na organização dos serviços. As frequentes violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres são, desse modo, incorporadas como parte de rotinas e sequer causam estranhamento. (Diniz *et al.*, 2015, p. 4).

A divulgação de informações e ações de partos normais dolorosos (partos forçados ou com procedimentos de episiotomia sem a permissão da mulher) ou por um tempo muito prolongado tende a influenciar o pedido por parte das mulheres por uma intervenção cirúrgica. Vale ressaltar que, de acordo com Maia (2010), a demanda por parto cesáreo seria um pedido de dignidade, já que os partos ditos normais no Brasil envolvem uma série de procedimentos interventivos e traumáticos. “O tipo de parto é marca do status social da mulher” (Maia, 2010, p. 41). Aponta-se nesse processo que o intervir é violento. E nos atentar para o processo interseccional das opressões, com os marcadores de gênero, raça, classe, geracional, do capacitismo, dentre outros, pode possibilitar um atendimento de qualidade e equânime.

De acordo com os dados da pesquisa “Nascer no Brasil” da Fiocruz, com análise dos anos 2011 e 2012, das 23.940 mulheres, 56,8% não apresentavam necessidades de intervenções cirúrgicas. Dentre as pesquisadas, 40% receberam ocitocina e houve rompimento da “bolsa” para acelerar o parto. Em 37% dos casos houve a aplicação de pressão na parte superior do útero para ajudar a empurrar o bebê, chamada de manobra de Kristeller, e em 56%

²² Parto normal é atrativo na rede pública. **Gazeta do Povo**, 18 jan. 2015. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/parto-normal-e-atrativo-na-rede-publica-eizk0i5p4zxwhrmu1f9s4pjke/>. Acesso em: 28 set. 2023.

realizaram episiotomia, corte feito na região entre ânus e a vagina (Leal *et al.*, 2014).

O uso da episiotomia passou a ser inserida como prática obstétrica nos Estados Unidos após 1920. No Brasil foi inserida nos anos de 1970 como prática obstétrica médica. Evidencia-se que a episiotomia é realizada sem anestesia, pois, habitualmente, esta intervenção acontece no segundo estágio do parto, quando do início da expulsão do bebê. Este procedimento pode trazer sérios problemas a longo prazo, como dificuldade de cicatrização, infecção na região, incontinência urinária e lesões nos músculos da região íntima (Progianti *et al.*, 2008). É uma prática comum em parto vaginal:

Entretanto, alguns desses profissionais, apesar de não condenarem este procedimento, apresentam críticas através de estudos que apontam algumas desvantagens da utilização habitual da episiotomia, tais como necessidade de reparo cirúrgico, perda sanguínea, custo alto, desconforto materno e alterações na função sexual. Muitos médicos e enfermeiras obstétricas afirmam que a episiotomia é a única operação feita sobre o corpo de uma mulher saudável sem o seu consentimento. Por esta razão, é um procedimento que viola os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e desrespeita os princípios éticos profissionais. Para esses profissionais, esta operação obstétrica, que é a mais frequentemente realizada no ocidente, representa o poder da obstetrícia masculina, evita que as mulheres vivenciem o parto como evento sexual, além de representar um ritual de mutilação genital que impede a vivência da sexualidade durante o parto e nascimento. (Progianti *et al.*, 2008, p. 46).

Os autores apontam que os relatos das mulheres em relação ao procedimento de episiotomia estão associados a traumas, medo, dor, grande preocupação quanto a lacerações na genitália, o que mexe com a posição e representações da mulher na sociedade.

Os órgãos genitais são privilegiados na sexualidade adulta, especialmente porque trata-se de parte do corpo cercada de representações e simbolismos. Ao investigarmos as repercussões da episiotomia sobre a sexualidade das mulheres, esta afirmação foi confirmada pelas próprias mulheres que se referiram à sexualidade como sendo exclusivamente a vivência da genitalidade. Chama atenção, também, o fato de que o parto não foi vivido pela mulher como uma das expressões da sexualidade, e sim como uma corte, que inclusive interfere negativamente sobre sua 'sexualidade' [...] No entanto, ao colocarmos o parto como um evento que faz parte da sexualidade feminina, evidenciamos que as mulheres relataram repercussões negativas no momento do parto e no pós-parto, em virtude da dor e dos incômodos físicos que atrapalhavam a liberdade corporal [...]. (Progianti *et al.*, 2008, p. 47).

Neste contexto, aponta-se que a episiotomia é um tipo de violência contra a mulher, é violência obstétrica, pois atinge a integridade corporal, compromete o estado emocional, exerce o controle sobre o corpo da mulher, violando o fundamento da liberdade sexual e reprodutiva.

Quadro 1 - Caracterização da violência obstétrica

CATEGORIAS DE VIOLÊNCIA	DIREITOS CERCEADOS	CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
Abuso físico	Direito à vida livre de danos e maus tratos/violência	Toques vaginais dolorosos e com frequência, por vários residentes / contenção da gestante em posições inadequadas.
Abuso verbal/naturalização da violência no parto	Direito ao respeito e à dignidade	Comunicação desrespeitosa como o caso: “na hora de fazer não gritou”, “você não tem marido?” Então como engravidou? ”
Exposição desnecessária	Direito à privacidade/sigilo	Enfermarias de trabalho de parto coletivas, sem biombo/ Exposição das usuárias para diversos residentes.
Intervenções não consentidas /intervenções consentidas com coação	Direito à informação, direito ao consentimento e à recusa.	Realização de cesáreas sem indicação de necessidade/ realização de episiotomia sem consentimento da mulher, ou sem explicitar os riscos/ esterilização forçada ou sob coação/ a aplicação (ou não) de medicamento para aliviar a dor.
Discriminação	Direito à igualdade, à não-discriminação/de ser tratada com equidade	Discriminação no processo do atendimento a gestante por motivo de raça, classe social, estado civil, faixa etária, em situação de abortamento.
		Falta de profissionais Subestimação da

Negligência/recusa de prestar assistência	Garantia do cuidado à saúde em tempo oportuno	dor/ recusa em atender as gestantes que gritam, as mais “escandalosas”/ Demora proposital para atender as mulheres em situação de abortamento incompleto, dentre outras.
Negação explícita de direitos	Direito a ter uma acompanhante (a escolha da usuária).	Proibição de uma pessoa para acompanhar a gestante/parturiente, e quando permitido alegam que deve ser apenas do sexo feminino.

Fonte: adaptado de Diniz *et al.* (2015).

No quadro acima podemos visualizar as formas de violência obstétrica sofridas por gestantes e parturientes. E, nesta pesquisa, tomamos como referencial a violência que vai para além do desrespeito e abuso proferidos pelos profissionais de saúde e abrange questões de espaço físico, recursos humanos, acolhimento adequado, dentre outros. Nesta direção, aponta-se a violência obstétrica nas relações de poder onde se exige da mulher que seja passiva e obediente, sob as ordens do poder historicamente atribuídos aos profissionais de saúde. Essas relações de poder se explicitam nas práticas de discriminação que envolve as relações de gênero, classe, raça/etnia.

A violência obstétrica em forma de comunicação se perpetua na ausência de esclarecimento quanto aos procedimentos que serão realizados, a negação em prestar informações, agressão verbal, aumento do tom de voz, xingamentos, ironias. Ademais, a violência também pode ser explicitada por meio da burocratização do acesso aos serviços, ausência de acolhimento, negligência intencional, disparidade no atendimento em unidades públicas e privadas. O excesso de burocratização no acesso aos programas e benefícios emerge como um mecanismo de não assistência ou morosidade na prestação de serviços à população.

2.3.1 OS DISCURSOS IDEOLÓGICOS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Diante das reflexões tecidas, explicitamos que a violência obstétrica se reveste de algumas especificidades que envolvem a subsunção do corpo da mulher, a “delegação” de sua autonomia e protagonismo para outros, que em muitos casos esse outro é o homem (médico, enfermeiros, secretário da política pública, dentre outros atores), o que denota uma questão de gênero e uma bandeira feminista. No entanto, destacamos que não basta apenas ser mulher, é necessário, no processo de formação, desvendar a face do machismo socialmente enraizado e da naturalização da violência contra mulher. Nesse contexto, “questões femininas” acabam assumindo “contornos masculinos”.

Ao dizer não a medicalização do corpo, ao dizer não a episiotomia, a prescrição de uma cesariana e demais violações impostas a gestantes e parturientes sem justificativas clínicas, as mulheres passam a ameaçar a harmonia do “sistema de gênero”. Estando esta mulher imersa em um contexto de reprodução heterossexual compulsória (Butler, 2015) e cumprindo o destino biológico dos corpos, muitas vezes não tem a capacidade de questionar as estruturas deste sistema de gênero que se explicita na reprodução, buscando ressignificá-lo

Em relação as estruturas sociais que ditam o papel de cada gênero, Margareth Rago atenta para a dimensão do gênero na própria construção discursiva da subjetividade e nos padrões socialmente impostos.

[...] linguagens que não se restringem aos movimentos organizados que se autodenominam feministas, mas que se referem a práticas sociais, culturais, políticas e linguísticas, que atuam no sentido de libertar as mulheres de uma cultura misógina e de imposição de um modo de ser ditado pela lógica masculina nos marcos de uma heterossexualidade compulsória. (Rago, 2013, p. 28).

O questionamento do “conhecimento científico” por parte de uma mulher se apresenta como ameaça à ordem socialmente estabelecida. Por outro lado, como apontam Diniz *et al.* (2015), como regra de governo, as instituições

colaboram de forma ativa no processo de oficializar e perpetuar as estruturas sociais que enaltecem o masculino.

Em essência, humanizar o parto e o nascimento é um movimento de contracultura que busca resgatar a humanidade e a individualidade da mulher que pare, em oposição ao ideário do corpo máquina, da mulher como fábrica de bebês e da maternidade como linha de montagem [...] constata-se que parto e nascimento são eventos a um só tempo biológicos, culturais, individuais e políticos. (Maia, 2010, p. 42-44).

A quebra desse sistema desencadeia punições e diversos tipos de violência. Para Rago (2013), a construção de formas libertárias só é possível a partir da construção de espaços que “des-hierarquize” as relações e se abra para negociações entre os grupos sociais, étnicos e sexuais.

Ressalta-se que os discursos dos movimentos de mulheres e movimentos feministas confrontam, em muitos casos, com os discursos das instituições, dos documentos oficiais e categorias profissionais. É um contra discurso, que versa sobre a produção do conhecimento e a militância política. É um debate entre quem detém o poder epistêmico e quem tenta romper com a produção do conhecimento de forma verticalizada e “pura”. E ao dizer “não” à violência obstétrica, as mulheres estão “perturbando a ordem socialmente construída” e acrescentando narrativas carregadas de subjetividades à produção do conhecimento e isso passa a questionar a base do poder/saber médico e de diversos profissionais e instituições que subalternizam e penalizam principalmente as mulheres negras. Como destaca Ketzer (2017), é necessária a inclusão do corpo, do desejo, das subjetividades na ciência, nos documentos oficiais.

É uma “ousadia” as mulheres tentarem invalidar e questionar o discurso médico. Por parte da categoria médica, aponta-se uma resistência quanto a utilização do termo, questionando o “obstétrico” associado a violência e suas definições.

Ademais, para Carneiro (2015), no núcleo dos movimentos encontram-se tensões que giram em torno das ativistas feministas, que em muitos casos não priorizam bandeiras ligadas à maternidade, ao ativismo materno, que não é necessariamente feminista e o discurso dos documentos que denunciam a

violência obstétrica, que defendem a autonomia da mulher em relação a seus direitos sexuais e reprodutivos.

Um documento elaborado pela Federação Nacional dos Médicos (FENAM), em 2014, intitulado “Conduta obstétrica não pode ser conhecida como violência”, afirma não reconhecer o termo violência obstétrica, e que o uso da tecnologia vem sendo utilizada erroneamente como significado de violência obstétrica. Esse documento reconhece um tipo de violência praticada pelo Estado e afirma que não se pode confundir prática obstétrica com violência. Nesta direção o termo não seria adequado e não estaria sendo corretamente empregado (Lima, 2019).

O discurso da Federação se apoia em visão tecnicista da prática, o que impede uma autocrítica das ações perpetradas pelos profissionais de saúde e afirma que a violência obstétrica é cometida apenas pelo Estado quando deixa de prestar os serviços essenciais para as gestantes e parturientes. O documento explicita que “a falha na infraestrutura e disponibilização de serviços, essa, sim, é a verdadeira violência contra os direitos humanos, e não o ato de intervenção do profissional médico com todos os recursos advindos do progresso da ciência e da tecnologia [...]” (Lima, 2019, p. 183 *apud* FENAM, 2014). Afirma ainda, neste contexto, que a luta pelos direitos das gestantes e parturientes esbarra na adequação do espaço físico, presença de um acompanhante, analgesia e anestesia para garantir um atendimento de qualidade. No entanto, essa premissa não inclui a necessidade de reciclagem profissional e formação continuada segundo os princípios de humanização do atendimento expressos nos documentos do SUS.

Nas palavras da Federação Brasileira de Ginecologia (FEBRASGO):

É crucial, contudo, destacar que reconhecer a violência obstétrica como uma realidade, não significa culpabilizar nenhuma categoria profissional específica, posta que esta se consolida em termos estruturais. A violência obstétrica é uma expressão de violência durante a prestação de cuidados de saúde, que ocorre em um ambiente social e em sistemas de saúde cujos fundamentos políticos e econômicos fomentam o desenvolvimento de relações de poder. Assumir a violência obstétrica como uma realidade a ser enfrentada não enfraquece os obstetras como categoria profissional. Ao contrário, a fortalece, uma vez que os profissionais de saúde também estão expostos a prejuízos oriundos da mesma estrutura que

sustenta a institucionalização de práticas violentas contra as mulheres (FEBRASGO, 2017, p. 02).²³

A FEBRASGO afirma que, em muitos casos, o termo violência obstétrica vem sendo empregado de maneira equivocada, o que leva a distorções e diversas interpretações por parte dos diversos sujeitos. A fundação explicita que violência obstétrica “engloba qualquer atitude, manobra, ou procedimento que possa trazer constrangimento, desconforto ou agravos à saúde da grávida, e pode ser cometido por qualquer um [...] que vai do poder público à recepcionista de um hospital, incluindo nesse caminho o próprio médico” (FEBRASGO, 2017). Concordamos com a afirmação da fundação em atribuir o termo a um movimento mais amplo de violações que incluem diversos atores e atrizes. Assim, destaca-se que:

Existem diversos tipos de desrespeitos, truculências, violências, e a maioria delas lamentavelmente é inerente ao próprio sistema de saúde, à falta de políticas públicas competentes, ao descompromisso social e incapacidade de gestores em todos os níveis. Por exemplo, se uma grávida perambula de maternidade em maternidade para conseguir uma vaga para sua internação, isso é uma violência obstétrica que o sistema de saúde promove. Se a maternidade não tem ambiência apropriado para o acompanhamento do parto e se transforma em casa de cesárea, impossibilitando condições a ter um parto normal, é uma violência da instituição. E assim por diante’ [...]. ‘Qualquer modalidade de violência obstétrica é, por nós, abominada, não aceita em hipótese alguma’. (FEBRASGO, 2017)²⁴.

O Presidente da FEBRASGO, César Eduardo Fernandes, chama atenção, ainda, para algumas questões: “usar ocitocina em si não é violência obstétrica”, mas é importante refletir que seu uso indiscriminado, sem indicações médicas elencadas em legislações internacionais pode ser caracterizado como violência. A medicalização para evitar a dor e acréscimo sem o consentimento da mulher caracteriza violência. O mesmo caso se aplica à episiotomia, muito comum em partos ditos normais (FEBRASGO, 2017).

Embora a Federação reconheça a existência da violência obstétrica, ela não faz uma autocrítica aos profissionais que a cometem, não avança no debate acerca do que está sendo feito para coibir esse tipo de violência.

²³ Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/en/component/k2/item/694-recomendacoes-febrasgo-para-temas-controversos>. Acesso em: 13 out. 2023.

²⁴ Reportagem disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/170-contra-a-violencia-obstetrica>. Acesso em: 20 set. 2023.

Diante do discurso hegemônico e dos movimentos dos sujeitos que vimos desenhando nesta pesquisa, aponta-se o ambiente e o espaço físico como fator de risco em relação a violência obstétrica, contudo não exclusivo como determinante desse tipo de violência.

A violência obstétrica se expressa em um conjunto de práticas rotineiras e naturalizadas que articulam as relações de gênero, raça, etnia, classe social, e reproduz a cultura colonial, de apropriação dos corpos, os pondo em um lugar de subalternidade. São violações claras perpetradas por diversos sujeitos e se explicitam em práticas interventivas desnecessárias, como apontam Diniz *et al.* (2015), nos casos do procedimento de episiotomia para treinamento dos profissionais, explorando a chamada “vagina escola”. Vale frisar que o procedimento de episiotomia também é conhecido como “ponto do marido”, que deixa a vagina bem “apertadinha” para a relação sexual e prazer do marido. É uma apropriação do corpo da mulher, violando sua privacidade e autonomia.

Essas reflexões não emergem quando apontamos a adequação do espaço físico e falta de políticas sociais como únicos responsáveis pela violência obstétrica. Estas subjetividades se escondem por trás desse discurso hegemônico, o que impede a explicitação das intersecções das opressões. Nesta direção, a desqualificação e proibição de utilização do termo se apresenta como forma de calar as vozes das mulheres, com seus “mimimis”²⁵ e subjetividades, mostrando qual é seu lugar no discurso, na produção do conhecimento. Como questiona Grada Kilomba em relação ao racismo “porque deve a boca do sujeito negro ser amarrado? Por que ela ou ele tem que ficar calado?” (Kilomba, 2017, p. 176). Ao ouvir essas vozes, as verdades que têm sido negadas, reprimidas, entram no campo da confrontação, no processo de conquista de espaços e perdas de privilégios.

Para compreendermos as reflexões que serão tecidas, destacamos a conjuntura que se abre em 2019. Com a democracia sob ataque em 2016, a Presidente Dilma Rousseff (PT) foi afastada do cargo em um golpe, sem explicitar o crime cometido. Destarte, em agosto de 2016, Michel Temer (PMDB) assume a presidência do Brasil trazendo consigo uma política de

²⁵ Termo de conotação pejorativa utilizado para desqualificar o discurso de uma determinada pessoa sobre determinados temas, reclamação sem fundamento.

redução de gastos com o Estado, tendo por base as reformas neoliberais. Destacamos nesta direção a aprovação da PEC 55, que impõe um teto dos gastos públicos e o congelamento por 20 anos, o que impacta diretamente a configuração das políticas sociais no Brasil. A saúde e educação são as que mais foram impactadas com essas medidas.

Outra conjuntura se abre em 2019, com a eleição do Presidente Jair Bolsonaro, governo ultraconservador, que reitera as ações do Governo Temer e aprofunda os ataques às políticas sociais e as minorias, com discursos contra os movimentos sociais, cerceando direitos e restringindo e burlando a lei de acesso à informação, apagando pesquisas e estudos de feministas de sites, redirecionando para o site inicial do Ministério da Saúde. Em seu discurso inicial, esse governo declara que “vamos fazer o Brasil para as majorias. Às minorias têm que se curvar as majorias” (Guerra, 2018).

Como forma de ataques e desmontes dos direitos das mulheres de viverem sem violência, vale demarcar que em 2019 o Ministério da Saúde lança a proibição da utilização do termo violência obstétrica, alegando que o termo carrega consigo um “viés socialista” e que os profissionais de saúde não possuíam a intencionalidade de causar dano durante o parto. No dia 03 de maio de 2019, o ministério lançou o Despacho DAPES/SAS/MS-2019, no sentido de excluir e proibir o uso do termo, a pedido de entidades médicas.

O despacho aponta que o “termo tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério”. Como já era esperado, esse posicionamento gerou indignação entre especialistas e grupos de defesa dos direitos das mulheres, como por parte dos pesquisadores da Fiocruz, do Instituto Anis Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Dentre estes está o posicionamento de pesquisadores da Fiocruz responsáveis pela pesquisa “Nascer no Brasil”, que entrevistou mais de 20 mil mulheres sobre a assistência ao parto em todo o Brasil. Esses processos nos mostram que ainda temos muito que avançar nas lutas e reflexões.

Outros órgãos e entidades se mobilizaram em favor das mulheres, manifestando publicamente contra o despacho, como no caso da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), e o Ministério Público Federal (MPF). O MPF publicou um despacho reforçando

que o papel do Ministério da Saúde é lutar contra a violência obstétrica, e recomenda a retirada da proibição do uso do termo. O despacho aponta que:

Que negar a ocorrência da 'violência obstétrica', vinculando-a à prova de intenção do profissional em causar dano, equivale a enfraquecer as ações positivas do Estado e de toda a sociedade para que a violência no parto seja combatida (...) pregar a 'abolição de seu uso' e afirma[r] 'ser expressão inadequada', é negar a existência efetiva da violência no parto (...) ao vincular a ocorrência da violência obstétrica à intencionalidade de causar dano por parte do profissional o Ministério da Saúde desconsidera as experiências e consequências traumáticas e danosas causadas às mulheres, tanto em aspectos físicos quanto emocional [...]. (Brasil, 2019, p. 6).

Neste contexto, destacamos que o Ministério da Saúde demonstrou descaso em relação à proteção constitucional para as mulheres brasileiras, como também, constitui violação dos compromissos assumidos pelo Brasil dos direitos humanos, como a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, explicitado no Decreto Legislativo nº 4.377/02.

Na atualidade, diante das manifestações de diversos sujeitos, o Ministério da Saúde voltou atrás em sua decisão de proibir a utilização do termo violência Obstétrica, embora em seu ofício não tenha mencionado o termo violência Obstétrica.

O MS reconhece o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas, assim como demonstrado nos estudos científicos e produções acadêmicas que versam sobre o tema.²⁶

A explicitação da violência sofrida pelas mulheres denuncia a ordem hegemônica socialmente construída em uma sociedade patriarcal, racista, machista e homofóbica. Denuncia o "sistema de gênero" que protege, em muitos casos, os agentes que sustentam e naturalizam a violência contra a mulher. Sistemas estes que criam estruturas sociais que estabelecem papéis sociais binários de gênero. Como destaca Lauretis (1994), as classificações de masculino e feminino fazem emergir em cada cultura um sistema de gênero,

²⁶ Ofício disponível em: <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>. Acesso em: 29 out. 2023.

simbólico e cheio de significações, explicitando as hierarquias sociais. Nesse processo o Estado, também, torna-se agente.

Diante das contribuições teóricas tecidas, não podemos negar que existe uma disputa ideológica acerca da caracterização da violência obstétrica e sua utilização pelos profissionais e nos documentos oficiais. Os determinantes basilares da violência se revestem de disputas discursivas que determinam quem pode falar e quem terá seu discurso desqualificado.

Assim, construir mecanismos que denunciem e garantam às mulheres uma vida sem violência, que usufrua de direitos sexuais e reprodutivos de forma consciente e autônoma é condição necessária. E, nos próximos capítulos refletiremos acerca das lutas e mobilizações que possibilitaram a construção desses mecanismos nas décadas de 1980/1990 e nos anos 2000/2022.

3 O PROTAGONISMO DOS MOVIMENTOS DE MULHERES E FEMINISTAS NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – ANALISANDO OS ANOS 1980/1990

As reflexões acerca dos movimentos sociais no âmbito das ciências sociais têm diversas abordagens. Diante dessa afirmação, partimos da compreensão da socióloga Maria da Glória Gohn (2011), importante referência sobre o assunto. Segundo a autora, os movimentos sociais são ações sociopolíticas e culturais que articulam diferentes formas de organização e explicitação de suas demandas. São atores sociais coletivos de diferentes camadas sociais, classes, e acréscimo de diferentes raças/etnias. É um processo social, político/cultural que constrói identidades coletivas dentro dos movimentos.

Ademais, destacamos que essas mobilizações passam cada vez mais a atrair atrizes que demandam políticas públicas de garantia dos direitos das mulheres. Entre esses direitos, destacamos o direito à saúde, que aciona a autonomia da mulher acerca do parto, ou seja, sobre seu corpo.

Nesta direção, mapear as lutas das mulheres na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos faz-se movimento de suma importância para mantermos a memória de luta viva, explicitando a necessidade de resistirmos à manutenção dos direitos conquistados e avanço dos mecanismos de proteção.

O mapeamento dos documentos de denúncias da violência contra mulheres no parto e pós-parto nas décadas de 1980/1990 ativa memórias e vivências que não podem ser esquecidas, denunciam práticas que ainda são naturalizadas. Diante disso, analisar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, especialmente as mulheres negras, sob a ótica do Dossiê Caxias de 1980 e o Relatório da CPMI de esterilização de 1990, é recontar a história, é denunciar velhas práticas sexistas, racistas e classistas. Mas, também aponta para novas reflexões, articulações, ou seja, novos instrumentos de lutas.

3.1 O CONTEXTO DOS ANOS 1980/1990: OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

A década de 1980 foi um marco de efervescência para as lutas sociais. Em um cenário de mobilizações em prol da redemocratização do país, os movimentos sociais alteram radicalmente o cenário nacional. Os movimentos feministas e de mulheres no Brasil propiciaram o redesenho dos espaços sócio-institucionais a partir de uma ampla agenda de gênero articulada por organizações e coletivos feministas que representaram resistência política e construíram diálogos fundamentais para elaboração de políticas públicas de gênero.

Nesta direção, compreendemos por políticas públicas de gênero as que “reconhecem a diferença de gênero e, com base nesse reconhecimento, implementam ações diferenciadas para mulheres” (Farah, 2004, p. 51), embora reconheçamos que quando falamos de gênero não estamos nos referindo apenas às mulheres. Nesta direção, salientamos que as lutas das mulheres possibilitaram a criação de mecanismos institucionais de defesa de seus direitos.

No final dos anos setenta, e início dos anos oitenta, coincidentes com a anistia de 1979, outras forças sociais adquiriram visibilidade no país, trazendo com maior expressão, a defesa dos povos indígenas, do meio ambiente, dos direitos sexuais e a interseccionalidade entre gênero e raça para a área pública, ressaltando essas pautas na agenda política do país. (Pitanguy, 2018, p. 16).

Vale destacar que na década de 1980, um importante mecanismo de proteção e atenção integral à saúde da Mulher foi a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Criado em um cenário de intensa efervescência política e social, no processo de transformação estrutural da sociedade brasileira, iniciado a partir da década de 1970, o PAISM é resultado da convergência de forças sociais, dentre elas o feminismo, o movimento da Reforma Sanitária, preconizando a saúde como um direito de cidadania. Dentre os objetivos do programa, destaca-se a necessidade de trabalhar questões do cotidiano da vida social que vão para além das patologias ou riscos relacionados à vida reprodutiva.

Bem recebido por amplos setores da sociedade, o PAISM passa a constituir o modelo assistencial tido como capaz de atender às necessidades globais da saúde feminina. Incorpora, além da tradicional assistência pré-natal, parto e puerpério, tratamento e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, a contracepção e a atenção à esterilidade, a assistência à adolescente e à mulher idosa, a prevenção da gravidez indesejada, a educação em todas as ações dirigidas à mulher (...) e às patologias clínicas mais comuns. (D'Oliveira, 1996, p. 32).

No tocante ao PAISM, a questão do combate à violência foi inserida como alvo da política de saúde, trazendo o reconhecimento do tratamento violento na atenção à saúde das mulheres. O PAISM foi criado em 1983, fruto de mobilizações de lideranças feministas, apoio de sanitaristas feministas que possibilitaram o campo propício para a inserção da saúde da mulher na pauta governamental.

Embora o PAISM desponte como um marco em torno da saúde da mulher, não podemos esquecer que, em 1981, pesquisas surgiram questionando a assistência ao parto e as violações dos direitos das mulheres. A pesquisa “Espelho de Vênus: identidade social e sexual da mulher”, do Grupo Ceres, já vinha denunciando o parto institucionalizado como uma experiência violenta (Diniz, 2015).

Não podemos negar o avanço que o Programa significou, entretanto, destacamos algumas questões como:

As reações contrárias ou suspeitosas com relação ao lançamento do Programa estiveram pulverizadas em diferentes setores da sociedade, como alguns grupos de mulheres, algumas facções dentro de partidos políticos, membros do setor acadêmico em geral e da categoria médica, especialmente profissionais ligados à Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). De modo geral, essas reações estavam vinculadas a uma possível contradição entre o conteúdo explícito do Programa (integralidade e universalidade em que supostamente se embasaria) e as suspeitas de que o PAISM, na verdade, não passaria de um disfarce do Governo para agir no sentido de controlar a natalidade da população. (Osis, 1998, p. 28).

No entanto, como demarcamos o PAISM foi um importante mecanismo de luta de articulação política em prol do direito à saúde da Mulher, mesmo antes do advento da Constituição Federal de 1988 e da criação do SUS.

Destacamos, ainda, dentro deste contexto, a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), em 1985, vinculado ao Ministério de

Justiça e que tinha por função a promoção de políticas para eliminação da discriminação contra a mulher e assegurar a participação destas nos espaços de decisão. O CNDM desenvolveu diversos projetos e campanhas em articulação com os movimentos de mulheres. O Conselho teve importante atuação na coordenação da campanha “Constituinte sem mulher fica pela metade”. As lutas tomaram as ruas, expandindo suas ações para publicidades na TV, outdoors, articulação e elaboração de propostas a partir de encontros e seminários, o que culminou na realização de um Encontro Nacional, em 1986. Neste encontro foi elaborado e aprovado a Carta das Mulheres aos Constituintes, o que apontou para a segunda fase da campanha: “Constituinte pra valer tem que ter direitos da mulher”. Dentre as propostas estavam o direito da licença maternidade, legalização do aborto, saúde e direitos sexuais e reprodutivos. A luta foi acirrada em relação ao tema discriminação do aborto, até mesmo dentro do movimento de mulheres.

O CNDM conseguiu, em uma época sem internet e com comunicações telefônicas e correios muitos deficitários, mobilizar as mulheres de todo o país e sensibilizar setores diversos da sociedade para a importância de atuar com força e eficiência naquele momento político [...] oportunidade única de retirar as mulheres da condição de cidadãs de segunda categoria [...] O objetivo do CNDM era descentralizar a campanha no sentido de engajar todos os estados nessa mesma iniciativa. (Pitanguy, 2018, p. 19).

A carta das mulheres aos constituintes foi um marco no processo de lutas das mulheres. Dentre as reivindicações específicas da carta, está a pauta da saúde, visando a assistência integral à saúde da mulher, proibição de experimentação de drogas, a livre opção pela maternidade, oferta de métodos contraceptivos, dentre outras. Em relação a violência, a carta aponta para a necessidade de assistência médica, jurídica, social e psicológica à mulher vítima de violência por parte do Estado. “Propõe ainda a responsabilidade do Estado em criar delegacias especializadas e albergues” (Pitanguy, 2018, p. 22). Esse processo aponta para a criminalização dos atos relacionados à agressão física, psicológica ou sexual.

Vale demarcar a importância da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que apontou a necessidade de elaboração de conferências temáticas para discutir a questão da saúde da mulher. Destaca-se nesse processo a

Conferência Nacional de Saúde, considerada a 1ª Conferência de Saúde das Mulheres, uma articulação entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde e Direitos da Mulher.

Neste contexto de luta, não podemos esquecer-nos da atuação do “Lobby do batom”, em 1987. Lobby do batom foi um nome pejorativo dado ao movimento de mulheres, por parte dos parlamentares, que concebiam esse movimento como um incômodo, nos corredores do Congresso Nacional. No entanto, as feministas transformaram esse termo em bandeira de luta. Diversas campanhas foram lançadas nesse período, dentre elas a “Constituintes, as mulheres estão de olho em você”.

Mantivemos um canal permanente com os Conselhos, com os grupos de mulheres nos estados, as categorias profissionais específicas, como as trabalhadoras domésticas e rurais, como as mulheres negras, indígenas, lésbicas, informando do andamento das propostas e transformando-se em um verdadeiro Lobby Nacional - O lobby do Batom-, considerado um dos maiores grupos da sociedade civil, organizados na Constituinte. (Schumacher, 2018, p. 70).

No ano de 1987, os direitos das mulheres são postos em pauta na constituinte por meio de emendas populares, explicitando a igualdade de direitos e deveres dos homens e mulheres no relacionamento conjugal. A Constituição Federal de 1988, na parte dos direitos individuais e coletivos, vem afirmando esses direitos e deveres. No Art. 5º reafirma que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”. A partir da Constituição de 1988, o Estado é chamado a ser o ente responsável por atuar no combate à violência contra a mulher. A carta magna abriu um caminho para elaboração de legislações destinadas ao combate de crimes contra as mulheres.

Destaca-se também a extensão do prazo da licença maternidade, a inclusão da licença paternidade, o direito ao planejamento familiar, o direito do Estado em ofertar os recursos contraceptivos, como DIU, anticoncepcionais e camisinha feminina. No tocante às gestantes, a importância do pré-natal, incluindo acompanhamento e orientações durante toda a gravidez e puerpério, atenção aos casos de gravidez de risco, importante mecanismo para detectar doenças que podem afetar o desenvolvimento do bebê, a saúde da mulher, assim como outras orientações como aleitamento materno, vacinas, dentre outras. Todos esses arcabouços de direitos foram explicitados no Sistema

Único de Saúde (SUS), um importante mecanismo de garantia de direitos relacionados à saúde feminina, processo fundamental para ampliação dos direitos e autonomia das mulheres.

No tocante a década de 1990, podemos demarcar as articulações das conferências mundiais que destacaram as pautas de lutas das mulheres. Destaca-se nesse contexto: a Conferência Rio-92, que trouxe o debate do “ecofeminismo”, o possibilitou a ampliação da participação social, explicitado na tenda “Planeta Fêmea”.

Em 1992, a Conferência de Meio Ambiente e Desenvolvimento, Realizada no Rio de Janeiro, inovou no sentido de incorporar, pela primeira vez, a presença de inúmeras ONGs tanto no espaço governamental como no seu fórum não governamental, dentre os quais organizações feministas de mulheres, quebrando a tradição da ONU de admitir números reduzidos de organizações tradicionais da sociedade civil nos seus debates. (Pitanguy, 2018, p. 25).

A Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos, Viena, 1993, reconheceu os direitos das mulheres como direitos humanos. Em 1994, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, os direitos sexuais e reprodutivos foram reconhecidos como direitos humanos. E na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995, esses direitos foram reafirmados – “os direitos sexuais foram definidos de maneira mais autônoma em relação aos direitos reprodutivos” (Brasil, 2005, p.7). Nesta direção, visando a relação equitativa entre os gêneros, tendo por base os direitos humanos, a conceituação dos direitos sexuais e reprodutivos caminha por duas vertentes complementares.

A primeira vertente permeia o campo da liberdade e autodeterminação individual, que aponta para o livre exercício da sexualidade e da reprodução humana sem qualquer tipo de coerção, discriminação e violência. Nesse processo, destacamos o controle sobre a fecundidade, em que homens e mulheres têm o poder de decidir se desejam reproduzir e quando isso ocorrerá. Direitos estes que se expressam na autodeterminação, liberdade, privacidade e autonomia individual.

A segunda vertente explicita que para o pleno exercício destes direitos a criação e implementação de políticas públicas que assegurem o exercício da saúde sexual e reprodutiva é essencial. Esse processo engloba o acesso à

informação, recursos acessíveis e disponíveis para a população em geral, uma visão ampliada de saúde para além da ausência de doença. Assim, salientamos que os direitos sexuais e reprodutivos são partes que se integram aos direitos humanos e aponta para o exercício da sexualidade sem cerceamentos e constrangimentos, agrega a capacidade de vivenciar a maternidade voluntária sem pressões sociais e sem violência.

Segundo Petchesky (1999, p. 21), os direitos sexuais e reprodutivos como integrantes das necessidades humanas básicas estão no mesmo patamar dos direitos econômicos e sociais. Os direitos reprodutivos são compreendidos como “a capacidade de se reproduzir e a liberdade de decidir-se, quando e com que frequência se reproduzir”. Nesse processo ele se transforma em um mecanismo de ação política que traz para a agenda pública (para o âmbito dos direitos humanos) a discussão acerca do direito ao aborto seguro, contracepção, mortalidade materna.

A questão da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher demanda análise minuciosa, pois são perpassados por questões subjetivas. A demanda da esterilização forçada por falta de métodos contraceptivos foi pauta por muito tempo na agenda das mulheres. O processo de esterilização, principalmente das mulheres negras e de baixa renda, é outro tema que demanda maior atenção. São questões que perpassam, como aponta Diniz (2002), a necessidade de promoção dos direitos humanos das mulheres, a análise da saúde da mulher frente a implementação do SUS e a diversidade na formulação de políticas de atenção à saúde da mulher, como explicitada por Costa *et al.* (2007). Perpassa, também, a urgência em debater questões de raça e etnia dentro do movimento feminista e de sexualidade nas bandeiras levantadas pelo movimento negro, como também as denúncias acerca da falta de métodos contraceptivos que obrigam as mulheres a optarem por intervenções cirúrgicas irreversíveis como denunciam Carneiro (2003) e Osis (1998).

Ressalta-se que as mulheres não encontravam métodos contraceptivos disponíveis na rede pública de saúde e muitas “optavam” por intervenções cirúrgicas irreversíveis para controle de natalidade, como já fora escrito. Assim, as mobilizações desse período culminaram no projeto de Lei nº 201/91, regulamentando o processo de esterilização (Carneiro, 2003).

[...] A esterilização é um método contraceptivo definitivo que pode ser realizado em mulheres ou homens por meio de uma intervenção cirúrgica. Já a esterilização forçada ou de coerção é quando a mulher é submetida a tal procedimento sem conhecimento prévio ou autorização ou então quando é coagida para a realização do procedimento ao procedimento. No Brasil a esterilização forçada juntamente com a esterilização em massa tinha por finalidade diminuir o contingente populacional de negros e pobres no País. Como no Brasil o racismo é estruturante e sistêmico, se utilizou também da esterilização, sobre a égide da eugenia, para a eliminação dos degenerados, indesejáveis e inferiores onde há intenção era que por meio da esterilização em massa das mulheres negras diminuiria o percentual de negros/as no País. (Goes *et al.*, 2014, p. 823).

Desde início da década de 1990, cerca de 40% das mulheres brasileiras utilizavam (ou eram obrigadas a utilizar) a esterilização como método contraceptivo. Esse contexto apresenta especificidades de acordo com a regionalidade. Em 1991, 62,9% das mulheres nordestinas, das que utilizavam algum tipo de método contraceptivo, já haviam passado pelo processo de esterilização em massa. Esse processo desencadeia a mobilização do movimento de mulheres negras, com intuito de denunciar o genocídio da população negra e o cerceamento da autonomia sobre o processo reprodutivo das mulheres (Goes *et al.*, 2014). Esta articulação provocou repercussões na esfera parlamentar, onde foi criada em 1993 a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI), com o intuito de analisar as denúncias de esterilização em massa de mulheres, principalmente das mulheres negras, na década de 1980. Esse processo partiu da representação da Assistente Social, a então Deputada Federal Benedita da Silva (PT-RJ).

Neste contexto, na década de 1990, há por parte da articulação do movimento de mulheres negras e movimento negro a construção de uma agenda política de lutas em prol da saúde reprodutiva das mulheres negras, com base no Comitê de fiscalização da Convenção Racial, da ONU, que afirma que as mulheres negras estão mais suscetíveis a sofrer esterilização forçada e diversos outros abusos sexuais (Goes *et al.*, 2014). Explicita-se a ênfase no controle da natalidade em detrimento do planejamento familiar. Observa-se que o planejamento familiar tem por premissa informar as mulheres sobre o funcionamento do corpo, os prós e contra dos métodos contraceptivos – para que a mulher possa escolher de forma autônoma/consciente qual método a ser

utilizado, planejar se terão filhos, quantos serão e em qual momento de sua vida. Isto aponta para um processo informacional, autônomo e consciente. Sob outro enfoque está o controle da natalidade, que aponta para a desinformação e práticas coercitivas, onde não há preocupação com o processo informacional, autonomia e liberdade da mulher.

Chamar atenção para as especificidades que atingem as mulheres negras se faz movimento de suma importância, explicitando o papel oscilante da mulher negra na sociedade, ora vista como mão de obra, “desprovida de gênero”, ora vista como objeto sexual. Refletir acerca dessas questões dentro do contexto da violência obstétrica é atentar para os direitos das mulheres negras que sofrem um tipo de violência diferente das mulheres brancas.

3.2 LUTAS DAS MULHERES NEGRAS NO RIO DE JANEIRO E A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A luta para desfazer o mito da democracia racial diante da realidade sócio-histórica do Brasil tem se levantado como bandeira política do Movimento de Mulheres Negras no país. A mobilização das mulheres negras foi/tem sido essencial no enfrentamento das desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Embora o Movimento de Mulheres Negras tenha surgido na mesma década do Movimento Negro (1970), estes apresentam entre si diferenças. Atravessados pela resistência e tensão, esses movimentos construíram/constroem indagações e reconstroem/ressignificam identidades ao politizar as relações sociais historicamente construídas.

Como já vimos desenhando, as ativistas negras tiveram que questionar e desafiar os ativistas homens a refletirem acerca do machismo dentro do Movimento Negro. A intersecção de raça e gênero como violadores de direitos se tornou destaque dentro do movimento feminista em decorrência da denúncia das mulheres negras. Essa bandeira foi levantada em diversas regiões do país, “no qual se destacaram alguns nomes de grande importância: Luiza Bairros, Beatriz Nascimento, Lélia Gonzalez, Sueli Carneiro, Edna Roland, Jurema Werneck, Nilza Iraci e Matilde Ribeiro” (Gadelha, 2020, p. 49). A atuação

dessas feministas foi fundamental para o debate e prática das feministas negras no Brasil.

O movimento de mulheres negras se fortaleceu por intermédio das lutas sociais organizadas por instituições independentes que enfrentavam desafios dentro dos movimentos de esquerda e organizações negras. As mulheres lutavam para tornar suas demandas importantes, destituídas do caráter divisionista. O Manifesto das Mulheres Negras foi um dos mecanismos contra a hegemonia branca e de um feminismo universal. Nesta direção, a partir do final de década de 1970, vários grupos de mulheres negras foram criados, mas é a partir de 1980 que esses movimentos ganham forças, dentre eles podemos destacar o Nzinga – Coletivo de Mulheres Negras, fundado por Lélia Gonzalez, em 1983, no Rio de Janeiro (Damasco, 2009).

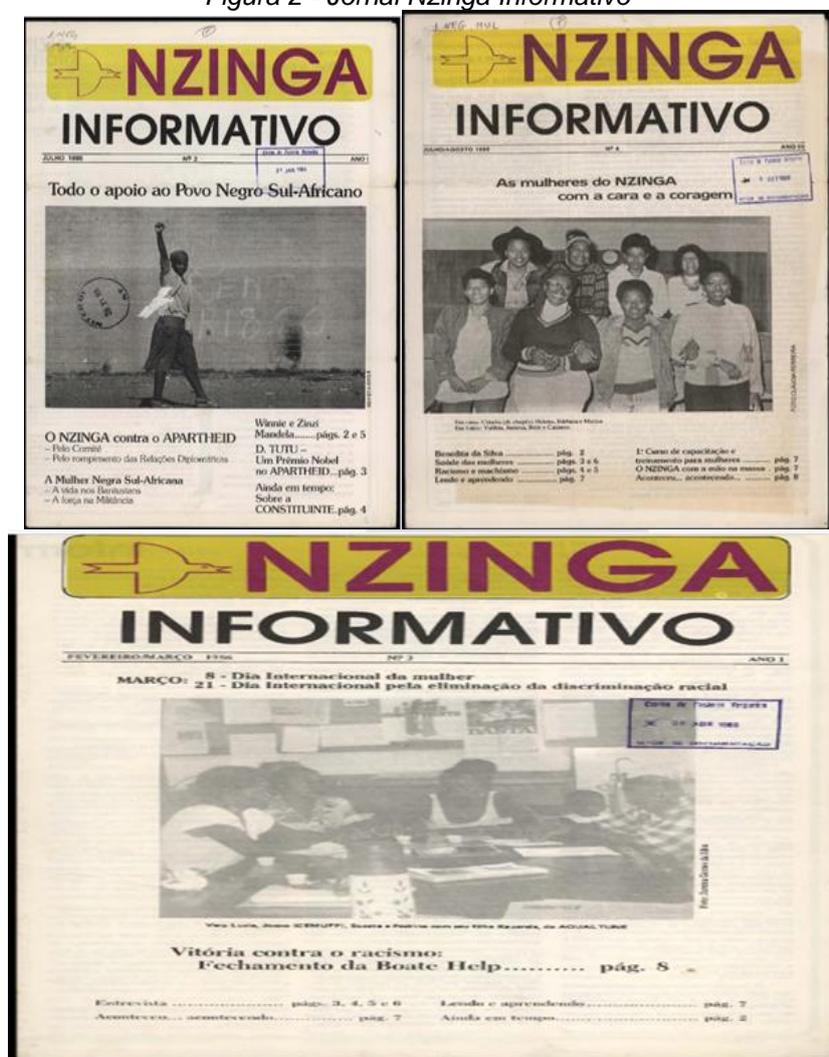
O feminismo negro foi sendo consolidado com o surgimento de organizações não governamentais (ONGs), a saber: Nzinga-Coletivo de Mulheres Negras (RJ), Criola (RJ), Geledés (SP), Fala Preta (SP) etc., voltadas para o combate à violência doméstica e à discriminação racial e para os cuidados no âmbito da saúde reprodutiva (Damasco, 2009, p. 59).

Vale destacar que o III Encontro Feminista Latino-Americano e Caribenho, realizado em Bertioga – SP, em 1985, foi um marco para que as mulheres negras passassem a se organizar de forma autônoma, criando movimentos independentes. Nesse encontro, um grupo de mulheres negras das periferias do Rio de Janeiro foi proibido de participar, em decorrência da falta de dinheiro para se inscrever no evento. Diante do acontecido, as mulheres montaram barracas ao lado de fora do evento como forma de protesto. Essas mobilizações possibilitaram a organização do I Encontro Nacional de Mulheres Negras, realizado no Rio de Janeiro, em 1988, e contou com a presença de mulheres de diversas partes do país. Foram tratadas temáticas como: o mito da democracia racial, sexualidade, controle de natalidade, a história das mulheres negras na África e Brasil, violência, dentre outras.

Nesta direção, o Nzinga coletivo de mulheres negras criou o “Nzinga Informativo”, importante mecanismo para destacar o protagonismo da população negra, principalmente, das mulheres negras. O Informativo circulou

de 1985 a 1989, possuía cerca de 8 páginas, sem assinatura das autoras, o que explicitava o caráter coletivo da produção. Ademais, “a defesa da identidade das mulheres negras e de sua luta foi central nos editoriais das cinco edições [...] o que se vincula à perspectiva de Gonzalez ao considerar a origem do movimento de mulheres negras muito mais atrelada ao movimento negro do que ao feminista” (Rodrigues; Freitas, 2021, p. 11). Sua sede se localizava na Associação do Morro dos Cabritos, zona oeste do Rio de Janeiro, segundo as fundadoras, essa escolha se reveste de grande importância, pois demarca a aproximação entre o Movimento Negro (MN) e o Movimento de Favelas (MF).

Figura 2 - Jornal Nzinga Informativo²⁷



Fonte: NZINGA Informativo (2022).

²⁷ Informativo de 1985 (nº 2), 1986 (nº 1), 1988 (nº 3), respectivamente.

Como ressaltamos esses informativos tinham como objetivo central a discussão acerca do racismo vivenciado pela população negra. A ênfase nas questões que dizem respeito às mulheres negras estava presente em todos os informativos. Destacamos que esses informativos foram importantes mecanismos para as discussões que passaram a fazer parte da Constituição Federal de 1988. Dentre os assuntos tratados, o avanço do PAISM e suas lacunas e a necessidade de inclusão de questões que atingem a saúde das mulheres estavam presentes.

Salienta-se que o Informativo de 1985, o nº 1, convocava as mulheres para sair às ruas e fortalecer o dia 8 de março – Dia Internacional da Mulher. Anexado ao jornal estava um panfleto criado pelo coletivo de mulheres negras, outras entidades e a Deputada Estadual Lúcia Arruda (PT-RJ). No jornal de 1986 a Deputada é citada novamente como protagonista em defesa dos direitos das mulheres, trazendo o artigo “Aborto quem decide?”, que debatia a questão do papel do Estado no atendimento à mulher em situação de certos tipos de aborto.

O informativo de 1986 inicia destacando que “em qualquer momento de crise, em qualquer país ou em qualquer regime, a mulher é sempre a maior vítima. Assim é também na África do Sul; a mulher negra sofre a tríplice opressão: na condição de mulher, na condição de elemento da raça negra [...]”, e classe. (Nzinga Informativo, 1986, p. 2). Ademais, trazia em seu periódico a denúncia do regime do Apartheid na África do Sul, do extermínio coletivo do povo negro. O informativo de 1988 traz uma discussão acerca do Movimento feminista e explicita a necessidade de articulação entre o Movimento de mulheres e o Movimento Negro.

Enquanto Grupo de Mulheres Negras, nós do NZINGA entendemos a necessidade da nossa articulação com o Movimento de Mulheres e com o Movimento Negro, na medida em que os debates, as reflexões e o embasamento que norteiam nossa atuação devem estar centrados em dois eixos: o primeiro - a questões do Gênero: SOMOS MULHERES - e como tal submetidas à discriminação sexual por que passam todas as mulheres, independente de raça etnia, classe social ou credo religioso. O segundo – a questão da Etnia: SOMOS NEGRAS - e o que nos diferencia das demais mulheres não é só a cor da pele mas a IDENTIDADE CULTURAL. E é para resgatar esta identidade de MULHER NEGRA, que precisamos nos organizar a parte sim. Aprofundar as questões específicas, perceber onde, como e quando somos oprimidas e partindo deste específico participarmos mais fortalecidas da luta geral. (Nzinga Informativo, 1988, p. 2).

Esse documento salienta que o Nzinga, embora sensível às causas das mulheres, optou por trabalhar com as questões que giram em torno das mulheres negras, fortalecendo e participando da organização do I Encontro Nacional de Mulheres Negras e, embora sem nomear, aponta para a necessidade de analisar o processo interseccional. Esse evento aconteceu em dezembro de 1988, em Valença, no Rio de Janeiro, e contou com a participação de 450 mulheres negras de 19 estados. Outro tema que ganha destaque é a saúde das mulheres. O informativo chama atenção que debater a questão da saúde da mulher é debater a relação homem e mulher, e suas bases desiguais. Nesse contexto, Maria José de Lima (Enfermeira do INAMPS) salienta no documento a importância das lutas das mulheres e a criação do PAISM. E que foram perpassados por tensões, críticas e sugestões, com destaque para a procriação feminina.

Naturalmente o PAISM antes de chegar a sua versão final foi assunto de muitos debates entre profissionais do Governo e a sociedade, especialmente com as integrantes do movimento feminista. Tomamos apenas dois discursos que evidenciaram claramente os problemas do PAISM, que nasce sem autonomia financeira, sem perspectiva de futuro. Um, do grupo Brasília Mulher de 1983 - Críticas e Sugestões ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM/MS) - apresentado ao Governo e a Sociedade. [...] O Ministério da Saúde decidiu mesmo assim, sem reformular suas ideias, fazer uma implantação experimental em Goiânia - em fevereiro de 1984. O grupo feminista. "Eva de Novo" de Goiânia - fez uma avaliação dessa experiência [...] Os executores de políticas de ambos os sexos, ou ignoram nossos direitos ou confundem em seus discursos as políticas com as questões relacionadas com a biologia. Na maioria das vezes não sabem distinguir as questões sexuais relativas ao macho e a fêmea (procriação, sexualidade) com as questões relacionadas com o gênero humano - composto de homens e mulheres e suas respectivas identidades e diferenças [...]. (Nzinga Informativo, 1988, p. 3-6).

Toda essa articulação possibilitou maior organização das mulheres, pondo em cena pública, ou seja, nos espaços de decisões políticas as demandas das mulheres. "Cerca de duas mil mulheres, reunidas na Câmara dos Deputados em 1986, compuseram a Carta das Mulheres aos Constituintes, fazendo diversas exigências no setor saúde" (Nzinga Informativo, 1988, p. 6). A presença das mulheres negras nos grupos políticos antiditadura militar, principalmente nas organizações de esquerda, contribuiu para o fortalecimento

do movimento e a emergência de sujeitos políticos independentes. Assim, o Movimento de Mulheres Negras emerge como resultado de experiências de lutas sociais em organizações institucionalizadas e independentes.

Vale destacar que este informativo traz os nomes das mulheres que contribuíram com as reflexões, o que não era comum nos demais documentos. Dentre elas destacam o protagonismo da Benedita da Silva, professora e Assistente Social, participante dos movimentos negros, de favelas e mulheres, que se compromete em seu mandato com o Movimento Negro, denunciando o mito da democracia racial.

Assim, personagens como a rainha angolana Nzinga, as ativistas sul-africanas contra o apartheid Winnie e Zinzi Mandela e a então vereadora do Rio de Janeiro Benedita da Silva são apresentadas no jornal, por meio de suas histórias de vida, como “mulheres negras e guerreiras” [...].²⁸

Dentre as bandeiras levantadas pelo movimento das mulheres negras está a questão da saúde e sexualidade que já vimos desenhando. A temática saúde da mulher emerge na década de 1980 como já demarcados, mas ainda invisibilizando a questão racial. A criação do Movimento Negro Unificado (MNU) foi importante mecanismo de mobilização e organização das feministas negras.

Dentre as pautas, a esterilização cirúrgica serviu como base para as reivindicações que resultaram em uma sólida militância em prol dos direitos reprodutivos. Lélia Gonzalez foi uma das primeiras mulheres negras a realizar o debate sobre racismo e sexismo nos ambientes acadêmicos. Em 1983, durante uma reunião da ANPOCS, ela apresentou o emblemático artigo “Racismo e Sexismo na cultura brasileira” (Gadelha, 2020, p. 51). Esses “operadores simbólicos”, ou seja, o racismo e o sexismo, demarcam a forma de como as mulheres negras são tratadas no país. As discriminações e opressões ultrapassam o viés de gênero e classe social.

Para demarcar o racismo como forma de opressão nos serviços/atendimentos, os movimentos e organizações passaram a demandar e utilizar dados/indicadores que explicitam a desigualdade racial, denunciando o

²⁸ Disponível em: <https://medium.com/@demode/nzinga-informativo-a-imprensa-feminista-feita-por-negras-e-para-negras-87eeabed6271>. Acesso em: 10 out. 2023.

racismo estrutural. Essa questão ainda está muito presente nos debates dos movimentos que denunciam que o não preenchimento do quesito raça/cor nos relatórios e prontuários dificultam a construção e implementação de políticas específicas para a população negra. Um dos desafios postos na atualidade é a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) nos Estados e municípios. Esses dados quantitativos se apresentam como importante mecanismo para confronto da democracia racial e denúncia das violações de direitos da população negra.

Como aponta Santos (2021), o projeto de construção da PNSIPN começa a ser construído nas décadas de 1980/1990, impulsionado pelo Movimento Negro e Movimento de Mulheres Negras. Essas articulações proporcionaram a criação de duas campanhas: “Não matem nossas crianças”, que denunciava o extermínio de crianças e jovens negros, e a “[...] campanha nacional contra a esterilização em massa de mulheres negras, com o slogan Esterilização das mulheres negras: do controle da natalidade ao genocídio do povo negro [...]”, liderados por mulheres do Rio de Janeiro. A autora salienta que a esterilização foi um tema que demandou ações em conjunto.

Na década de 1990, destacamos o protagonismo da ONG Criola, que emergiu em um contexto de intenso debate e mobilização de ativistas negras acerca da esterilização em massa das mulheres negras, demarcando o caráter eugênico do procedimento. A organização criada em 1992 é conduzida por mulheres negras com diferentes formações acadêmicas, dentre elas Jurema Werneck, feminista negra, médica. A ONG Criola trabalha com formação e informação, articulando as atividades na área da saúde, violência, cultura e direitos humanos, defendendo os direitos de crianças, adolescentes e mulheres negras. Levanta bandeiras que explicitam questões acerca do racismo, gênero, reafirmando a necessidade de participação política. No dia 16 de setembro de 2022 a ONG comemorou 30 anos de muita resistência contra o racismo institucional. O racismo institucional é uma forma de sujeitar “o direito e a democracia às necessidades do racismo, fazendo com que os primeiros inexistam ou existam de forma precária, diante de barreiras interpostas na

vivência dos grupos e indivíduos aprisionados pelos esquemas de subordinação deste último” (Geledés, 2013, p. 11-12)²⁹.

Nesta direção, dentre mecanismos importantes de lutas, resistências e denúncias em prol da saúde da população negra, destaca-se: a “Marcha Nacional Zumbi dos Palmares (1995), o Programa de Anemia Falciforme (PAF) (1995), criação do Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra, inserção do quesito raça/cor na Declaração de Nascidos Vivos e de Óbitos (1996) [...]” (Gadelha, 2020, p. 51). Destaca-se ainda a importância da III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlatas (2001), em Durban, África do Sul, o que proporcionou o aprofundamento do debate e apontou para a necessidade de uma política específica para tratar da saúde da população negra, que, com isso, abriu espaço para a construção da PNSIPN, como também proporcionou a criação de um plano de ação.

Neste período, o documento “Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade” fez emergir a discussão acerca de doenças e agravos que atingem a população negra, discutindo os determinantes sociais. Como salienta Carneiro (2003), a III Conferência sobre racismo trouxe grande esperança para o Movimento Negro do Brasil. No processo de embates do Movimento Negro com o Estado, visando explicitar a “problemática social” em torno da questão racial, o Estado passa a incorporar algumas demandas do movimento e a criar um espaço para a agenda da política racial. A criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial (CNPIR), em 2003, no início do governo Lula, é parte da “institucionalização” do Movimento Negro. Ademais, a 12ª Conferência Nacional de Saúde foi um importante mecanismo de deliberações acerca da questão de racial e de gênero, como resultado da presença marcante das mulheres, em especial das mulheres negras. Acrescentamos ao rol a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que posteriormente teve sua nomenclatura definida como Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) (Santos, 2021).

²⁹ <https://racismoinstitucional.geledes.org.br/o-que-e-racismo-institucional/>.

Diante das argumentações tecidas até o momento pudemos perceber que o Estado do Rio de Janeiro (e em diversos municípios) foi e continua sendo palco de grandes lutas e resistências das mulheres em prol de seus direitos à saúde e de viverem sem violência. E o Dossiê Caxias é um documento importante, um mecanismo de explicitação das demandas das mulheres em décadas de tanta repressão e regressão dos direitos.

3.3 RESGATES HISTÓRICOS NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O DOSSIÊ CAXIAS

As décadas de 1980 foram palcos de grandes mobilizações, como sinalizado anteriormente. A articulação dos movimentos de mulheres foi importante mecanismo para explicitação das demandas das mulheres, especialmente das violências sofridas por mulheres no parto e pós-parto. Assim, analisando as demandas que foram surgindo no município de Duque de Caxias, o movimento de mulheres foi essencial para a elaboração de um documento com diversas denúncias de violência obstétrica. O documento diz respeito a um município específico, mas traz questões que vão para além desse território em particular, por isso a importância de trazer essa experiência para análise.

No tocante ao Movimento de Mulheres do município de Duque de Caxias, Medeiros (1998) afirma que a constituição do movimento se confunde com a constituição da cidade. Através de organizações como sindicatos, associação de moradores, foi que as mulheres passaram a explicitar suas necessidades e trazer os debates à cena pública. O Movimento União de Bairros (MUB) foi um espaço de grande mobilização para as mulheres. O MUB emerge com intuito de reivindicar melhores condições e acesso aos serviços públicos. Nesta direção, a articulação do MUB com o Centro Comunitário de Caxias pôde explicitar as denúncias das mulheres quanto às diversas formas de violências em maternidades do município. “As integrantes do MUB e do centro comunitário juntaram todos os relatos escritos à mão, documentos, certidões de óbitos, laudos e, junto com representantes da Comissão dos Direitos de Reprodução da ALERJ, escreveram o Dossiê Caixas em 1986 [...]”

(Medeiros, 2022)³⁰. Denúncias como mortes maternas, em maternidades de Jardim Primavera e Saracuruna são exemplos das pautas na década de 1980.

O Centro Comunitário de Duque de Caxias (CCDC) foi um importante mecanismo de discussão acerca da saúde da mulher de Jardim Primavera e Saracuruna. Os encontros serviram como base para denúncias das violências sofridas no processo de parto. A sistematização dessas histórias por meio do CCDC e articulação do mesmo com os movimentos sociais, proporcionou a mobilização por parte da assessoria da Deputada Lúcia Arruda, o que possibilita a criação do Dossiê Caxias. (Medeiros, 2022).

Destaca-se a importância do Centro Comunitário de Duque de Caxias (CCDC), uma instituição da Igreja Metodista que desenvolvia um trabalho com mulheres e importante mecanismo de articulação entre os movimentos sociais e com o Movimento União de Bairros (MUB), peças importantes na construção do Dossiê Caxias. Segundo Medeiros (1998, p. 71), as demandas que chegam ao MUB são encaminhadas por comissões de trabalho. A comissão de mulheres dentro do movimento foi criada apenas em 1986, com duas temáticas em articulação que propiciaram a criação dessa comissão: “o atendimento à saúde da mulher e o problema da condição de participação feminina nesta organização”. Isso possibilitou a visibilidade das demandas das mulheres. Os espaços de reuniões foram um dos mecanismos de denúncias de maus tratos, principalmente das casas de saúde conveniadas ao INAMPS. Medeiros destaca que:

Enquanto o movimento feminista lutava no Rio de Janeiro - que era as mulheres brancas, de classe média - pelo direito ao corpo, ao aborto, nós, do Movimento de Mulheres e aqui em Caxias pelo MUB, [...] lutava por maternidade [...] por postos de saúde. [...] o MUB criou uma forma de participação democrática. (Medeiros, 2022).

O MUB foi um importante mecanismo para mobilização das mulheres, o que culminou na elaboração de um documento de denúncia dos maus tratos sofridos no parto e pós-parto.

Oito mulheres nos deixam aqui escritos momentos de suas histórias. Histórias tristes que trazem um pouco de cada uma de nós. Contá-las e publicá-las significa semear dignidade, firmeza e, também, nossa solidariedade. Colheremos frutos. Qualquer maltrato recebido

³⁰ Live realizada pelo canal de youtube “Museu vivo de São Bento”. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=x8XLFIMOGAY>. Acesso em: 20 ago. 2023.

por você, suas filhas, outras mulheres, **DENUNCIE!** Se falarem pra gente se calar: **GRITEMOS!** Saúde para todos nós! (Brasil, 1986, p. 25).

A citação acima faz parte do “Dossiê Caxias: maternidades maltratando mulheres e bebês causam até mortes”. O Dossiê foi construído com base no depoimento de oito mulheres que sofreram violência obstétrica no município de Duque de Caxias. “São oito histórias que dão vida e emoção à frieza dos números do IBGE [...]” (Brasil, 1986, p. 4). O documento é fruto da articulação da comissão de mulheres do Movimento de União de Bairro (MUB) e do Conselho Comunitário de Duque de Caxias e da Comissão de Direitos Reprodutivos da ALERJ.

Participaram ativamente da construção do dossiê Lúcia Arruda (Deputada), Fernanda Carneiro (assessora da Deputada Lúcia Arruda), Solange Dacach (feminista, assessora da Deputada), Ângela Borba (uma das fundadoras do Partido dos Trabalhadores) e Rita Andréa (componente do SOS Mulher do Rio de Janeiro)³¹.

O mandato de Lúcia Arruda foi muito importante para a conquista dos direitos das mulheres na década de 1980 e fundamental no processo de criação da Delegacia das Mulheres no Estado do Rio de Janeiro e para a criação da comissão Especial de Saúde e Direitos Reprodutivos. Foi uma das primeiras mulheres a se declarar feminista na ALERJ e primeira Deputada Estadual eleita pelo Partido dos Trabalhadores (PT). Através de sua articulação foi criado o Fórum Feminista do Rio de Janeiro, que tinha por objetivo manter um diálogo direto com o movimento. Nas palavras da Deputada:

É preciso ter coragem para exercer um mandato feminista. Romper com anos e anos de silêncio. Levantar os problemas de ser mulher. [...] As reivindicações dos movimentos feministas e todas as reivindicações populares que se inteirem na luta por conquista de melhores condições de vida e trabalho e as que garantem o direito de plena cidadania terão um canal de expressão nesta casa (ALERJ), através do nosso mandato.³²

³¹ O primeiro Centro de Atenção à Mulher Vítima de Violência, criada no Rio de Janeiro, na década de 1980.

³² Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/3.LourdesMoreira.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2023.

A Feminista Solange Dacach compartilhou conosco um pouco de sua experiência na atuação como assessora da Deputada Lúcia Arruda e na construção do Dossiê Caxias³³. Ela conta sua trajetória dentro da ALERJ, inserida na Comissão de Direitos Sexuais e Reprodutivos. Explica que no início da década de 1980 encontrou Fernanda Carneiro, assessora da deputada Lúcia Arruda, “que tinha ganho a eleição para a Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, foi após a Ditadura, [...] candidata do PT e uma assessoria toda jovem que fez a campanha baseada em rifa, em doações de amigos etc.” (Solange Dacach). As mobilizações e articulações que foram feitas ao longo do Mandato da Deputada significou um avanço importante em relação aos direitos das mulheres de viver sem violência. Essas ações provocaram repercussões para além das barreiras do Estado do Rio de Janeiro e rompeu as fronteiras do Brasil.

E essa amiga Fernanda me convidou para trabalhar no gabinete. O gabinete, vamos dizer assim, por ser de linha feminista, ela recebia material escrito de feminista do mundo inteiro e aqueles boletins, aquelas cartas, aqueles documentos iam se acumulando e o meu trabalho foi pegar ficha e fichar. Aquela velha história das fichas. Fichar, fichar, fichar todo material que chegava. E eu fui me encantando pela ideia da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos e a questão das maternidades volta para mim, porque a deputada perguntou no que eu gostaria de me dedicar no mandato. E eu falei para ela que adoraria me dedicar à questão da maternidade. Então foi criada nesse mandato uma comissão de direitos sexuais e reprodutivos. Era uma comissão especial, porque não existia, evidentemente, essa comissão permanente prevista e etc. Mas criamos a especial onde tinha voz e escuta para o movimento feminista de todo o Brasil que vinha até o gabinete, aqui no Rio de Janeiro. Nesta ocasião, mulheres do movimento comunitário de Caxias, depois eu vou ver direito o nome, procurou essa comissão falando de um atendimento nefasto em maternidades em que os bebês morriam. (Solange Dacach).

Toda essa mobilização foi um passo muito importante para a elaboração do Dossiê Caxias e significou um marco nas denúncias das violências sofridas por mulheres no período de pré-parto, parto e pós-parto, o que abriu caminho para a I Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher.

E a Fernanda teve a ideia de pedir que elas escrevessem a próprio punho as suas histórias. Elas trouxeram as histórias ao gabinete,

³³ Entrevista realizada por meio de WhatsApp, em 04 de julho de 2021, para a confecção dessa tese. Utilizaremos nas referências o nome real da entrevistada após seu consentimento.

leram em uma sessão da comissão e aí surgiu a ideia da própria Fernanda que era assessora da Lúcia Arruda e minha amiga que me levou para o gabinete, para o mandato, de transformar isso em um dossiê, num livreto e a partir de então, nós publicamos o Dossiê Caxias, mulheres e bebês morrendo em maternidades e ali se transformou num grande instrumento de lutas também pelas maternidades. Aconteceu a conferência nacional de saúde com desdobramento para a conferência nacional de direito da mulher, onde participaram quatro mil representações do movimento feminista, da galera da saúde, dos funcionários da saúde, na primeira e única, específica conferência direcionada para a saúde da mulher, onde foi lançado o Dossiê Caxias. (Solange Dacach).

O documento inicia com o relato de uma mulher grávida de gêmeos que sofreu violência no parto no ano de 1983. A falta de atendimento adequado, mesmo estando em uma maternidade, agravou a situação da gestante e seus filhos gêmeos que foram a óbito horas após o nascimento, sem que a mãe pudesse conhecê-los. “O que restou disso tudo foi uma tristeza grande, doída e dois óbitos. Um trauma e uma grande vontade de ver o responsável por isso pagar para que não haja outras vítimas” (Brasil, 1986, p. 4). Este relato revela a realidade degradante em que as mulheres que frequentavam as maternidades particulares conveniadas ao INAMPS sofriam.

O documento aponta que a cada cem crianças menores de um ano que morreram, trinta destas foram em decorrência de assistência inadequada no período de pré-parto, parto e pós-parto. E, em cada cem crianças que nasceram vivas, uma mãe foi a óbito. “Não se morre de parto quando se é bem atendida” (Brasil, 1986, p. 5). Isto aponta a taxa elevada de mortalidade materna no município, o que caracteriza calamidade pública. Para dar voz às estatísticas, vejamos o relato da C.C.M³⁴:

Comecei o pré-natal quando ia fazer três meses de gravidez, na maternidade Jardim Primavera com o Dr. Robinson José A. da Silva. Quando iniciei o pré-natal ele me disse que a data do parto devia ser final de março ou início de abril. No dia 28 de fevereiro de 1985, fui lá na maternidade para uma consulta comum de pré-natal, [...] e ele disse que eu ia ter bebê naquele dia.[...] Ele falou: “Não vai dar tempo de você ir em casa porque o bebê vai nascer”. Ele só me deu o toque, foi o único exame que fez, e também apalpou a barriga. Não ouviu o coração do bebê; chamou a enfermeira e mandou que ela me aprontasse [...] fiquei a tarde toda no soro e não sentia contrações, sentia uma dor direta. As 7:40 da noite, o Dr. Robinson me levou para a sala de parto. Lá na mesa ele me deu toque de novo e disse que era para aquela hora. Falou que ia me dar uma ajuda porque a

³⁴ As gestantes e parturientes que deram entrevista para compor o Dossiê Caxias foram identificadas letras iniciais de seus nomes.

criança não nascia. Foi, apanhou aquela concha de ferro e colocou dentro e começou a tentar puxar a criança: 1ª, 2ª, e só na 3ª vez é que conseguiu arrancar ele. Eu pensei que ia me arrebetar toda. Na hora, apesar de toda dor que eu estava sentindo, consegui ver quando ele deu aquele arrancão, eu não estava aguentando, a dor foi tanta que parecia que ia revirar tudo por dentro, mas eu me levantei e vi que era um menino, mas não deu para eu reparar se estava machucado [...] Ele falou para mim que era um garotão, estava com saúde, que era forte [...]. (Brasil, 1986, p. 6-7).

E, na continuidade do relato, a entrevistada frisa que seu marido foi proibido de ver a criança, sendo informado que deveria retornar no dia seguinte para visitá-la, afirmando novamente que o bebê era muito saudável. Na manhã seguinte, a criança foi transferida para o CTI e segundo as médicas que a acompanhava, este era um bebê prematuro e faltavam cerca de 39 dias para ele nascer. “A Dra. falou também que se ele sobrevivesse, ele seria uma criança retardada [...] deram alta a ele, e ele ficou 5 dias em casa e voltou a ser internado[...] até o dia 7 de maio e aí faleceu [...]” (Brasil, 1986, p. 7). Outros casos foram relatados denunciando os partos forçados realizados pelo Dr. Robinson José A. da Silva.

Outra gestante inicia seu relato, semelhante ao citado anteriormente. Era apenas uma consulta comum de pré-natal, em meio a diversas violências. De acordo com relato da M.C.L, quando foi sugerida sua internação, ela foi proibida de ver seu marido e, embora o médico (o mesmo Dr. Robinson José A. da Silva) soubesse que ele estava ao lado de fora, não avisou para a usuária. “O médico trancou a casa de saúde [...] Aí ele (o marido) subiu na janela e perguntou: tudo bem? Fiquei sem saber o que responder, com medo da reação dele, porque ele é violento” (Brasil, 1986, p. 7). Ao ser perguntada sobre se estavam induzindo o parto, a gestante disse que sim, e foi orientada pelo seu marido, pela janela, para não deixar isso acontecer. Assim, a gestante pede para chamar o Dr. Robinson e solicita sua alta médica, dizendo estar ciente de que o médico iria induzir seu parto. E o médico diz em voz alterada: “É o seguinte: seu marido está lá embaixo, perturbando o ambiente de meu trabalho, já brigou comigo. Eu estou fazendo o possível para antes das 8 horas da noite todas vocês já estarem com o bebê, porque eu não gosto de fazer parto à noite”. Sob ameaças o médico concede alta para a gestante: “eu tiro o soro e você vai, mas eu te dou teu cartão de pré-natal e teu pré-natal aqui acabou. Se você chegar ali embaixo e tiver seu neném eu não tenho nada com

isso” (Brasil, 1986, p. 8). Pelos relatos percebe-se que a prática de indução de parto era algo comum.

A entrevistada frisa que após o relatado foi à maternidade Casa de Saúde São José para ser atendida na emergência e lá o médico a examinou e disse que não estava com dilatação, que ainda não era o tempo do parto e que realmente foi realizada uma tentativa de um parto forçado. A criança nasceu nesta maternidade citada acima.

De acordo com os relatos das parturientes, este fato é comum na maternidade e outros médicos também usavam a mesma prática de indução. A gestante M.C.L descreve os mesmos acontecimentos e procedimentos das entrevistas anteriores. Desta vez no atendimento do Dr. Hélio Bulhões:

Ele mandou a enfermeira me preparar e botar no soro. Fiquei no soro e de tarde ele veio furar a minha bolsa e aí eu não deixei [...] Como eu continuava sem sentir nada disse que ia embora para casa de qualquer jeito que ele estava querendo forçar meu parto. [...]. Não deixei ele furar a bolsa porque eu sabia que se furasse o parto tinha que acontecer e como não estava na hora achei que ele ia terminar fazendo uma cesárea. Aprendi que não se pode ficar de bolsa furada muito tempo lá no curso. (Brasil, 1986, p. 9).

A gestante expõe que algum dia depois começou a sentir contrações e foi para a maternidade Casa de Saúde Jardim Primavera. O Dr. Hélio rompeu a bolsa, a levou para sala de parto e a colocou em uma mesa com as pernas para cima e após se retirou para sala ao lado. A parturiente começou a sentir muita dor e chamou a enfermeira, esta, por sua vez, chamou o médico, que estava em outra sala. “Ele falou que se eu tivesse pressa devia ter ficado internada na semana anterior quando ele disse para ficar. E foi embora ouvir música.” (Brasil, 1986, p. 10). Sob ameaças de denúncia, o médico foi atendê-la.

Ele disse que ia quebrar o osso. Eu disse que tinha vindo ganhar neném e não ficar aleijada[...]depois que o neném nasceu pedi para colocar ele na minha barriga. Ele disse: você ainda quer essa coisa toda suja em cima de você? [...] acho que o médico se vingou de mim [...] Ele disse: você é culpada disso tudo que aconteceu porque não quis ficar aqui semana passada se tivesse ficado você não tinha sofrido o que sofreu. (Brasil, 1986, p. 10).

Diversas denúncias de maus-tratos foram explicitadas: casos como dificuldades no acesso ao pré-natal e atendimento de forma inadequada. A gestante J.M.S relata que até aos quatro meses nos atendimentos verificavam a pressão arterial e examinava sua barriga, mas com o tempo deixaram de realizar esses procedimentos. Com seis meses, J.M.S descobriu que sua pressão arterial estava alterada apenas quando chegou na unidade de emergência, passando mal. Ao ser questionada se iria "ligar" (laqueadura) e ao dar uma resposta negativa a usuária relata que o atendimento modificou já não havia muito mais questionamento e o atendimento era rápido. Destaca-se que o processo de informação é defeituoso e, em muitos casos, as gestantes e parturientes não tomaram conhecimento do seu estado de saúde ou do seu bebê.

Dr. Sérgio me examinou e apertou muito a barriga, escutou, me deu um papel e mandou eu vir em casa buscar as coisas para me internar. No papel estava escrito: feto negativo. Li no meio da rua, eu tremia e chorava. Fui buscar minha mãe, vim para casa chorei, botei a mão na barriga e disse ah meu Deus! Meu filho está morto! Depois pensava que não está morto não. (Brasil, 1986, p. 11).

Neste processo a gestante passou por vários atendimentos onde um médico dizia que o bebê estava morto e tinha que fazer cirurgia de urgência e:

Outro dizia que estava vivo [...] e aí o Dr. Odir me examinou e me mandou para doutora França. Ouvei ela dizer: pode vir, rabuda é sempre comigo. Seja o que Deus quiser. Ela me deu anestesia cortou e tirou o neném a fórceps. Vi que ele era normal, tinha cabelo, sobrancelha [...] falaram que ele morreu de insuficiência intra-uterina. (Brasil, 1986, p. 11).

Destaca-se a peregrinação das gestantes e parturientes. Casos de falta de profissionais qualificados para o atendimento às mulheres também foram explicitados no Dossiê. De acordo com os relatos da entrevistada E.N.T, em seu atendimento na Maternidade São José, em 1985:

Eu escutava o médico dizendo assim se você sentir tonteira você me avisa [...] ainda tive força de perguntar tá acontecendo alguma coisa? Mas ele disse não, não. Eu senti tontura só que fiquei sem força para falar. [...]. Aí ele mandou a enfermeira telefonar para casa de um médico para ele vir urgente. [...]. Acho que ele era estudante porque se não fosse não precisava ele dizer para enfermeira conseguir um médico com urgência. Mas no Duque de Caxias perguntei quando já

estava na sala de repouso o médico disse que não sabia explicar a razão porque tinha acontecido de eu ter uma rotura de colo de útero. (Brasil, 1986, p. 13).

As violências explícitas no dossiê apontam as diversas formas de violações de direitos que deixam profundas marcas psicológicas e físicas, que trazem repercussões imediatas, a médio e longo prazo. A entrevistada E.T afirma que seu maior problema é: estar “com um buraco na vagina por onde passam fezes foi consequência do atendimento que tive no meu quinto parto na casa de Saúde Jardim Primavera [...] O Dr. Carlos [...] falou que eu tenho que fazer duas operações para consertar o reto e o períneo” (Brasil, 1986, p. 14-15). Esse processo levou a necessidade de realização de duas cirurgias para “consertar” um atendimento inadequado no momento do parto. Provavelmente um procedimento de episiotomia para adiantar o parto. A causa não foi relatada no dossiê.

Em diversos relatos ao longo do dossiê, a manobra de kristeller foi utilizada. A E.T, atendida na casa de Saúde Jardim Primavera, em 1984, salienta que em seu atendimento no momento do parto: "a enfermeira subiu em cima da minha barriga e o médico pegou e me enfiou a mão e começou a fazer aquela força para o neném nascer e ele não nascia de jeito nenhum" (Brasil, 1986, p.14). Essa prática é comum, principalmente em maternidades públicas, porém não é natural.

Diante dos diversos casos e denúncias, a imprensa representou um papel importante na ampla visibilidade dos fatos, forte mecanismo para pressionar os órgãos públicos. Assim, diante das mobilizações, a Secretaria de Saúde, por meio do Departamento de Vigilância Sanitária, fechou a casa da Saúde Jardim Primavera, pelas péssimas condições.

Com um mês que a maternidade jardim primavera em Duque de Caxias havia sido fechada nós fomos com representantes do INAMPS visitar essa maternidade, que estava fechada, mas ao entrarmos lá vimos que tinha uma sombra e essa sombra, a partir de um vidro, era de mais uma mulher morta, no momento do parto, o que desencadeou na gente da assessoria grande emoção, grande revolta. E a maternidade foi condenada. Foi revelado a partir daí o descalabro que era o atendimento da mulher na questão do parto e nascimento. (Solange Dacach, 2021).

No entanto, a interdição da casa exigiu a intensificação das lutas dos movimentos sociais para a abertura de maternidades públicas em Duque de Caxias.

Foi então proposto pelos técnicos do INAMPS que um Hospital do Serviço de Assistência Social Evangélica (SASE), no bairro de Xerém, em péssimas condições de funcionamento e sob intervenção do INAMPS, fosse desapropriado pela Prefeitura de Caxias e reformado com recurso da Previdência, para se transformar em uma maternidade. (Castro *et al.*, 1990, p.40).

Diversas promessas foram realizadas, no entanto, o então prefeito de Duque de Caxias, Juberlan de Oliveira (PDT, 1985), não cumpriu sua palavra. Houve levantamento de recursos para as obras, mas não houve desapropriação do espaço. Esse processo foi um impulso para o desmonte que estava por vir, com sérios rebatimentos diante da conjuntura política. O movimento perdeu apoio institucional, e a lógica privatista passa a dominar os serviços de atenção à saúde. “A Comissão dos Direitos da Reprodução abandonou sua orientação feminista e foi deixando de atuar junto ao movimento [...] Algumas mulheres do Dossiê Caxias foram ameaçadas e não compareceram, para depor no CREMERJ” (Castro *et al.*, 1990, p. 41). Houve grande mobilização para calar as vozes das mulheres.

As mortes continuaram ocorrendo, e as dores das mulheres se transformam em combustível para luta. E, assim nasce mais um mecanismo de luta, o Movimento de Apoio a Gestante (MAG), em 1989, com intuito de prestar informações às gestantes e parturientes, tais como orientações acerca do pré-natal, atendimento médico, dentre outros. O MAG promoveu diversas articulações com outras entidades, como o MUB, o Centro de Estudos de Pesquisas da Baixada (CEPEBA), Conselhos de Saúde, dentre outras ações nas maternidades do Rio de Janeiro (Castro *et al.*, 1990).

Segundo Castro *et al.* (1990), a chama da corrente feminina se espalhou pelo município. Diversos grupos se mobilizaram para refletir acerca da sexualidade e questões gerais do ciclo de vida das mulheres: “Assim aconteceu com o grupo “Nós Mulheres do Pilar”, em 1983 [...] participaram de cursos de formação de agente de saúde, oficina de saúde da mulher”. Ademais, “[...] promoveram encontro onde discutiram temas como ‘A mulher na Constituinte’ (1985) e ‘Direitos e Deveres da Mulher’ (1989). Atuam em

associação de moradores, no MUB, Pastoral da Terra, Conselho de Saúde [...]” (Castro *et al.*, 1990, p. 44). Nesse processo os caminhos das mulheres se confluem em lugares comuns de suas vidas, a casa, o bairro e os seus corpos.

Diante desses relatos cruéis direcionados às mulheres gestantes e parturientes, destacamos que em muitos casos as vozes dessas mulheres foram silenciadas ou desacreditadas – “durante muito tempo nos disseram que, nós mulheres, não sabíamos nada e que, por isso mesmo, devíamos ficar sempre de boca calada. Mais do que nós, sabiam nossos pais professores médicos e maridos” (Brasil, 1986, p. 16). O silenciamento das mulheres que vimos desenhando no capítulo anterior é real e se explicita em diversos espaços e instâncias de decisões.

Como aponta Grada Kilomba, desde a infância, as mulheres negras são expostas a situações que geram silenciamento. Nesta direção, bell hooks explicita o processo que visa deslegitimar a intelectualidade das mulheres negras na dificuldade de publicar um livro e de mostrar que as mulheres negras também produzem conhecimento. São diversas formas de silenciamento, que historicamente vem se perpetuando.

Destaca-se que, além da falta de estrutura física e material para o atendimento qualificado às gestantes e parturientes, “o que nos impressiona é a relação estabelecida entre médico e demais profissionais com os “pacientes” nestas clínicas. Uma relação de opressão, violência, pouco caso e irresponsabilidade. ” (Brasil, 1986, p. 16). Uma relação verticalizada que dita regras sobre o corpo e mente das mulheres.

O dossiê ressalta que diversas articulações foram realizadas diante dessas realidades. Nesta direção, destacamos que em 1985 aconteceu o primeiro encontro popular pela saúde de Duque de Caxias, que foi promovido pelo Conselho Comunitário de Saúde e Movimentos de União de Bairro (MUB), onde foram debatidos temas como a fiscalização das unidades de saúde e as denúncias de violência. Marcou presença neste encontro diversas autoridades do sistema de saúde, representantes de sindicatos, associações de moradores, denunciando o péssimo atendimento dos serviços prestados nas maternidades e pelas clínicas com convênios com INAMPS.

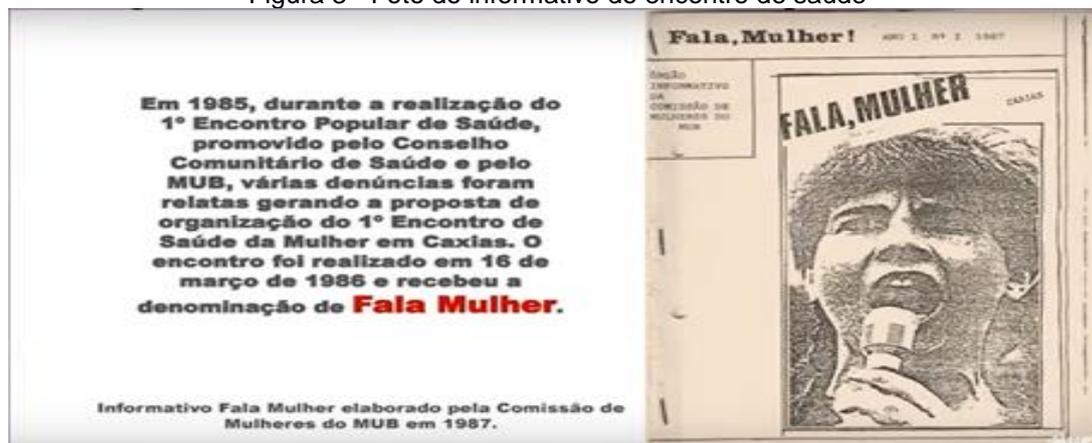
Toda essa mobilização direcionou para o primeiro encontro de saúde da mulher em Caxias, que ocorreu em 1986, o “Fala Mulher”. “E a mulher falou,

denunciou, propôs e exigiu direito. Mostrou que ser dona do seu próprio corpo, exigir cuidados, tratamentos dignos, são direitos que precisam ser conquistados. Nesta luta estamos solidárias, somos amigas” (Brasil, 1986, p. 17). Esse ano de 1986 foi um tempo de grandes mobilizações.

Medeiros (2022) saliente que: “Nós fizemos [...] o Fala Mulher de Caxias, em 1986, com a assessoria do CCDC, com assessoria do gabinete da Lu, (Lucia Souto) [...] a metodologia utilizada foi a linha da vida [...] e tinha como eixo central escutar as pessoas, respeitar as pessoas [...]”. E, esses gritos têm ecoado há décadas, mas a sensação que temos, em muitos momentos da história, é que estamos com uma surdina que abafa e camufla essas falas, gemidos e dores. Gritos que ouvimos no início das décadas de 1980/1990, expostos nos documentos, nas falas dos movimentos e feministas e que ainda continuamos ouvindo nos anos 2000 através das denúncias das legislações, das entrevistas realizadas para a pesquisa de trabalhos acadêmicos.

Explicita-se o levante dos chamados “novos movimentos sociais” (ecológico, feminista, antirracista, dentre outros), que passa a imprimir um novo caráter às lutas sociais, trazendo a emergência de suas demandas para a agenda pública. Toda essa articulação introduz novos conceitos no âmbito da cidadania e passa a regular a relação do Estado com a sociedade civil. O que aponta para o Estado como campo de disputa e articulação dos sujeitos e imprime novos contornos aos direitos sociais.

Figura 3 - Foto do informativo do encontro de saúde



Fonte: Youtube – Canal Museu Vivo do São Bento (2022).

No final do encontro citado anteriormente, foram constatadas diversas violações dos direitos das mulheres, o que culminou na iniciativa de um

documento "sobre o atendimento a gestantes e parturientes nas clínicas conveniadas ao INAMPS", a ser encaminhado à conselhos de saúde dos municípios e as autoridades municipais, estaduais e federais. Foram constatadas violações de direitos como: negligência no atendimento de pré-natal; negligência médica; ausência de atendimentos e exames necessários durante a internação; imperícia; ausência de médico nos finais de semanas e feriados dando preferência para o atendimento por estudantes; maus tratos físicos e psicológicos a gestantes e parturientes e a rotina de indução de parto sem nenhuma indicação clínica (Brasil, 1986).

Muitas ações se sucederam, depois do mandato de Lúcia Arruda, eu fui convidada para ser assessora também de Lucia Soto, e ela continuou o projeto de fiscalização e supervisão e de visitas às maternidades públicas, conveniadas em todo Brasil. A gente criou um projeto dentro da assembleia que foi a caravana da vida [...] então eu cobri nesta sistematização dois mandatos de Lúcia Arruda, dois de Lúcia Soto, dois mandatos de Inês Pandeló e dois mandatos de Cida Diogo. Foram mulheres deputadas de partidos de esquerda, que assumindo a Assembleia Legislativa se dedicaram à questão da saúde da mulher e específica a questão das maternidades. (Solange Dacach).

Diante dessas constatações, a população em geral e as mulheres de Duque de Caxias passaram a reivindicar algumas medidas de proteção e garantia de direitos, tais como: uso obrigatório de crachá com a identificação do profissional, o atendimento de pré-natal nos postos, unidades de saúde e subpostos com encaminhamento de exames necessários para o pré-natal; treinamentos, ou seja, reciclagem dos profissionais saúde de atendimento direto a gestantes e parturientes, de técnicas de grupos de debates com a gestantes; a elaboração de panfletos para o para esclarecimentos quanto a gestação e atendimento no parto e puerpério, diversos cuidados com a gestante e o bebê.

Ademais, as reivindicações apontam para maior fiscalização das casas de saúde com frequência para exigir que nos plantões tenha um médico obstetra e anestesista, principalmente nos finais de semana e feriados; o fim da prática de indução do parto sistemático sem indicação clínica; a reserva de sangue; bom atendimento técnico e humano no pré-natal parto e pós-parto; a investigação minuciosa das denúncias, o que leva a medidas cabíveis de responsabilização (Brasil, 1986).

No bojo de isso tudo foram criados não só no Rio, mas repercutiu por todo Brasil, os comitês de morte materna, que dentro das secretarias municipais de saúde também contava com a participação de representações civis. E o dossiê Caxias na realidade é o grande símbolo de toda essa luta, não só do maltrato em relação aos bebês e mortes, como depois começaram a surgir as denúncias das mortes de mulheres no momento do parto e aí realmente foi um grande bum, sobre o qual todo movimento feminista nacional debruçou-se que era a terrível classificação de sermos campeões em morte materna (Solange Dacach, 2021).

Essas mobilizações tiveram como resultados a publicação da Resolução 123, em maio de 1986, do INAMPS. Esta resolução visava incorporar em todos os níveis institucionais as especificidades acerca da saúde das mulheres em todas as fases da vida e dispõe sobre a política de atenção integral à saúde da mulher. O Dossiê Caxias frisa que a resolução é um instrumento muito importante, no entanto, “é na prática que queremos ter assistência, troca de experiência como forma de aprender, informações completas, tratamento de qualidade e atenção integral.” (Brasil, 1986, p. 19). Isso aponta para novas lutas e manutenção das resistentes. Destarte, diante do movimento de reorganização dos serviços de atenção à mulher:

Seria inaceitável que tais clínicas em Caxias (e tantas mais) continuem maltratando e produzindo males e até mortes em mulheres e bebês. As mulheres em Caxias, trabalhadoras, contribuintes do INAMPS, não podem continuar a pagar por serviços médicos, com medo de passar por maus momentos e até morrer, nas clínicas conveniadas e num momento tão saudável de suas vidas. Algumas se endividam para pagar um médico particular sem poder exercer o direito de atendimento público. Um abuso que a Administração do INAMPS pode eliminar e devolver à mulher o direito de viver em paz sua maternidade! (Brasil, 1986, p. 23).

Diante desta situação, um questionamento é feito no documento: “Até quando esses crimes e violências permanecerão encobertos e resguardados por uma ética hipócrita e um poder médico impune?” (Brasil, 1986, p. 24). E, o dossiê responde que a iniciativa de retirar a fala da mulher da “clandestinidade” é um passo inicial para a diminuição dos casos de violência. E, além do documento, destacamos o Encontro de Mulheres de Caxias “Fala Mulher”, realizado no mesmo ano com a participação de duzentas mulheres. “E no ano seguinte (1987), com articulação da baixada, nós fizemos o Fala Mulher da Baixada, com mais de 700 mulheres da baixada inteira. A professora Luciene

salienta, na live realizada pelo canal do Youtube, Museu vivo de São Bento: [...] no encontro Fala Mulher da Baixada, a gente criou várias propostas para a Constituição de 88” (Luciene Medeiros, 2021). Esse processo marcou o levante das mulheres caxienses na denúncia da violência contra gestantes e parturientes.

Reafirmamos o necessário diálogo entre as mulheres, os movimentos organizados e o Estado. Processo fundamental para positivação dos direitos, como também para implementação e manutenção dos mesmos, tendo em vistas que as conquistas dos direitos não são eternas, é necessário muita luta, resistência e persistência. O dossiê salienta que:

Defendemos com vigor a maternidade como opção de vida, como momento de saúde da mulher. O pré-parto, parto e pós-parto, como um processo de trabalho feminino, reprodução de vida. Aqueles que criam obstáculos nesse processo, natural e saudável, favorecendo a mortalidade da mulher ou bebê, são criminosos de alta periculosidade e violência. (Brasil, 1986, p. 25).

O dossiê foi um grande avanço no tocante a explicitação das violências que as mulheres gestantes e parturientes vêm sofrendo ao longo do processo histórico. Como explicita Medeiros, "O Dossiê Caxias tem uma importância fundamental para colocar na cidade essa temática, fechar duas maternidades; os médicos vão perder seu CRM. [...] e hoje o que se chama violência obstétrica tem início nesse trabalho” (Luciene Medeiros, 2021). Esse processo aponta para a necessidade de permanecermos na luta, para a manutenção dos direitos conquistados. Mas, ainda temos muito que avançar, nomeando os fenômenos e garantindo os mecanismos legais de denúncias e resistência em âmbito nacional.

Destaca-se que os anos de 1980 e 1990 foram palco de fortes mobilizações por parte dos movimentos sociais, mas também tempo de grandes ataques aos direitos que passaram pelo cerceamento da ditadura militar e pelos ataques às políticas sociais na era neoliberal e à apropriação do orçamento público. O que demanda novas formas de resistências e reafirmação de nossos direitos.

E nessa luta por direitos, as mulheres, especialmente as negras entram em desvantagens. O poder de decidir sobre o seu corpo, de dizer qual é

momento para ter um filho ou não, fica nas mãos dos outros (médicos, governos, maridos). E discutir esterilização em massa é discutir os direitos sexuais e reprodutivos, é discutir gênero, raça e quem tem direito de decidir sobre seu próprio corpo. Assim, avançando nas discussões nos anos de 1990, analisaremos o relatório final da CPMI sobre esterilização em massa, que aponta o viés interseccional dessa prática.

3.3.1 Resgate histórico no enfrentamento à violência obstétrica: Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre a esterilização em massa de mulheres no Brasil (1993)

A articulação dos movimentos, em especial das mulheres negras, como já vimos demarcando, foi essencial para que as demandas das mulheres continuassem em pauta e atravessassem as décadas de 1980/1990. A denúncia das feministas e militância negra chamam atenção para a esterilização em massa, denunciada no jornal “Art Mulheres”, antes mesmo da criação da CPMI, que ocorreu em novembro de 1991.

Vale destacar que a CPMI tem a função de discutir, fiscalizar e votar projetos de lei por um prazo determinado. A Comissão não tem o papel de penalizar, mas de encaminhar conclusões por meio de relatório ao Ministério Público, para promover responsabilidade civil ou criminal ao alvo da denúncia.

Figura 3 - Foto da capa do jornal Art Mulheres



Fonte: Capa do jornal Edição nº 4, ano I, Julho / Agosto de 1991 do jornal “Art Mulheres” (1991).

O jornal foi um importante mecanismo de denúncia, apresentando a realidade do Brasil em relação à esterilização, com dados do IBGE, destacando o Estado de Maranhão com maior índice de esterilização, Estado com maior parte da população negra. Esse jornal apresenta publicação bimensal sobre responsabilidade do grupo feminista “Articulação de Mulheres do Amazonas”, o título dessa edição “Esterilização – Do controle da natalidade ao genocídio do povo negro”, denunciava o viés racista das esterilizações em massa e o uso de contraceptivos experimentais, em especial em mulheres negras (WERNECK, 2009).

A articulação e mobilização do feminismo negro, na década de 1990, se consolidou com a bandeira de luta contra a esterilização cirúrgica forçada, o que aponta para a articulação do movimento com o debate da saúde reprodutiva no Brasil. Vale destacar que estas mobilizações culminaram na criação da Campanha Nacional Contra a Esterilização de Mulheres Negras, liderada por Jurema Werneck, médica e ativista negra.

De acordo com os organizadores da campanha supracitada, desde a década de 1980 as esterilizações forçadas vinham acontecendo. Esse quantitativo era reforçado por: “Milhões de mulheres negras e mestiças esterilizadas por acreditarem que esta é a única forma de evitar filhos [...]” (Brasil, 1993, p. 116). Diante dessas mobilizações, em 1993, aconteceu o primeiro evento de âmbito nacional, o Seminário Nacional Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras, no Estado de São Paulo. Esse seminário teve por objetivo principal explicitar as demandas das mulheres negras acerca de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Neste mesmo ano, destacamos as mobilizações na esfera parlamentar que desencadeou na criação da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI), liderada pela Deputada Federal e Assistente Social Benedita da Silva (PT/RJ). A CPMI além de averiguar as denúncias de esterilizações em massa, visava denunciar o caráter eugênico dessas ações. Observa-se que a CPMI foi criada em 1991, mas o relatório da CPMI foi elaborado em 1993. Assim, as citações que se referem a CPMI datam do ano de 1993.

Nesta direção, Jurema Werneck afirma que:

A CPMI é resultado da Campanha Nacional coordenada por mim. Ela aconteceu depois que CPIs foram realizadas no Rio de Janeiro (Alerj – presidida pela deputada Lucia Souto e Câmara de Vereadores – presidida pela vereadora Ruça/ Lícia Maria Caniné) e em outros estados/cidades no país. Tratava-se de uma mobilização quase exclusivamente de mulheres negras, que encontraram na então deputada Benedita da Silva uma aliada na realização da CPMI (Jurema Werneck, 2023)³⁵.

Neste ínterim, o debate posto na Comissão sobre esterilização em massas de mulheres brasileiras tem por recorte central as categorias de gênero, raça e classe. A construção da CPMI teve por base os relatos de feministas negras, além de 23 representantes de movimentos de mulheres, de médicos, professores universitários, políticos, dentre outros sujeitos e sujeitas. Observa-se que Jurema Werneck salienta que:

A CPMI foi fruto de uma luta exclusiva de mulheres negras. Não houve participação do movimento feminista. Foi um momento de protagonismo importante, determinando pautas no parlamento (Federal, alguns estados e municípios). Foi possível atestarmos nossa força e capacidade de agenciamento da pauta política nacional e um dos poucos momentos em que uma pauta de interesse das mulheres negras chegou tão longe.

Nessas entrevistas, os destaques apresentados foram a respeito: das implicações das ações de agências de controle norte-americanas com “planejamento familiar” no Brasil; a falta de informação da população alvo acerca das implicações da esterilização cirúrgica; a oferta inadequada em equipamentos públicos de outros métodos contraceptivos; a ausência de uma lei que regulasse os procedimentos cirúrgicos e a não implementação do PAISM em âmbito nacional.

Um assunto que perpassa as falas das(os) pesquisadas(os) é a urgência da denúncia da questão das mulheres na conferência ECO/1992, realizada no Rio de Janeiro, com o posicionamento de autoridades internacionais em favor do tema “controle demográfico”. “O imperialismo, principalmente os Estados Unidos, está preocupado em definir, a partir de seus interesses, qual deve ser o crescimento populacional, principalmente em países pobres” (Brasil, 1993, p. 67). Tema incluso na pauta desta conferência.

³⁵ Trecho retirado do questionário enviado por e-mail para a Jurema Werneck, para composição desta tese. As citações que seguirem apenas com o nome e sobrenome da autora fazem parte desse questionário que se encontra em anexo A.

Nas falas da sra. Rosiska Darcy de Oliveira, em audiência pública na ECO/92, “falou-se no custo de um salário mínimo por laqueadura [...] a esterilização voluntária não pode ser considerada de imediato. De imediato considera a implantação do PAISM como mais importante para reverter essa situação” (Brasil, 1993, p.85). A depoente avança nas reflexões destacando que para a esterilização ser uma real opção da mulher faz-se necessário um processo de desconstrução cultural de princípios e valores morais que são passados de mães para filhas, ou seja, de geração para geração, naturalizando o processo.

Nesta mesma direção, as falas de Jurema Werneck reforçam a necessidade e urgência do PAISM em explicitar o real significado do planejamento familiar. A médica e ativista negra “solicita que a CPI divulgue o conceito de planejamento familiar, não como anticoncepção e sim de direito ao acesso livre e gratuito a formas variadas de anticoncepção” (Brasil, 1993, p. 88). Reforça que a esterilização masculina ou feminina não pode ser considerada um método contraceptivo, tendo em vista que extingue a fertilidade. A esterilização passa ser um processo muito “natural” que “as mulheres juntam dinheiro, vão atrás de políticos, depois vem a frustração, pois nada acontece para melhorar a vida” (Brasil, 1993, p. 85). Isto porque o problema não é individual, é estrutural. Werneck salienta que não apenas ela defendia esse ponto de vista, mas:

Houve também uma discordância com parte do movimento de mulheres negras, pois havia quem defendesse que a legalização da esterilização protegeria as mulheres negras da imposição e da violência. Esta posição foi liderada por Geledés- Instituto da Mulher Negra e alcançou a apresentação e aprovação de um PL (ainda em vigor, com alterações) que legalizava a esterilização de mulheres e homens (Jurema Werneck, 2023).

Ademais, a depoente frisa, também, a importância de responsabilizar as universidades que colaboraram com a política de controle da natalidade e espera que sejam responsabilizadas “algumas universidades quanto ao papel desempenhado por elas na política de controle de natalidade. Se a UNICAMP pode ser elogiada pelo comprometimento da implantação dessa política, pode ser reprovada se considerarmos a pesquisa Norplant” (Brasil, 1993, p. 89). Norplant é a marca do primeiro implante hormonal com finalidade

contraceptiva, desenvolvido pela Population Council. Com a autorização do Ministério de Saúde, coordenado pelo Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-infantis de Campinas (Cemicamp), o implante passou a ser testado no Brasil em 1984 e as pesquisas foram suspensas em 1986, diante do surgimento de denúncias.

Prosseguindo na análise, o Relatório da CPMI em sua apresentação destaca que o intuito é “esclarecer à sociedade as causas e consequências da esterilização em massa de mulheres que compromete o futuro da nação” (Brasil, 1993, p. 7). Outro destaque para justificar a criação de uma comissão deve-se ao fato de que a esterilização de mulheres foi, naquele momento, o método anticoncepcional mais utilizado no Brasil. De acordo com o documento, se levar em consideração os métodos contraceptivos utilizados em mulheres em idade fértil no Brasil, o número de mulheres esterilizadas representa 44% dos casos, sendo este o método mais procurado, seguido da pílula.

Com esses números podemos concluir que a quantidade de mulheres esterilizadas no Brasil é alarmante, principalmente se considerarmos que este número foi atingido dentro de uma situação de suposta ilegalidade da esterilização na medida em que o código de ética médico proíbe esta prática e que não existe entre nós nenhuma lei específica que regulamente esta questão. O que existe é o código penal brasileiro que, [...] penaliza a esterilização quando diz “ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem”, ou se resultem em debilidade permanente de membro, sentido ou função”, neste caso a função reprodutora. (Brasil, 1993, p. 9).

Dentre os Estados com maiores índices de esterilização, o Rio de Janeiro se encontra em décimo terceiro lugar com 46,3% dos casos. O primeiro no ranking é o Estado do Maranhão, com 79,8% dos casos de mulheres em idade fértil esterilizadas, seguido de Goiás e Alagoas. Os Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul apresentam menores índices, com 30,9% e 22,6%, respectivamente. Nesta direção, o documento demarca que os maiores índices se encontram onde há maior concentração de miséria e pobreza, e onde a maioria da população é negra dentre os dezoito Estados analisados pelo IBGE/PNAD. Ou seja, os Estados das regiões nordeste e centro-oeste, por exemplo, são os mais vulneráveis. Em contraponto aos Estados com maioria populacional branca, como o Rio Grande do Sul, os índices de esterilização ficam abaixo da média nacional.

Estes dados devem ser levados em consideração quando paramos para analisar a situação de saúde das mulheres brasileiras e o processo de construção e implementação das políticas públicas sociais.

Assim, a discussão que está posta no documento é que as mulheres estão tendo seus direitos violados quando a esterilização é apresentada como primeiro e único método contraceptivo, o que aponta para um controle forçado da natalidade. Existe uma ausência de informação quanto ao processo reprodutivo e métodos contraceptivos que forçam as mulheres a optarem por esta intervenção, sem levar em consideração o caráter irreversível do procedimento cirúrgico. “Mas é impossível continuar com os abortos provocados, as pílulas que fazem doer a cabeça, a rejeição do uso da camisinha pelo marido. São problemas para reflexão. [...] porque traz à tona a subordinação de classe, de raça, e dos sexos” (Brasil, 1993, p.85). Outro dado importante é que em muitos casos as mulheres se arrependem do procedimento cirúrgico e que a maior parte da população feminina que passa por este procedimento é negra, “o que revela o caráter racista da esterilização” (Brasil, 1993, p.11). E, como o processo informacional é falho de forma proposital.

Vale demarcar neste processo que além de uma questão racista, tem também uma questão de gênero explicitada nas denúncias dos movimentos sociais populares.

A sociedade civil organizada (movimentos populares, sindicatos, partidos políticos) vem denunciando a exigência de atestado de esterilização para admissão de mulheres no mercado de trabalho, desrespeitando a Constituição Federal, que proíbe a discriminação em razão do sexo. Fere também a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, ratificada pelo Brasil. (Brasil, 1993, p. 11).

De acordo com Jurema Werneck, desde o início da década de 1990, o Centro de Estudos da População Marginalizada/RJ (CEAP) já vinha denunciando a esterilização em massa onde o controle da natalidade carregava consigo a colaboração no genocídio da população negra. A “mulher negra, pobre, favelada, que está sendo esterilizada, tem buscado desesperadamente, uma solução para seu problema individual” (Brasil, 1993, p. 86), sendo que este é um problema coletivo e estrutural, que não se

resolverá no âmbito privado. Nas palavras de Jurema Werneck, “a esterilização em massa não é fato do passado e sim do presente” (Brasil, 1993, p. 87). E esta frase embora tenha sido enunciada na década de 1990, ela ainda é muito atual. Segundo Werneck:

Havia uma discordância dentro do movimento de mulheres: feministas brancas liberais acreditavam que a esterilização era um avanço para a realização do direito de não ter filhos. No entanto, minha vivência como médica e ativista e depois os dados coletados durante a Campanha demonstraram que a esterilização estava sendo usada como ferramenta de controle da natalidade de mulheres negras e indígenas, de modo a reduzir a população negra (Jurema Werneck).

Para corroborar as afirmações de esterilizações forçadas no relatório da CPMI, a arquiteta Sônia Beltrão relata que ao ser internada no Hospital Maternidade Praça XV e se submeter a uma cesariana para o nascimento de seu quarto filho, ficou sabendo diante dos comentários entre o médico e os residentes que foi submetida a uma laqueadura, sem sua permissão. Através da consulta em seu prontuário médico, a suspeita foi confirmada, o que gerou mobilizações em favor da usuária por parte das profissionais de enfermagem, e, por outro lado, revolta e indignação por parte dos médicos quando ficaram sabendo que a usuária iria denunciar a esterilização forçada. “Para justificar o ato, o médico operador veio falar com ela e acabou perdendo a paciência querendo impedir que ela prosseguisse em sua denúncia” (Brasil, 1993, p. 110). A depoente destaca que no prontuário a justificativa para tal era “problema de saúde”, no entanto a arquiteta explicita que não possuía nenhum problema de saúde que justificasse a intervenção. Ela estava bem e amamentando outros bebês prematuros.

Uma moça que também tinha tido filho e que também tinha sido esterilizada à sua revelia veio conversar com ela. Apavorada com o que tinha descoberto. O que ela tinha em comum com a depoente era o número de filhos. [...] A Maternidade Praça atende pessoas provenientes de uma população de baixa renda, sendo, portanto, uma maternidade pública. No depoimento durante o inquérito instaurado, disseram-lhe que não poderiam saber que ela era uma arquiteta. Deduziu que, se o soubessem, não teriam ligado suas trompas. [...] se seu caso não houvesse acontecido, ela iria sair sem saber como devem ter saído de lá muitas outras mulheres, ignorando o que lhes fora feito. (Brasil, 1993, p. 111).

O caso narrado ocorreu em 1985 e após o Hospital julgar não ser competente para decidir sobre o caso, a situação foi passada para o CREMERJ, que em 1988 aplicou a penalidade de suspensão por um mês ao médico envolvido na situação. A depoente declara acreditar que a questão corporativa foi decisiva no rebaixamento da pena. A realidade é que ela queria que o caso fosse usado como exemplo para outros médicos, e a penalidade aplicada seria como uma “permissão” para que os abusos e violências continuassem acontecendo. O que ficou claro era o controle da natalidade da população de baixa renda do Rio de Janeiro. Além disso, “outro aspecto que comprova esta suposição corporativa é o fato de o documento do hospital [...] aparecer assinado por dois outros médicos afirmando ter estado na sala de cirurgia” (Brasil, 1993, p. 112). O que não foi confirmado pela depoente. Essas práticas apontam para a violência obstétrica e violência de gênero que as mulheres estavam/estão expostas.

Diante destas questões apresentadas, justifica-se a criação de uma Comissão especial para tratar dos casos de violações dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Podemos destacar que o recorte racial, de gênero e de classe é um dos pontos centrais da CPMI, resultado das lutas políticas antirracistas do Movimento Negro, como também do Movimento Feminista. Essa mobilização demarca a existência de uma disparidade entre o projeto de planejamento familiar e o controle de natalidade, que fere os Direitos Humanos.

Relativamente a controvérsia planejamento familiar versus controle da natalidade, observou que o movimento de mulheres havia chegado a uma compreensão que fugiu um pouco dessa polarização, que é a concepção de direitos reprodutivos. O controle da natalidade se choca com o direito das pessoas, ferindo o direito elementar da cidadania. (Brasil, 1993, p. 67).

Para explicitar o caráter racista nas campanhas de contracepção, o CPMI demarca a inauguração do Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH) em 1986, liderada pelo médico e pesquisador Dr. Elsimar Coutinho. São campanhas de controle da natalidade, divulgadas em outdoors espalhados no Estado da Bahia “com fotos de crianças e mulheres negras, com a frase ‘defeito de fabricação” (Brasil, 1993, p. 49). As denúncias destas campanhas de controle de natalidade tendo por alvo a esterilização em massa de mulheres negras não ocorreram apenas no Brasil.

Nos Estados Unidos esse controle equiparava ao genocídio, com promoção da supremacia branca. Como destaca Ângela Davis (2016, p. 205), “essas campanhas se basearam em premissas flagrantemente racistas”.

Este genocídio anunciado sob título de controle de natalidade diante da preocupação com crescimento da população mundial aponta para os países “em desenvolvimento”, o que incluía o Brasil, sob a falsa tese de combate à miséria. São países que mais cresceram populacionalmente e de maioria não branca. As ações tinham por base o Relatório Kissinger, com teor de alarme acerca de ameaça à segurança nacional dos EUA, o que justificaria as ações controlistas em países subdesenvolvidos. O Relatório Kissinger foi criado em 1974. Esse projeto passa a ser posto em prática por intervenção de instituições não governamentais, com investimentos milionários e apoio de instituições e universidades.

A premissa de que o controle da natalidade serviria como mecanismo para a diminuição do índice de pobreza no país não se confirmou. O relatório da CPMI demarca que “apesar da queda frequente nas taxas de fecundidade e de aumento demográfico, não se vê sinal de melhoria de condições de vida da população brasileira” (Brasil, 1993, p. 48). Ademais, o relatório traz a denúncia da intervenção dos Estados Unidos no processo de esterilização das mulheres latino-americanas com o intuito de manutenção do monopólio dos países desenvolvidos.

Destaca-se, neste contexto, que a Fundação Rockefeller sempre esteve envolvida com a eugenia nos Estados Unidos e na promoção do controle da natalidade no mundo inteiro. No Brasil, realizaram pesquisas de aperfeiçoamento de métodos contraceptivos, dentre eles o Norplant (testado tanto na Índia como no Brasil) e o DIU de cobre. Os testes tinham por base as orientações do Médico Elsimar Coutinho, envolvido na disseminação de esterilização de mulheres, em especial das classes menos abastadas, e sem nenhuma regulamentação. No caso do Norplant, por exemplo, muitas denúncias foram realizadas, destacando os efeitos colaterais, como a cefaleia. A luta pela retirada das cápsulas também era uma demanda das mulheres, porém sem êxito. A BEMFAM foi uma das instituições que recebeu subsídios internacionais para controle da fecundidade no Brasil, como veremos posteriormente. E as ações começaram a dar resultados:

A taxa de fecundidade no Brasil, que em 1986 era de 3,5 filhos por mulher, caiu para 2,5 em 1991. No Nordeste, a estimativa da Bemfam é de 3,7 em 1991. A importância deste dado pode ser avaliada sabendo-se que em 1970 a taxa de fecundidade era de 7,5, em 1980, 6,1 e de 5 filhos por mulher em 1984. Sabendo-se que 71% da população do Nordeste é negra, este dado significa que houve uma redução substancial na taxa de fecundidade da população negra no Nordeste. (Roland, 1995, p. 510).

O relatório da CPMI salienta que na década de 1980 e 1990 foram investidos milhões de dólares no Brasil, com recursos transferidos por intermédio de organizações como a Agência Nacional de Desenvolvimento (AID) e Organismos da ONU (OMS, OPS, UNICEF, FAO, Banco Mundial etc.) (Brasil, 1993, p.52). No Brasil, uma das empresas que se destacou com recursos internacionais foi a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). As ações eram destinadas a:

Programas de população sob denominações de: cuidados de saúde integral da mulher e da criança; regulação da fertilidade, pesquisa relacionada a área de saúde materno-infantil; treinamento de pessoal, criação de programa de doutorado em população e pesquisa demográfica, ensino de pesquisa de população e educação sexual [...] financiamento de programas de anticoncepcivo, realização de seminário para médicos de todos os países sobre os aspectos científicos, médicos e biológicos de planejamento familiar; realização de estudos sobre a legislação que regula a disponibilidade de serviços anticonceptivos de realização de aborto e esterilização e informação especial e de campanhas para jovens. (Brasil, 1993, p. 52-53).

A BEMFAM foi fundada em 1965, no Rio de Janeiro, no período de emergência do debate acerca das práticas de controle da natalidade. Esse processo contou com apoio de médicos obstetras da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). As ações eram centradas no: “[...] treinamento de pessoal médico e paramédico, esterilização, distribuição de contraceptivos, cursos de educação sexual e execução de práticas de contracepção em suas unidades [...]” (Brasil, 1993, p. 58).

Embora estas ações contidas no Relatório da CPMI tenham sido demarcadas como uma estratégia para diminuição de uma população específica, ou seja, a população negra e pobre, explícita nas falas das feministas, das parlamentares, de especialistas do campo da saúde e nos discursos das mulheres negras, diversas articulações tentava camuflar esse

fato. No entanto, de acordo com Roland (1995), os dados podem ser observados na diminuição considerável da população nas décadas de 1980/1990 na região nordeste, que é majoritariamente negra. Essa estratégia pode ser caracterizada como eugenia negativa, que visa a redução de população “indesejáveis”, como aponta Werneck (2004). Nesta mesma direção, a autora demarca a eugenia positiva é:

[...] uma vertente da eugenia que se propõe a realizar o melhoramento das espécies através do estímulo à reprodução daqueles grupos considerados superiores ou melhores. [...] Condições facilitadas de vida, trabalho e procriação eram colocadas à disposição de brancos em diferentes países em diferentes partes do mundo. (Werneck, 2004, p. 4).

As denúncias de racismo perpassam todo documento da CPMI. Segundo Dom Luciano, “Um país que tem uma população relativa de 16 habitantes por quilômetro quadrado não deveria estar pensando em controle de natalidade, mas o faz porque tem naqueles que promovem as esterilizações uma intenção genocida, dentro de uma perspectiva racista” (Brasil, 1993, p. 94).

O documento traz diversos questionamentos acerca da esterilização em massa. No entanto, a questão do recorte racial foi questionada com firmeza pelos parlamentares. Werneck (2023) destaca que o não reconhecimento do critério raça central na discussão foi uma derrota. Segundo Luiza Bairros, coordenadora Nacional do Movimento Negro Unificado: “[...] a população negra nunca foi corretamente quantificada. O censo de 1970 excluía o quesito cor, alegando que esse dado poderia quebrar a unidade do povo brasileiro. Em 1980, o quesito cor retornou ao Censo Demográfico, produto da luta dos movimentos negros” (Brasil, 1993, p. 92). Questionada pelo Deputado Carlos Patrocínio “se não seria mais ético se o recenseamento deixasse de lado a coloração da pele das pessoas” (Brasil, 1993, p. 93), Bairros replica que a retirada deste quesito na análise do relatório é uma violação da ética.

Conforme a PNSIPN o não preenchimento do quesito raça/cor nas unidades de saúde tem dificultado uma análise mais aprofundada das desigualdades que atingem a saúde da mulher negra, e as ausências de dados dificultam maior investimento nessa área.

Diante das reflexões, o relatório final da CPMI aponta em suas conclusões que não havia uma política voltada especificamente para atenção à saúde da mulher, e que havia interesses internacionais no controle demográfico, não existiam critérios claros para as esterilizações, a tese levantada pelo Movimento Negro de que as esterilizações tinham uma questão da raça foi refutada.

Destarte, a denúncia de maior incidência de esterilização em mulheres negras foi rejeitada e descartada a possibilidade de o abuso de esterilizações ser caracterizado como crime de genocídio. Essa questão ainda está muito presente nos debates dos movimentos que denunciam que o não preenchimento do quesito raça/cor nos relatórios e prontuários dificultam a construção e implementação de políticas específicas para a população negra.

Em pesquisa realizada com a médica Jurema Werneck, ao ser perguntada a respeito de “Qual foi o principal objetivo da CPMI. Ele foi alcançado? ”, a médica responde que:

O principal objetivo da Campanha Nacional, que deu origem à CPMI, era parar a esterilização em massa e garantir os direitos reprodutivos das mulheres negras e indígenas. Além de denunciar e visibilizar a esterilização em massa que ocorria no país, seu propósito racista e eugenista e apontar seus principais atores. A esterilização em massa não foi interrompida. Os direitos reprodutivos das mulheres negras e indígenas não estão garantidos. E a visibilização do fenômeno e de seus principais autores/atores não suscitou a repulsa necessária.

Um dos desafios postos na atualidade é a implementação da PNSIPN nos Estados e municípios. A não implementação encontra entraves na falta de interesse e até mesmo desconhecimento por parte dos gestores públicos. Acrescenta-se aos desafios a necessidade de implementação de comissões técnicas de saúde da população negra rural e, principalmente, o racismo institucional (RI) enraizado em nossa sociedade. Jurema Werneck (2016, p. 546) salienta que “Uma das contribuições fundamentais para a eliminação das disparidades raciais em saúde e para a promoção da saúde das mulheres negras refere-se à eliminação do RI [...]”. Concordamos com Werneck quando explicita que:

Além de reconhecer a determinação legal estabelecida por meio de diferentes instrumentos, é preciso reconhecer que a qualificação de

gestores e profissionais, além de usuários e população em geral, é fundamental para a produção de mudanças consistentes na cultura institucional. Essas mudanças devem ser capazes de alterar as formas de atuação cotidiana tanto quanto os processos de planejamento, monitoramento e avaliação, e de envolver ações em três diferentes níveis ou oportunidades, que são: acesso e utilização; processos institucionais internos; resultados das ações e políticas públicas. (Werneck, 2016, p. 549).

Nesta direção, precisamos adotar medidas e práticas capazes de articular os objetivos institucionais com as demandas das mulheres negras, dependendo esforços na eliminação do racismo institucional, na pactuação de metas que apontem para um atendimento de qualidade e de forma equânime.

Em síntese, apesar de algumas lacunas existentes, esta CPMI significou um grande avanço em relação a explicitação das demandas da atenção integral à saúde da mulher, para além do período gravídico – puerperal. A criação da lei de Planejamento Familiar nº 9263, criada em janeiro de 1996, durante o governo de Fernando Henrique, foi outro avanço. A lei estabelece que o procedimento cirúrgico de esterilização apenas poderá ser realizado em mulheres e homens a partir de vinte cinco anos de idade ou com dois filhos, no mínimo; nos casos que ofereçam risco à vida ou saúde da mulher, dentre outras situações. Todas essas medidas foram tomadas com intuito de desencorajar a esterilização precoce.

Ademais, a lei traz uma questão polêmica do ponto de vista feminista, que é a permissão do cônjuge para a realização do processo cirúrgico de esterilização tanto para homens quanto para mulheres. A lei demarca que no caso das pessoas casadas “a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges” (Art.10, § 5º). Além das garantias, estabeleceu punições para quem descumprisse o disposto.

Diante das argumentações tecidas, explicitamos que uma das principais protagonistas, Jurema Werneck, desse movimento salienta que:

A questão da esterilização em massa era algo maior do que o termo ‘violência obstétrica’ abarca. Tratava-se de uma ferramenta geopolítica em curso e que atingiu vários países, atacando mulheres negras, indígenas e de castas inferiores. Tratava-se também de uma iniciativa eugenista, muitas décadas após a derrota do nazismo na Alemanha. Tratava-se de uma das formas como o racismo demonstra seu viés patriarcal e misógino.

Compreendemos que a esterilização forçada é um tipo de violência obstétrica e que abarca o viés interseccional das opressões. Reconhecemos que a CPMI abriu um campo de debate e reconhecimento da identidade das mulheres negras, pondo as discussões na esfera governamental e parlamentar, imprimindo maior visibilidade ao feminismo negro. Essas iniciativas contribuíram significativamente para a construção de uma agenda e debate acerca das demandas da população negra nos anos 2000.

A CPMI contribuiu para explicitar as violências que as mulheres vêm sofrendo ao longo do processo histórico, violências estas conhecidas na atualidade como violência obstétrica. A CPMI desvela o processo interseccional das opressões, existente nas esterilizações em massa, evidenciando a relação de gênero envolvida, o caráter racista e o recorte de classe. Essa iniciativa, serviu como base de denúncia, o que possibilitou a articulação com outras lutas, e proporcionou a criação de mecanismos de proteção e prevenção de violências contra as mulheres no período de pré-parto, parto e pós-parto. Isto apresenta nos anos 2000 novos avanços, limites e desafios a serem enfrentados, dado a lógica neoliberal implantada no Brasil, o que representa fortes ataques e desestruturação das políticas públicas sociais, e sabemos que em momentos de crises ou ajuste fiscal, os direitos das “minorias” estão sob ataques.

4 AVANÇOS E DESAFIOS ACERCA DOS DIREITOS DAS MULHERES EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - ANALISANDO OS ANOS 2000-2022

Como já vimos refletindo ao longo da pesquisa, os questionamentos acerca da assistência obstétrica, tidas como violentas, vêm sendo feitos desde o início da década de 1980, no entanto, observa-se que é a partir dos anos 2000 que tais questionamentos tomam dimensões políticas e sociais mais explícitas. Invadem as esferas do debate público, adensando as lutas por atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e pelos direitos sexuais e reprodutivos.

Assim, neste capítulo, refletiremos acerca do contexto dos anos 2000 a 2022, no que concerne a assistência à gestante e parturiente, explicitando os mecanismos legais de proteção a esse grupo, revisitando as conferências e planos de políticas para mulheres e a leis que versam sobre tema, as formas de denúncias, ou seja, os marcos legais de enfrentamento da violência obstétrica no Estado no Rio de Janeiro.

4.1 O CONTEXTO DOS ANOS 2000-2022

O segundo período demarcado desta pesquisa são os anos 2000, que foram marcados pela chegada dos Partidos dos Trabalhadores (PT) na Presidência da República, em 2002. Vale destacar que no governo de Luís Inácio Lula da Silva, em seus dois mandatos, em 2003 e 2010, diversos mecanismos de garantia dos direitos das mulheres foram criados. Dentre eles destacamos: realização, em 2004, da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM); criação do Fórum Social Mundial e a instauração da Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto, em 2008; criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e da Secretaria Nacional de Promoção de Políticas da Igualdade Racial; e a promulgação de leis como a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), que visa prevenir e combater todas as formas de violência contra as mulheres. Destaca-se, também, que esses mecanismos propiciaram maior articulação entre as demandas das mulheres e avanços nas esferas públicas.

As décadas de 1980 e 1990 foram palco de diversas mobilizações dos movimentos que trouxeram grande avanço nas discussões a respeito da saúde da mulher e a positivação dos direitos destas. No entanto, a década de 1990 foi um período de grandes ataques aos direitos conquistados na Constituição Federal de 1988, o que impôs inflexões nas Políticas Sociais, contribuindo para a desestruturação de uma proteção social ainda em construção. O desfinanciamento para a implementação das políticas sociais contribuiu para que os princípios da Seguridade Social sofressem profundos atrasos.

Para Berhing (2008), ao evidenciar as particularidades brasileiras no processo de Contrarreforma do Estado Brasileiro, alguns elementos se destacam nessa conjuntura, como o autoritarismo no Estado e na sociedade, o patrimonialismo, a privatização da coisa pública, inculcando na sociedade tutela, e a política do favor. Esse cenário trouxe novos tempos de lutas em relação a garantia dos direitos das mulheres, tidas como minorias, onde os ataques foram intensos, diante do avanço do neoconservadorismo.

Nos anos 2000 essas lutas continuaram e foram agregados novos mecanismos de luta e resistência. E embora reconhecemos que o PAISM (1983) representou um marco na atenção à saúde da mulher, em 2003, emergem diversas mobilizações denunciando as lacunas existentes no PAISM, pois não contemplavam as demandas das mulheres negras rurais, deficientes, presidiárias e lésbicas, e uma atenção especial aos direitos sexuais e reprodutivos, para além do planejamento familiar como responsabilidade das mulheres. Assim, em 2004, criou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em resposta às demandas por uma política interseccional (Brasil, 2004).

A política representou um avanço significativo para as lutas das mulheres, que passou a englobar ações educativas, preventivas, incluindo assistência no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, câncer de colo de útero e de mama e explicitar as demandas das mulheres negras. A PNAISM foi criada para consolidar os avanços trazidos pelo PAISM, ampliando as ações acerca da saúde da mulher e a incorporação de questões dos direitos sexuais e reprodutivos (Brasil, 2004).

Neste contexto de garantia dos direitos das mulheres negras e explicitação dessas especificidades em documentos oficiais, a Política Nacional

de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é considerada marco na atenção à saúde a esta população. A Política foi aprovada em 2006 e promulgada em 2009, com objetivo de inserir a questão racial no processo de formulação de políticas no âmbito do SUS. Em relação à saúde da mulher negra, a política dá ênfase ao no período gestacional e mortalidade materna, explicitando mais uma vez ser este o principal foco em relação à saúde da mulher. São diretrizes que destacam a necessidade de pensar a saúde da população negra, e não apenas da mulher. E neste contexto que Carneiro (2003) aponta a necessidade de feminizar as demandas do Movimento Negro, personagem importante nas conquistas dessa população. Da mesma forma, a perspectiva interseccional permanece ausente da PNSIPN que:

Visa à inclusão do tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual com destaque para as interseções com a saúde da população negra. Embora a PNSIPN aponte questões de gênero e raça, não conceitua gênero e utiliza uma classificação “universal”, onde a palavra negra relaciona-se a homem e mulher. A PNSIPN não agrega o termo interseccionalidade. (Delfino, 2019, p. 61).

Vale destacar dois casos que trouxeram grande repercussão nos anos 2000, na mídia e diversas redes sociais no Brasil. O primeiro foi o caso da Alyne Pimentel, mulher negra de 28 anos, moradora de Belford Roxo, no Estado do Rio de Janeiro, grávida de seis meses. Em 2002, com dores abdominais, Alyne procurou a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, unidade conveniada ao SUS. Sem a realização de qualquer exame, a gestante foi liberada com uma consulta marcada para realizar exame de sangue e urina posteriormente. Diante do aumento das dores abdominais, a usuária retornou à unidade, acompanhada de sua mãe, antes da data marcada. Após a consulta foi detectado morte fetal, onde o parto induzido foi realizado para retirado do feto, porém o procedimento não foi bem-sucedido.

Diante da incapacidade da Casa de Saúde em lidar com o caso que se agravava, foi solicitado a transferência da usuária, no entanto o Hospital Geral de Nova Iguaçu se recusou em disponibilizar a única ambulância que possuía para transportar Alyne. Após esperar cerca de oitos horas, a usuária foi transferida para uma unidade de saúde pública, mas sem os registros médicos, informando o que tinha acontecido na Casa de Saúde Nossa Senhora da

Glória. Alyne faleceu tempos depois no Hospital de Nova Iguaçu. “Ao chegar à Casa de Saúde, a mãe de Alyne Pimentel foi informada pelos médicos que o feto já estava morto há dias e que esse fato havia causado a morte da paciente” (Catoia *et al.*, 2020, p.5). Esse processo demonstra uma série de violações de direitos que ocasionou a morte da usuária – eventos que poderiam ser controlados.

Em 2008 a mãe de Alyne, Maria de Lourdes da Silva Pimentel, entrou com uma ação contra o Estado, apoiada pela organização não governamental internacional Center for Reproductive Rights (Centro de Direitos Reprodutivos) e pela organização não governamental nacional Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos (Rio de Janeiro). A fundamentação da denúncia foi com base na Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, alegando que o Brasil descumpriu o Art. 2º, diante da não prestação de atendimento médico de qualidade, o que dá base para violência estrutural e discriminatória que atinge principalmente as mulheres negras (Catoia *et al.*, 2020). Em 2011 o Comitê sobre a eliminação de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, sigla em inglês) condenou o Estado brasileiro pela morte da Alyne, concluindo que a usuária foi discriminada por sua condição de mulher negra e pobre.

O segundo caso emblemático foi o da Adelir Góes, em 2014, mulher cigana de 29 anos. No último mês de gestação, a gestante começou a sentir dores abdominais e foi orientada a se dirigir ao hospital mais próximo de sua residência. A usuária foi desrespeitada em relação a sua preferência em ter um parto no seu tempo e de sua filha. Com medo de ter seu parto induzido, se recusava ir ao hospital local. Diante da recusa da gestante em induzir o parto, o Hospital Nossa Senhora dos Navegantes acionou o Ministério Público para realizar o parto cesárea, afirmando haver risco para a mãe e o bebê. Sob ameaças de ser preso, o marido de Adelir não conseguiu impedir que os policiais a levassem. Mesmo após a usuária e sua Dola terem pedido para levá-la a um Hospital de sua confiança, o pedido foi desconsiderado. Assim, a cesárea forçada foi realizada. Após o acontecido, Adelir declarou em um jornal do G1 do Rio Grande do Sul, em 2014, que iria processar o Hospital. Em sua declaração explícita que “sem querer levantei a bandeira e agora vou ajudar a crescer esses grupos de parto humanizado [...]. Eles agem muito com amor,

amor à saúde e à mulher. Eu não era ativista, mas agora estou pensando em ser, pelo que eu passei” (Truda, 2014 *apud* Oliveira, 2019, p. 17). Esse caso teve grande repercussão e mobilização na mídia, principalmente com o movimento virtual #somostodasadelir, com repercussão internacional. Essas reflexões demarcam bem o campo de violações de direitos e a resistência por parte das mulheres.

Nesse período, os ataques aos movimentos feministas não faltaram. Destacamos a votação do PL 5.069/2013, do então Deputado Eduardo Cunha (PMDB/RJ), para dificultar o acesso ao aborto legal, o que demandou maior articulação das feministas que foram às ruas. Movimentos este conhecido como, como afirmamos na introdução desta tese, “Primavera Feminista”. Data também deste momento, a aprovação da Lei do feminicídio (Lei nº 13.104/2015) e da Importunação Sexual (Lei nº 13.718/2018). Mas como enfatizamos na introdução, não se pode esquecer da “política antigênero” que resultou em diversos ataques misóginos a Presidenta Dilma e seu impeachment, em 2016; do assassinato da vereadora Marielle Franco, em 2018, que até hoje aguardamos o desfecho final; e a eleição do Presidente da República, Jair Bolsonaro, o que acende um alerta para os movimentos feministas.

Nesta direção, a luta acerca do tema violência obstétrica se reatualiza e novos mecanismos de denúncias e violações dos direitos das gestantes e parturientes emergem. Assim, destacamos alguns documentos para a análise desse período.

Destaca-se a análise do Projeto de Lei nº 1679/2019, de autoria da Deputada Estadual Martha Rocha, que dispõe sobre a instituição de um programa de combate ao racismo na gravidez no Rio de Janeiro e o Despacho DAPES/SAS/MS-2019, que dispõe sobre a proibição do termo violência obstétrica.

Ainda temos muito a fazer. E, em 2023, um novo cenário começa a ser desenhado, Luiz Inácio volta à Presidência da República, com projeto de reestruturar os planos em prol das “minorias”. Ainda estamos no início dessa nova era, mas esperamos novos horizontes, novos projetos e a reafirmação dos direitos já conquistados.

4.1.1 RECONFIGURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À GESTANTE E PARTURIENTE NOS ANOS 2000

As recomendações da Organização Mundial de Saúde trouxeram grande impacto para o Brasil e serviram como base para a elaboração das políticas sobre o parto no âmbito do Ministério da Saúde e bandeira para os movimentos sociais que lutaram/lutam pela humanização.

A realidade das violações dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres é uma situação denunciada desde os anos de 1980/1990 e quase 30 anos depois movimentos populares e organizações de mulheres trazem denúncias semelhantes de violações de direitos, descumprimentos de legislações, onde a judicialização passa ser uma opção à garantia de direitos.

Nesta direção, o trabalho da Rede Parto do Princípio³⁶ foi um importante mecanismo na defesa dos direitos das mulheres e na busca por uma maternidade ativa. A rede passa a denunciar os altos índices de cesáreas, principalmente em unidades de saúde particulares. A cesárea passa a ser vista pelos médicos como espaço privilegiado de atuação, onde o obstetra faz o seu momento (Nakano *et al.*, 2017).

Neste contexto, a utilização da cesariana na rede de saúde suplementar sem critérios claramente definidos colabora para a transformação do parto como objeto de consumo, para o planejamento de férias sem interrupção para se livrar de ações judiciais que poderiam gerar um parto normal mal assistido. O documento afirma que essas práticas beiram o perverso. Essas falsas justificativas geram a realização de cirurgias desnecessárias. Isso pode gerar complicações a longo prazo, maior prematuridade, dificuldade com amamentação, dentre outras situações que impactam diretamente a vida da mulher e da criança. Ademais, o documento ressalta que a maior adesão ao parto cesariana não ocasionou a diminuição dos casos de mortalidade materna, o que desmistifica o argumento de que a cesárea seria um método mais seguro do que o parto vaginal.

³⁶ “A Parto do Princípio é uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela promoção da autonomia das mulheres, tendo como principal eixo de atuação a defesa e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, em especial no que se refere à maternidade consciente.” Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/sobre>. Acesso em: 02 out. 2023.

Outra experiência a ser destacada é a Rede Cegonha. Tendo como base estruturante a Política Nacional de Humanização (PNH), a Rede Cegonha passa ser operacionalizada no âmbito do SUS, visando garantir atenção humanizada no período de pré-natal, parto, puerpério e atenção infantil até 24 meses, além da atenção aos direitos sexuais, reprodutivos e abortamento.

Vale ressaltar que a Política Nacional de Humanização, também conhecida como Humaniza SUS, foi criada em 2003, pelo Ministério da Saúde, tendo por base os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e tem como função modificar o cotidiano das ações nos serviços de saúde. Regida por três princípios básicos: o princípio da transversalidade, da indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo e a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos, a PNH é uma política do SUS.

O princípio de transversalidade preconiza que o Humaniza SUS deve perpassar todas as políticas e programas criados no âmbito de Sistema Único de Saúde, visando romper com o isolamento e as relações hierarquizadas das ações e práticas nos atendimentos (Brasil, 2004).

Segundo Martins (2010), o “movimento de humanização” surge tendo por base os hospitais, com seu modelo assistencial brasileiro. A humanização como atenção à saúde emerge a partir da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2000, embora ainda se apresentasse frágil diante dos modelos consolidados de atenção à saúde, modelo curativo e assistencialista.

O conceito de humanização “é amplo e pode contemplar diversos significados mas, [...] envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal” (Brasil, 2013, p. 09). A Rede vai de encontro a lógica hegemônica de altos índices de cesarianas, medicalização do parto, abortos inseguros e altas taxas de mortalidade materna, e aponta para procedimentos que respeitam a autonomia/protagonismo da mulher, com consentimentos esclarecidos. No entanto, esse processo encontra entraves no modelo hospitalar de organização, que põe o poder/saber médico no centro das ações, que hierarquiza profissionais e retira a autonomia e subjetividades que envolvem as demandas das mulheres.

Por intermédio da Rede Cegonha houve significativa ampliação de capacitações voltadas para a política de saúde da mulher, dentre elas a formação voltada para a mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento, visando melhoria nos indicadores da saúde materna e neonatal, fortalecendo a articulação entre os profissionais e a reorganização dos serviços, apontando para a não hierarquização dos saberes.

O modelo obstetriconeonatal é ainda médico-hospitalocêntrico, nele cruzando-se uma complexa teia de saberes, interesses e poderes influenciando nas práticas institucionais. A abertura educacional para este debate parte do princípio de que não bastam cursos para resolver a insuficiência e despreparo técnico de profissionais, mas formar para interferir na (baixa) capacidade de análise-intervenção no trabalho, no horizonte de atuação multiprofissional, na organização e gestão dos processos e das práticas. A finalidade principal da formação-intervenção é ampliar a rede de sujeitos aptos para intervir nos modos de gerir e de cuidar. Propõe, assim, interferência no trabalho, nele e com ele articulando produção de conhecimento, práticas de atenção e de gestão, produção de saúde e de sujeitos de modo indissociável. Em sua compreensão, formar equivale a intervir na situação, sempre coletiva, do trabalho. (Poshe *et al.*, 2020, p. 80).

Essa argumentação nos mostra que a prevenção da violência começa na formação, no trabalho coletivo, onde o poder/saber é questionado e compartilhado. Segundo o “Guia para implementação da Rede Cegonha” (Brasil, 2011), a Rede institucionaliza, algo que já vem sendo discutido desde os anos de 1990, ou seja, um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que garanta uma assistência humanizada e qualificada, que proporcione uma experiência segura, livre e autônoma. A Rede propõe a melhoria na qualidade do atendimento tendo por diretrizes: o teste rápido de gravidez nos postos de saúde; o mínimo de seis consultas de pré-natal durante a gestação, com vinculação da gestante à unidade, bem como a concessão de vale-transporte ou vale-táxi até o local; a criação de centros de gestante e do bebê para a assistência à gravidez de alto risco; a criação do Samu Cegonha ao recém-nascido que necessite de transporte de emergência. Incluindo o direito de escolha de seu acompanhante no período de pré-parto, parto e puerpério.

Contudo, a ênfase da figura da mulher descrita como mãe na política gerou uma série de questionamentos das feministas, com centralidade no período gestacional explicita um retrocesso que impacta os trintas anos de lutas das mulheres pelo direito à saúde sexual e reprodutiva, no caminho da

emancipação feminina, como já vimos debatendo desde a década de 1980, com o PAISM, por exemplo.

Nesta direção, a figura da mulher que dá à luz camufla a mulher que deve ter seus direitos sexuais e reprodutivos garantidos, independentemente de sua escolha de gestar ou não. Assim, a crítica a Rede Cegonha vem dessa reprodução do papel social da mulher, onde o pensar em saúde da mulher é sinônimo de garantir os meios adequados de gerar e parir.

A crítica chama atenção para o fato de que deveríamos “esperar mais” de uma mulher presidenta, e que seu olhar deveria ser para além da reafirmação da mulher vinculada ao papel materno, destacando a “identidade de mulher hospedeira”. “[...] a iniciativa reitera a noção de que a saúde da mulher e a própria pessoa da mulher estariam orientadas para a maternidade, para a chamada *mulher-mala*, deixando de debater a liberdade de escolha da maternidade, e, assim, também a legalização ou descriminalização do aborto” (Santos; Pereira, 2011, p. 10).

Na visão da Rede Feminista de Saúde, o Ministério da Saúde deve retomar a proposta do PAISM, que já em 1983 denunciava que a melhoria da atenção à saúde da mulher não deveria se restringir à maternidade. É o retorno a concepção “de que as mulheres nasceram para serem mães, retomando, assim, a noção de maternidade-mandato, algo já tão debatido pelos movimentos feministas nas décadas de 1960, 1970 e 1980, no Brasil e no mundo” (Carneiro, 2013, p. 51).

Na contramão destas argumentações, estão às reflexões de Ceccim e Cavalcanti (2011), alegando que é fato inédito no Brasil a questão da maternidade tornar-se um direito a ser garantido, o que aponta para um “parto cidadão”. Ademais, chamam atenção para o fato de que é necessário discutir políticas públicas que visam a garantia de um parto seguro, acesso às maternidades, proteção no pós-parto que garanta a saúde da mulher e da criança.

Por fim, embora presente algumas lacunas, a Rede Cegonha possui pontos fortes e desafios a serem enfrentados para mudar o cenário da atenção ao parto e nascimento, para melhorar a atenção à saúde da mulher em idade fértil e das crianças até 2 anos de idade.

No entanto, indo na contramão do preconizado pela Rede, em 2022 o Ministério da Saúde publica a Portaria 715 de 04/04/2022, que cria a Rede Materna e Infantil (RAMI), o que em tese destituiu a Rede Cegonha, re-centralizando o protagonismo no médico, o que a ponta para ao retorno ou intensificação de antigas práticas no diz respeito à violência obstétrica, medicalização e comercialização do parto e a precarização dos direitos reprodutivos.

Diante das reflexões, a Rede nos apresenta um cenário onde destaca a importância do direito das mulheres ao acesso à saúde de qualidade e de forma autônoma; por outro lado, são destacados/problematizados seus limites e eficácia quando entra em cena o debate e discussões teóricas da pluralidade do que é ser mulher. O respeito à pluralidade da categoria mulher e as subjetividades que as atingem não podem invalidar a legítima luta das mulheres de vivenciar a maternidade sem violações de direito, nem tão pouco invalidar a luta pelos direitos sexuais e o direito sobre seu corpo. Como vimos demarcando a atenção integral à saúde da mulher deve considerar outros marcadores analíticos para além do sexo/corpo, incluindo o debate acerca da raça /etnia, orientação religiosa, dentre outros.

Neste contexto, diante das denúncias, mobilizações, manutenção do modelo de assistência ao parto no Brasil, a Rede Parto do princípio elabora, em 2012, o Dossiê “Violência Obstétrica’ – Parirás com dor”, para compor a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra as Mulheres, do Senado Federal, explicitando que, embora a assistência ao parto tenha adquirido caráter (quase) universal no Brasil, tendo em vista assistências as consultas de pré-natal, atenção ao planejamento familiar, isso por si só não é evidência da melhora nas condições de saúde da mulher, mantendo-se a elevação da taxa de mortalidade materna, falta de informação dos procedimentos, descumprimento da lei de acompanhante, culpabilização da mulher.

Vale destacar que Kondo e Werner (2013) afirmam que, embora as denúncias acerca da violência obstétrica datem de décadas anteriores, é apenas em 2001 que as investigações tiveram início, em decorrência da explicitação do problema e conhecimento do Comitê de América Latina e Caribe para a Defesa dos Direitos das Mulheres (CLADEM) e Instituto de

Gênero, Direito e Desenvolvimento (Insgenar), onde se deu o reconhecimento da violência obstétrica como caso de violação dos Direitos Humanos. Dentro desse contexto, as pesquisas apontam que as violações de direitos giram em torno da “vulnerabilidade do Direito a intimidade [...] exames massivos de seus corpos [...] Violação do direito à Informação e tomadas de decisões [...] prática sem prévia consulta das pacientes [...]. Tratamentos cruéis, desumanos e degradantes [...] insensibilidade à dor [...]” (Kondo; Werner, 2013, p. 140).

Retomando a análise acerca do dossiê “‘Violência Obstétrica’ – Parirás com dor”, o documento elenca uma classificação das modalidades de violência obstétrica no Brasil que abrangem o caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiática. O documento explicita que a episiotomia de rotina seria um exemplo das violências física, psicológica e sexual. Destaca ainda que esse processo cirúrgico como rotina não oferece benefícios para a mãe e o bebê. E, em 1985, o procedimento rotineiro foi proibido pela Organização Mundial de Saúde. O famoso “ponto do marido”, onde “durante a sutura, é realizado um ponto mais apertado, que tem a finalidade de deixar a vagina bem apertada para ‘preservar’ o prazer masculino nas relações sexuais, depois do parto”, pode gerar deformidades na vulva e vagina, provocando o “AVC Vulvar” (Brasil, 2012, p. 85). Essa apertada adicional está diretamente relacionada a dores na relação sexual, impossibilidade de penetração, neste último caso demandando novo procedimento cirúrgico para reparação. São violações dos direitos sexuais e reprodutivos, como também a violação da integridade corporal da mulher.

No tocante ao caráter institucional: são representadas por ações que visam retardar ou impedir ao acesso de seus direitos ou serviços, públicos ou privados, como nos casos de falta de atendimento nas instituições de saúde, impedimentos à amamentação, omissão, falta de fiscalização de agências reguladora, dentre outras.

O caráter material: diz respeito a ações que visam a apropriação de recursos financeiros em procedimentos reprodutivos, como nos casos de cobranças indevidas dos planos de saúde, indução de contratação de planos para garantia de ter um acompanhante, dentre outras “regalias”.

O caráter midiático: ações de profissionais por meios de comunicação visando convencer mulheres a adotarem práticas cientificamente

contraindicadas, como nos casos de apologia ao parto cesáreo, ridicularização do parto normal, incentivo ao desmame de forma precoce, dentre outras. Nesta direção, a violência obstétrica se apresenta como “apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde que se expressa em um trato desumanizado da medicalização e patologização dos processos naturais” (Parto do Princípio, 2012, p. 36).

Vale destacar que o dossiê aponta que existe uma importante distinção entre violência institucional e violência obstétrica. Tomar esses dois termos como sinônimos pode incorrer no:

Risco de considerarmos, exclusivamente, a violência obstétrica como um traço da violência institucional se dá pela manutenção do construto que perpetua o abuso das ações cometidas pelo profissional de saúde, não o considerando um responsável civil pelos seus atos. (...). Outro risco é o Estado continuar sendo condescendente para com a atuação negligente, imprudente e danosa do profissional de saúde, que encontra nas condições estruturais da instituição de atendimento as justificativas para os seus atos. (Parto do Princípio, 2012, p. 51-52).

No que se refere a violência obstétrica, o dossiê em questão conceitua como todos os atos “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” (Parto do Princípio, 2012, p. 60). No tocante à violência institucional, o uso indiscriminado do toque vaginal seria um exemplo desse tipo de violência obstétrica sofrida pelas mulheres. Esses procedimentos em muitos casos tornam-se um evento coletivo, que viola a integridade física e a privacidade das pacientes. A proibição de um acompanhante no período de pré-parto, parto e pós-parto também tem sido uma violação constante nas práticas institucionalizadas nas unidades de saúde. A violência institucional explicita as práticas culturais estereotipadas, que tem por base a discriminação de gênero, o que aponta para uma construção social e histórica opressora e violenta.

Outro ponto de destaque no documento é o acesso à informação. O direito à informação passa pelo respeito à autonomia da mulher, ao planejamento familiar, resguarda os valores éticos, morais e a individualidade e especificidades de cada uma, garantindo o controle sobre seus corpos que

envolve o momento de concepção ou não. Ademais, versa sobre o direito de como exercer sua sexualidade com liberdade e de forma esclarecida, respeitando o grau de instrução, faixa etária e o contexto cultural que influenciam na compreensão da informação prestada, para que posteriormente haja o consentimento informado de todas as ações.

No que diz respeito à assistência ao parto como uma forma de comércio, o dossiê assevera que “a mudança do olhar não viria das instituições acadêmicas, mas da organização civil fundamentada nos preceitos do feminismo, trazendo a emergência para as análises que considerem a mulher como principal sujeito” (Parto do Princípio, 2012, p. 13). Ademais, o dossiê ressalta a importância de fazer cumprir a legislação brasileira. Assim, “deve-se corrigir seus dispositivos de modo a não permitir interpretações que venham subtrair um direito que se pressupõe estar atribuído; criar novos dispositivos, assegurando que se cumpra na totalidade o que se preconiza nas campanhas governamentais de humanização” (Parto do Princípio, 2012, p. 52).

Como salientado anteriormente, o dossiê foi importante documento que serviu como base para as reflexões acerca da violência sofridas por gestantes e parturientes dentro da CPMI da Violência Contra as Mulheres, do Senado Federal. Destaca-se que o relatório final da CPMI, que tem por “finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência” (Brasil, 2013, p. 1). Vale ressaltar que a CPMI não visa investigar especificamente a violência obstétrica, mas a violência contra a mulher, em geral. O relatório final desta comissão elenca que dentre as violações dos direitos da mulher está o racismo e o sexismo que aprofundam as desigualdades. O racismo institucional “como a incapacidade coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado ou profissional às pessoas devido à sua cor, cultura ou origem étnica” (Brasil, 2013, p. 60), o que acentuam as violências sofridas pelas mulheres.

Em diversas reuniões da CPMI com os movimentos de mulheres, houve relatos de racismo institucional praticado contra mulheres indígenas e negras nas delegacias de polícia e no sistema de saúde. **A violência obstétrica é uma delas.** Embora esta seja uma realidade presente na vida das mulheres, às políticas públicas

específicas destinadas a enfrentar o racismo institucional ainda não foram absorvidas pela maioria dos serviços. (Brasil, 2013, p. 64).

O documento explicita que a violência obstétrica tem sido atravessada pelo racismo institucional e faz uma recomendação ao Ministério da Saúde para a intensificação de ações a prevenção e punição a violência obstétrica, com desenvolvimento de campanhas informativas acerca dos direitos das mulheres. “A violência obstétrica é um tipo de violência sutil e simbólica escondida dentro das instituições, razão pela qual é vista, na maioria das vezes, como rotina, e não como violência” (Brasil, 2013, p. 891). No tocante ao racismo, a CPMI (2013) explicita que, para vencer o racismo institucional e social, faz-se necessário a adoção de medidas rigorosas e políticas públicas de gênero, com caráter permanente, e que alcance as múltiplas dimensões das discriminações. Traçar estratégias que apontem para a superação do racismo e não a sua tolerância.

Dentre as propostas elencadas pelo dossiê e que passou a compor o relatório final da CPMI da violência contra a mulher estão as sugestões: telefone 180; denúncia de violência obstétrica; capacitação das atendentes; punições para os serviços públicos e privados caso haja descumprimento da “lei do acompanhante”, dentre outros.

A CPMI reconhece que as ações ainda são muito incipientes e recomenda junto ao Ministério de Saúde a intensificação das “ações junto aos estados para prevenir e punir a violência obstétrica e desenvolva campanhas para que as mulheres possam conhecer seus direitos e não aceitarem procedimentos que firam o direito a um procedimento médico adequado e não invasivo” (Brasil, 2013, p. 63). Ou seja, a responsabilidade deve ser compartilhada, pois esse processo demanda ações continuadas de um processo educativo/informativo de longo prazo.

Nesta direção, são diversas ações e lutas que vêm sendo travadas, chamando pela construção de mecanismos que garantam os direitos das mulheres em âmbito nacional, estadual/distrital e municipal.

4.2 MULHERES NA LUTA – REVISITANDO AS CONFERÊNCIAS E PLANOS DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES

As conferências são espaços democráticos de discussão e articulação coletivas. É um instrumento de participação social, com caráter deliberativo. São espaços que possibilitam o debate e formulação de proposições para elaboração de políticas públicas.

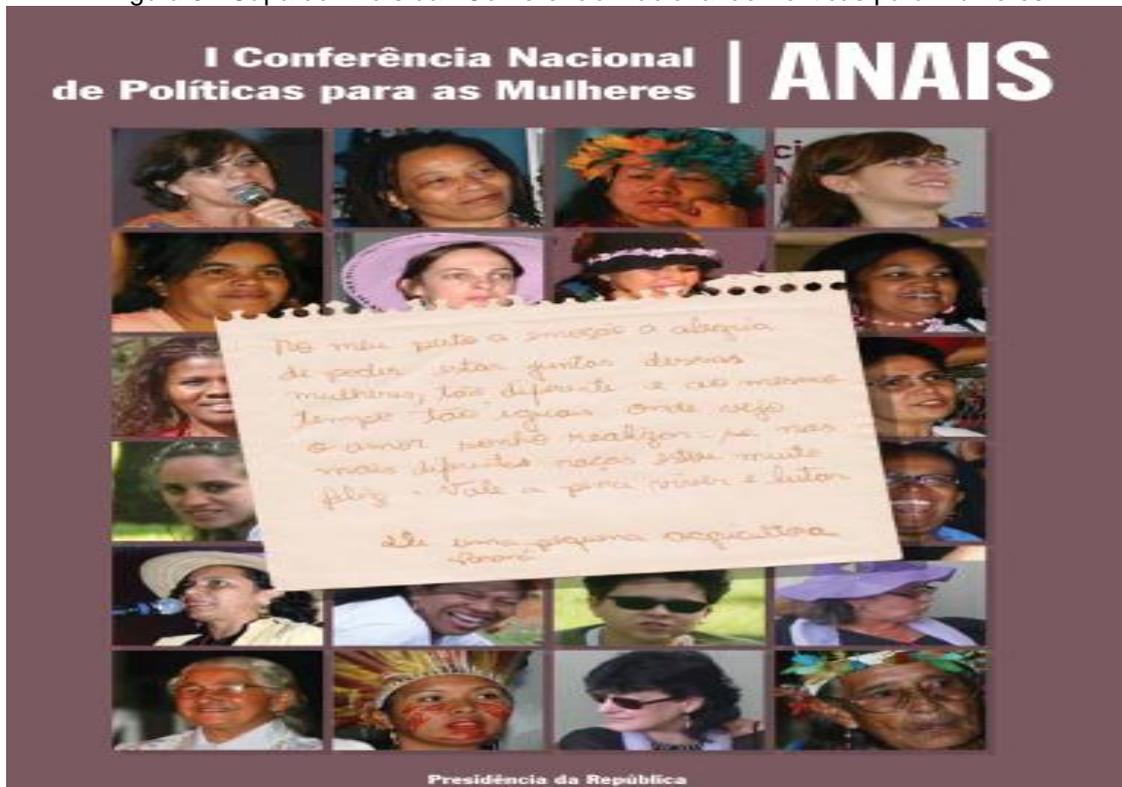
A criação da Secretaria Especial de Política para a Mulher (SEPM), em 2003, pelo Presidente Lula, foi um marco, um mecanismo institucional para pensar políticas públicas para as mulheres, com objetivo de promover a igualdade e atuar no combate da discriminação e estereótipos socialmente construídos. Nesse período houve a criação do Disque Mulher e em 2004 a convocação da Conferência Nacional de Política para as Mulheres, um marco na garantia e ampliação dos direitos. Em 2005, sob a direção da SPM, foi criado o Programa Pró-Equidade de Gênero e Raça, em parceria com a Secretaria de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). Essas articulações propiciaram a criação de mecanismos legais e programas que visavam a promoção e a garantia dos direitos das mulheres, pondo suas demandas na agenda governamental, sendo as Conferências Nacionais e Planos de Políticas para as Mulheres, importantes mecanismos para aprovação de diferentes programas. Como destaca Bandeira (2018):

[...] As conferências realizadas ofereceram a 'matéria-prima' à elaboração dos três Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, a saber: a 1º PNPM (2004-2007); 2º PNPM (2008-2012); 3º PNPM (2013-2015), períodos de desafios norteados pela implementação de políticas públicas e da ascensão da participação feminina nos espaços públicos, de visibilidade das mulheres em diversas instâncias de poder até então inabituais ao seu acesso [...]. (Bandeira, 2018, p. 81).

A I Conferência aconteceu em Brasília, entre os dias 15 a 17 de junho do ano de 2004. A Conferência teve grande adesão, com a participação de mais de 120 mil pessoas. A I CNPM antecederam as plenárias municipais e/ou regionais e as Conferências Estaduais. Assim, a conferência fortaleceu os movimentos locais, chamando a participação de municípios de diversos espaços. O sucesso das mobilizações para a conferência é resultado da redefinição dos interesses dos atores e atrizes; a criação da Secretaria de

Políticas para as Mulheres (SPM), que foi uma resposta às demandas das mulheres, que demarca um novo momento histórico no Brasil, uma forma de reforçar a agenda política frente ao Governo.

Figura 5 - Capa do Anais da I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres



Fonte: Anais da I Conferência Nacional de políticas para as mulheres (2004).

A I CNPM foi organizada em formatos de painéis temáticos, grupos de trabalho e plenária final. Um dos painéis intitulado “Análise da realidade brasileira, avaliando as políticas realizadas e os compromissos assumidos pelo Estado Brasileiro” contava com a participação Instituto da Mulher Negra – Geledés e Articulação de Mulheres Negras (AMN), sendo representada por Sueli Carneiro, dentre outras. Pitanguy, nos anais da I CNPM, explicita que as conferências:

Além de traçarem diretrizes e estabelecerem prioridades de ação política, são também uma ação pedagógica visando a sensibilização de interlocutores diversos para que incorporem a ideia de que os direitos das mulheres são direitos humanos e que, enquanto tal, devem ser respeitados em seu aspecto normativo e traduzidos em políticas públicas adequadas, de maneira que seja possível vivenciar no cotidiano direitos adquiridos no plano formal. (Brasil, 2004, p. 31).

A autora Pitanguy chama atenção para o fato de que os direitos das mulheres são conquistados de forma tardia e deficitária, principalmente no que tange os direitos políticos. “Apesar dos inegáveis avanços do movimento de mulheres o imaginário social brasileiro ainda é, em grande parte, marcado pela visão da mulher como uma cidadã de segunda categoria” (Brasil, 2004, p. 31). Esse estereótipo socialmente construído embarga muitos direitos das mulheres, onde as especificidades não são explicitadas no processo de elaboração de políticas públicas e invisibilizadas no processo de implementação.

A Conferência possibilitou a criação de diversas ações que apontavam para políticas estruturantes, abordando temáticas como saúde das mulheres, autonomia, igualdade no mercado de trabalho, direitos sexuais e reprodutivos, enfrentamento da violência contra mulher, dentre outros. Esse processo apontou para a criação do Primeiro Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, com objetivo de trazer redefinição das diretrizes para formulação de políticas públicas, pondo no centro das ações o respeito à diversidade, autonomia das mulheres, universalidade, participação e controle social, dentre outros eixos. No entanto, o documento da conferência explicita que:

Consolidar a igualdade de gênero e igualdade racial não depende só da vontade política de um governo, mas depende, sobretudo da construção de uma política de gênero no país, com atribuições claras e bem definidas para as três esferas de governo, ou seja, municípios, estados e união, bem como para os poderes legislativo e judiciário, dialogando e construindo a com os poderes constituídos, e com a sociedade civil como um todo, especialmente com os movimentos de mulheres e os movimentos feministas (BRASIL, 2004, p.9).

Esse esforço coletivo é essencial para o avanço e manutenção dos direitos das mulheres. Neste contexto, destaca-se que os problemas de saúde da mulher e as demandas pela plena efetivação do SUS e do PAISM voltam à pauta do movimento feminista em decorrência da I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, realizada em 2004, o declarado “Ano da Mulher”. Como destaca Pitanguy “defender as conquistas dos anos 80 consolidando os avanços dos anos noventa e enfrentando, ao mesmo tempo, retrocessos e desafios como a crescente desigualdade social e os fundamentalismos religiosos e culturais” (Brasil, 2004, p. 38).

A conferência não fala em violência obstétrica, mas trata da questão da atenção ao parto no eixo 3 sob título “Promover o bem-estar e qualidade de vida para as mulheres: uso e ocupação do solo, saúde, moradia, infraestrutura, equipamentos sociais, recursos naturais, patrimônio histórico e cultural”, no tópico saúde. O documento explicita a necessidade de implantar e implementar PHNP, com objetivo voltado para a garantia de acesso a assistência ao pré-natal, parto de alto e baixo risco, puerpério, abortamento, a implantação de casas de parto normal, dentre outras ações.

As articulações da Conferência expressas no Plano Nacional de Políticas para Mulheres representaram um grande avanço, tendo em vista que as ações anteriores eram bem pontuais e sem vinculação aos ministérios, o que dificultava o financiamento das ações. O Plano tinha por base os debates feministas travados nas últimas décadas, que envolviam as lutas internacionais, reivindicações dos movimentos de mulheres. O PNPM, no âmbito da gestão, se organizou em três principais linhas de ação: a capacitação e qualificação de servidoras e servidores públicos no debate de gênero, raça e direitos humanos; produção e socialização de pesquisas que tratem de gênero e raça; criação de mecanismos institucionais que visem a garantia dos direitos das mulheres. A inserção da transversalidade de gênero nas políticas públicas orienta para uma nova visão, com uma governabilidade democrática que inclui as demandas das mulheres. Essas relações democráticas com os movimentos de mulheres e o movimento feminista apontam para a:

[...] a criação e o fortalecimento de mecanismos institucionais que ampliem a participação popular e o controle social. Alguns exemplos desses mecanismos são: as conferências, os conselhos de direitos das mulheres, os processos de orçamento participativo que garantam a participação das mulheres, contemplando a representação de mulheres índias, negras, lésbicas, idosas, jovens, com deficiência, ciganas, profissionais do sexo, rurais, urbanas, entre outras. (Brasil, 2004, p. 32).

No tocante aos direitos sexuais e reprodutivos, no capítulo 3 do PNPM, sob o título “Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos”, explicita-se a necessidade de um atendimento qualificado no que diz respeito à atenção obstétrica e o planejamento familiar, que impacta diretamente os

altos índices de mortalidade materna e que apresenta maiores índices entre as mulheres negras e a falta de acesso e uma assistência qualificada ao pré-natal, como também foi destacado. Ademais, chama atenção para o número elevado de cesariana e apresenta o aborto como a quarta causa de morte materna no Brasil, sendo a eclampsia a primeira. O plano faz referência ao PAISM, explicitando sua importância para a ruptura conceitual das ações de saúde da mulher restrita a gravidez e parto, no entanto não faz referência à violência obstétrica.

Nessa direção, em 2007, a Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República convoca a 2ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Nesta conferência, avaliaram a execução do I Plano de Políticas para Mulheres e foi possível a ampliação das propostas. Essas articulações possibilitaram a estruturação de um comitê de Monitoramento do Plano e ampliação de orçamento para as ações. Houve considerável aumento da participação da mulher no espaço de poder e o acréscimo de pautas com desigualdades raciais, geracionais, cultura, comunicação, dentre outros.

Dentre os pontos importantes da II Conferência, destaca-se a recomendação aos ministérios para que o II Plano fosse incluído no Plano Plurianual (PPA) de 2008 a 2011. Esse documento estabelece os objetivos e metas, com prazo determinado para que o governo venha cumprir, com previsão orçamentária. Organizada em três painéis de debate, a II Conferência realizou uma análise de I Plano e trouxe novas estratégias para o período, com a participação de grupos de trabalhos e roda de conversa. O primeiro deles com o objetivo de realizar um balanço do Plano e desenhar perspectivas para o próximo período. Outros debates que atravessaram a Conferência foram os direitos sexuais e reprodutivos, por intermédio da Profa. Dra. da UNB Lia Zanotta e a questão racial através da Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial. Explicita-se, novamente, nesse contexto a necessidade da transversalidade de gênero nas políticas públicas. Em relação a questão racial a Jussara Santos (2019, p. 83) declara que:

Essa iniciativa foi considerada uma via importante no enfrentamento das iniquidades vivenciadas pelas mulheres negras, já que apresentou propostas para o enfrentamento das múltiplas formas de discriminação social, sobretudo, racismo e sexismo, por meio de Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres. Neste contexto, o II

Plano Nacional foi aprovado pela II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em agosto de 2007. Um dos eixos norteadores deste plano é o Eixo 9, que recebeu o título de “Enfrentamento do Racismo, Sexismo e Lesbofobia”. Nele há a evidência que as políticas universais são insuficientes para atender grupos específicos como as mulheres negras.

Esse processo estabelece um novo patamar no que diz respeito a política de saúde para mulheres, em especial as mulheres negras. Nesta direção, a PNSIPN foi importante mecanismo nessa luta.

Vale destacar que foi realizada na abertura da II Conferência uma homenagem ao “Lobby do Batom”, representada por Jaqueline Pitanguy, a então presidente do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher-CNDM na época do “lobby do batom”.

No tocante aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, o II Plano de Políticas para Mulheres destaca como objetivos a promoção da melhoria da qualidade de vida das mulheres em todas as fases de sua vida e a ampliação aos serviços de saúde que vise a promoção, prevenção e recuperação da saúde integral, resguardando as especificidades e identidade de gênero, racial, geracional e orientação sexual de cada sujeito. No que concerne as ações voltadas para parto e puerpério, o plano visa “promover a assistência obstétrica qualificada e humanizada, especialmente entre as mulheres negras e indígenas, incluindo a atenção ao abortamento inseguro, de forma a reduzir a morbimortalidade materna”. Dentre as metas está a redução em 15% a Razão de Mortalidade Materna, entre 2008 e 2011, porém não se utiliza do termo violência obstétrica ou aprofunda o debate acerca do tema parto e puerpério.

Nesse contexto de mobilização, seguindo a periodicidade de 4 anos, a SPM, junto com o Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM), convocam a III Conferência de Políticas para as Mulheres, em 2011, fruto da manutenção do diálogo da SPM com movimentos sociais e sociedade civil, tendo Dilma Rousseff como Presidenta do país. A Conferência tinha como objetivo de avaliar as políticas e programas executados pela SPM, em articulação com outros ministérios, como também avaliar as propostas das conferências no âmbito municipal e estadual.

Reconhecendo a manutenção das desigualdades apontadas nas conferências anteriores, o Plano Nacional de 2013-2015, resultado da Conferência de 2011, reafirma os princípios que devem nortear as políticas

públicas voltadas para o exercício da cidadania e autonomia das mulheres. Esse processo aponta para “uma nova forma de fazer política pública”, tendo com princípios fundamentais a transversalidade de gênero, a universalidade dos serviços e o enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia.

Ressalta-se em relação aos planos no tocante ao II Plano, assim como o I PNPM apresenta a necessidade de melhoria na qualidade da assistência obstétrica e planejamento familiar, e chama atenção para o fato de que a assistência ao parto no Brasil não é homogênea. Na realidade o I Plano serviu como base para a construção dos demais e o III PNPM reafirma o formato e as tratativas dos dois anteriores, no entanto deixa de fora os princípios da equidade e justiça social, que estão presentes na III CNPM.

Quadro 2 - Estratégias do plano I, II e III Nacionais de Políticas para Mulheres

Elemento	Versões do Plano Nacional de Políticas para Mulheres		
	I PNPM	II PNPM	III PNPM
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> Autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania Educação inclusiva e não sexista Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos Enfrentamento à violência contra as mulheres 	<ul style="list-style-type: none"> Autonomia econômica e igualdade no mundo do trabalho com inclusão social Educação inclusiva, não-sexista, não-racista; não-homofóbica e não-lesbofóbica Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres Participação nos espaços de poder e decisão Desenvolvimento sustentável no meio rural, cidade e floresta, com justiça ambiental, soberania e segurança alimentar Direito à terra, moradia digna e infra-estrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais Cultura, comunicação e mídia igualitárias, democráticas e não discriminatórias Enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia Enfrentamento das desigualdades geracionais 	<ul style="list-style-type: none"> Igualdade no mundo do trabalho e autonomia econômica Educação para igualdade e cidadania Saúde integral das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres Fortalecimento e participação nos espaços de poder e decisão Desenvolvimento sustentável com igualdade econômica e social Direito à terra com igualdade para as mulheres do campo e da floresta Cultura, esporte, comunicação e mídia Enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia Igualdade para as mulheres jovens, idosas e mulheres com deficiência

Fonte: Sousa (2018).

Podemos observar que o II PNPM trouxe novos eixos em relação ao anterior. Esse processo serviu para detalhar os eixos existentes e ampliar os debates acerca das especificidades que atingem as mulheres, como os marcadores sociais de gênero, raça/etnia, identidade sexual, origem, faixa

etária, dentre outros. Os planos reafirmam conceitos importantes pactuados no PAISM e na PNAISM, como pensar políticas de saúde para as mulheres para além do período de gravidez e parto. Esses documentos enfatizam que a qualidade na atenção à saúde e a humanização é essencial para promoção de saúde de forma integral e equânime.

Nesta direção, o II e III Planos tratam os marcadores sociais de forma interseccional no processo de desenvolvimento de políticas específicas no combate às desigualdades que atingem as mulheres. O I plano aborda a vulnerabilidade às quais estão expostas as adolescentes no tocante a vida reprodutiva e maternidade precoce, de mulheres entre 15 e 19 anos, o que ocasiona agravos na saúde sexual e reprodutiva. Destaca-se que no II Plano há a ampliação de temas como meio ambiente e racismo, insere o debate da diversidade do que é ser mulher brasileira e amplia as ações voltadas ao combate da violência, tendo por base a Lei Maria da Penha.

No tocante a continuidade de avanços e novas propostas, os planos reconhecem em relação às políticas de promoção de igualdade e promoção da diversidade que há um processo permanente de construção e aperfeiçoamento que envolvem os entes governamentais. Ou seja, aponta que a luta não pode parar e que as conferências e os planos são excelentes mecanismos de reatualizar o debate acerca dos direitos das mulheres e em que precisamos avançar.

A IV CNPM convocada em 2016 teve por tema “Mais direitos, participação e poder para as mulheres”. Em um momento político turbulento, discutir esse tema foi um desafio frente ao iminente impeachment da Presidenta Dilma, a primeira mulher a assumir o cargo no Brasil. A Presidenta esteve presente e trouxe um discurso contra o retrocesso das políticas para mulheres, demarcando que: "Nenhum fundamentalismo vai impedir que nossa perspectiva de gênero se afirme cada vez mais"³⁷. Nesta conferência foi aprovado uma carta das mulheres ao povo brasileiro, repudiando o golpe que estava sendo armado para a Presidenta. A carta diz que as mulheres repudiam:

³⁷Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/participacao/noticiasmidia/participacao-institucional/conferencias/1376-conferencia-nacional-genero-mulheres-mulher#:~:text=A%204%C2%AA%20Confer%C3%AAncia%20Nacional%20de,mais%E2%80%9D%2C%20destacou%20a%20presidente.> Acesso em: 10 ago. 20203

Os ataques que a presidenta da República vem sofrendo, que atingem principalmente na sua condição de mulher. Charges, memes, hashtags pornográficas, adesivos alusivos ao estupro da presidenta, reportagens de jornais e revistas traduzem o duro viés do discurso misógino, fundado no patriarcalismo estrutural, que resiste na sociedade. Tudo é feito para incapacitar, para desconstruir a imagem de Dilma, enquanto gestora e mulher, aos olhos do povo – o que agride não só a ela, mas a todas as mulheres.³⁸

Das propostas aprovadas pela IV CNPM, explicitamos a reserva de no mínimo 1% dos recursos do orçamento para o enfrentamento da violência; criação de um fundo para garantir o Sistema Nacional de Políticas para as Mulheres e a definição da responsabilidade de cada ente na garantia dos direitos das mulheres, proposta que prevê reserva de recursos para ações relacionadas à diversidade, que contemple as mulheres negras, indígenas, de comunidades tradicionais, egressas do sistema prisional, dentre outras. Nessa conferência, não houve a discussão de um novo PNPM ou atualização do plano vigente no momento. As discussões giraram em torno de um “Sistema Nacional de Política para as Mulheres”.

Embora as conferências e os planos não abordem diretamente a discussão acerca da violência obstétrica, podemos destacar que “inegavelmente que os PNPM trouxeram ganhos às mulheres, dos quais se destacam desde a visibilidade das demandas femininas em diversas áreas, como sua maior presença nos espaços públicos, como na implementação de novas políticas específicas [...]”. Nesta direção explicitamos a lei que garante à gestante o direito a acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e pós-parto, a Lei nº 11.108 de 2005, que altera a Lei nº 8.080/1990, a Rede Cegonha de 2011, já discutido neste capítulo; a Lei nº 9238/2021, que dispõe acerca do direito ao parto humanizado, na rede pública e privada, dentre outras legislações que visam a garantia das mulheres gestantes e parturientes.

Na IV Conferência, o termo violência obstétrica aparece como uma forma de violência contra a mulher, no tópico “Do enfrentamento à violência contra as mulheres”, no entanto não traz uma conceituação do tema ou um debate mais aprofundado. Vale destacar que nesse período o Brasil já tinha

³⁸Disponível em: https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Mulheres_IV/relatrio%20final%20-%20iv%20conferencia%20nacional%20de%20politicass%20para%20as%20mulheres.pdf. Acessado em 10 de agosto de 2023.

sido responsabilizado pela morte da Alyne Pimentel, ou seja, pela violência obstétrica praticada pelo Estado, desde 2011. Na realidade, em 2011 foi realizada a III CNPM, mas apenas na última conferência que o termo em questão aparece. O documento da conferência explicita que:

Outro tema importante é a saúde da mulher durante a gravidez e o parto para se evitar a mortalidade materna. Alguns passos são básicos: acesso à orientação adequada, acesso e realização do pré-natal, respeito e cuidado durante o parto, combate à **violência obstétrica**, informação para a mulher sobre suas opções, atenção aos seus relatos e acompanhamento por quem ela eleger como acompanhante. (Brasil, 2018, p. 35).

Como já demarcado, os planos não tratam diretamente do tema violência obstétrica, mas toca na necessidade de uma atenção qualificada na assistência obstétrica, para reduzir o número de mortalidade materna/infantil. A exposição do tema aparece no relatório final da Conferência na Moção nº 13, proposta por Rosário Bezerra, com 227 assinaturas, sob título: Violência obstétrica e mortalidade materna. O texto da moção declara que:

As mulheres, especificamente mulheres negras, seguem morrendo, ou sendo vítimas de sequelas, em razão da obsoleta, violenta e misógina assistência ao parto realizada em nosso país. As políticas públicas de saúde da mulher avançaram em suas elaborações. Temos portarias, leis, recomendações e evidências científicas que apontam para o caminho da humanização e da segurança do parto e nascimento, porém, o modo de agir obstétrico no contexto brasileiro, continua arcaico e estático. (Brasil, 2016, p. 38).

A mortalidade materna também foi alvo das discussões nessa conferência, associando a gravidez na adolescência como uma das principais causas de mortalidade materna, aborto natural, pré-eclâmpsia. As conferências em geral vêm demarcando a necessidade de um olhar interseccional. As conferências e Planos influenciaram positivamente a construção de estratégias para os Estados e municípios, no intuito de garantir os direitos das mulheres de viverem sem violência.

4.3 OS MARCOS LEGAIS NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO RIO DE JANEIRO

O Brasil é signatário em tratados internacionais que versam sobre a proteção dos direitos das mulheres no período gravídico puerperal e assumiu a responsabilidade na redução dos índices de mortalidade materna para menos de 70 mortes para 100.000 nascidos vivos, até 2030. Isso delega a cada Estado a responsabilidade no desenvolvimento de mecanismos que combatam a violência obstétrica, uma das maiores vilãs para os altos índices de mortalidade no Brasil.

Apointa-se que o Estado do Rio de Janeiro apresenta altas taxas de mortalidade maternas por causas evitáveis, principalmente de mulheres negras. Segundo os dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), o índice no Estado do Rio de Janeiro subiu de 73,5 em 2019, no período antes da pandemia da COVID-19, para 155 em 2021, a cada 100 mil nascidos vivos. Em municípios como Duque de Caxias, o número subiu de 97,9 para 267,5 nesse mesmo período. Mesmo antes da pandemia os dados já eram alarmantes. No período de 2018 e 2019 o índice subiu de 61,7 para 73,5 no Estado do Rio de Janeiro, e na capital subiu de 60,6 para 81. As mortes materno-infantil em muitos casos são consideradas violência obstétrica e são evitáveis.³⁹

Diante desses dados e de toda a história aqui lembrada, vale destacar a importância dos mecanismos que visam combater a violência obstétrica e consequentemente atuar na redução de mortalidade materna/infantil. Nesse contexto, destaca-se como marco a legislação municipal que define violência obstétrica. A Câmara Municipal do Rio de Janeiro promulgou a Lei nº 6.898 de 18 de maio de 2021, que é resultado do Projeto de Lei nº 1.148/2015 de autoria da Vereadora Verônica Costa. A legislação conceitua violência obstétrica em seu Art. 2º como “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, maternidade e unidades de saúde, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto

³⁹ Reportagem disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/rio/mortalidade-materna-mais-que-dobra-no-estado-do-rio-agravada-pela-covid-25488178.html>. Acesso em: 02 set. 2023.

ou ainda, no período de puerpério”. Embora seja uma legislação municipal, esta é a lei que debate e conceitua claramente o tema.

A Lei “Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando à proteção destas contra a violência obstétrica no Município”. Em seu Art. 3º, a referida Lei discorre sobre 21 formas diferentes de configurar a violência obstétrica, e que podem ser exteriorizadas nas formas verbal e/ou física. Dentre elas destacam-se: recriminar a parturiente por quaisquer condutas; não se importar com as queixas proferidas pelas gestantes e parturientes; coagir as parturientes a ter parto cesáreo sem justificativas clínica; realizar procedimentos para acelerar o parto por conveniência médica, como no caso da episiotomia; não informar sobre o direito a laqueadura de forma gratuita nas unidades públicas e conveniadas, dentre outras.

Em termos estaduais, nesta direção, como uma das iniciativas no combate à violência obstétrica, o Projeto de Lei nº 1644/2019 institui o Grupo de Trabalho (GT) de Prevenção e Combate à Violência Obstétrica. Este grupo está vinculado a ALERJ e tem como finalidade principal o recebimento e realizar o encaminhamento de denúncias, bem como a sistematização dos dados acerca da violência obstétrica. O grupo de trabalho conta com representantes da comissão de saúde, Comissão de Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania e da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher da ALERJ. Esse projeto tem como autoria a CPI que apurou os óbitos de nascituros e recém-nascidos no Hospital Municipal da Mulher de Cabo Frio, instituída pela Resolução nº 05/2019, que fizeram parte as deputadas e deputados: Renata Souza (PSOL); Martha Rocha (PDT); enfermeira Rejane (PC DO B); Dr. Serginho (PL); subtenente Bernardo (PROS); Renan Ferreirinha (PSD); Max Lemos (PDT).

Dentre as competências da GT estão: receber denúncias; requisitar a instauração procedimento criminal ou administrativo nos casos que haja indícios de violência obstétrica; elaborar anualmente relatório sobre as denúncias, avaliando as medidas adotadas; construir e manter bancos de dados acerca de atualizações sobre a violência obstétrica de entes governamentais e não governamentais, dentre outras competências. Essa iniciativa é fruto das recomendações propostas pela Comissão Parlamentar de

Inquérito (CPI) da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ) - que investigou mortes de recém-nascidos no Hospital da Mulher de Cabo Frio, no final de 2018. A CPI foi presidida pela Deputada Estadual Renata Souza. A Deputada salienta que:

A virada de 2019 começou diferente para várias famílias em Cabo Frio. Nos primeiros meses daquele ano, 17 nascituros foram a óbito no Hospital Municipal da Mulher, maternidade que atende toda região litorânea. A morte dos nascituros gerou reação na Assembleia Legislativa, acarretando a aprovação da CPI do Hospital da Mulher de Cabo Frio [...] Toda essa dor “invisível” experimentada pelas mulheres – e por suas famílias – poderia ter sido evitada pela efetivação de práticas assistenciais humanizadas, que já fazem parte do arcabouço político expresso nas orientações nacionais do SUS e do programa Rede Cegonha.

Dentre as recomendações do Relatório da CPI está a necessidade de criar uma política de combate à violência obstétrica no Estado. Assim, foi criado o já referido Grupo de Trabalho de Prevenção e Combate à Violência Obstétrica na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ).

Ademais, seguindo na linha de mecanismos de proteção as mulheres gestantes e parturientes, foi sancionada em 2021 a Lei nº 9.238 de 08 de abril de 2021, que altera a Lei Estadual nº 7.191 de 2016. A referida lei dispõe sobre o direito ao parto humanizado na rede pública e privada de saúde no Estado do Rio de Janeiro, dentre outras providências.

Em seu Art. 1º a Lei nº 9.238/2021 assegura que toda gestante tem o direito de ser assistida de forma humanizada no período do parto nas unidades de saúde públicas e privadas no Estado do Rio de Janeiro. A legislação explicita o que se entende por parto humanizado ou assistência humanizada: assegurar à presença de uma Doula e acompanhantes a escolha da mulher; elaboração de plano individual de parto; a prevenção da violência obstétrica, apresentando informações corretas dos procedimentos, obtendo o consentimento esclarecido da mulher; dentre outras ações. O plano individual de parto servirá para traçar as manifestações das gestantes, sendo um guia no momento do parto, devendo observar os desejos da parturiente e a segurança no parto.

O parágrafo único do Art. 8º da Legislação destaca que “os procedimentos realizados em contrário ao constante do Plano Individual de

Parto deverão ser devidamente informados à mulher, e em caso desta não estar em condições, ao seu acompanhante, preferencialmente antes de sua realização, quando possível”. O respeito às decisões deve ser perpassado pela autonomia e segurança para a mulher e o bebê. Os desejos explicitados no Plano Individual de Parto poderão não ser cumpridos desde que haja justificativa por escrito pelo chefe da equipe responsável pelo parto, o que deve constar no prontuário médico, como destacam os artigos 8º e 10º da Legislação. Dentre os procedimentos que devem ser justificados estão: administração de ocitocina; os esforços de puxo prolongado; episiotomia; dentre outros procedimentos. A manobra de Kristeller é expressamente vedada.

Apontamos, também, dentre os mecanismos de proteção a mulher gestante e parturiente a importante iniciativa do Estado do Rio de Janeiro em sancionar a Lei nº 9.797 de 15 de julho de 2022, que institui o programa de combate ao racismo no ciclo gravídico – puerperal. Essa lei é resultado do Projeto de Lei nº 1679/2019, que tem como autora a Deputada Martha Rocha. Segundo a Deputada,

O racismo começa a afetar a saúde de crianças e adolescentes ainda no útero. Na gravidez, a exposição prolongada da mãe a hormônios do estresse, por exemplo, pode colaborar para o nascimento com baixo peso e o aumento das taxas de mortalidade infantil. As consequências são acentuadas pela dificuldade de as mulheres negras terem acesso ao pré-natal. Há que se ter, por parte dos obstetras, uma nova abordagem a respeito do tema racismo na gravidez, uma vez que o mesmo tem impacto direto no desenvolvimento infantil.⁴⁰

A legislação aponta a necessidade do combate ao racismo nas práticas de saúde, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. Assinala que a anestesia deve ser utilizada quando houver necessidade nos procedimentos de episiotomia, parto normal ou cesárea, sem discriminação de raça ou cor; o estímulo à promoção do pré-natal como forma de prevenir a mortalidade materna-infantil, principalmente em regiões mais vulneráveis; o desenvolvimento de ações que visam a percepção das mulheres negras quanto a experiência do parto. Explicita ainda no Art 3º que “os casos de violência

⁴⁰ Disponível em:

<https://www.alerj.rj.gov.br/Visualizar/Noticia/53793?AspxAutoDetectCookieSupport=1>. Acesso em: 22 ago. 2023.

obstétrica e similares eventualmente informados para aplicadores do programa devem ser imediatamente encaminhados para os órgãos de atendimento e proteção às mulheres vítimas de violência” (Brasil, 2022). Essas ações poderão ser desenvolvidas em articulação com as Secretaria de Saúde; com a Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos; com Conselho Estadual de Direitos da Mulher (CEDIM); com a Comissão de Combate às Discriminações e Preconceitos de Raça, Cor, Etnia, Religião e Procedência Nacional da ALERJ.

Acrescentamos ainda como mecanismos para coibir a violência obstétrica o Projeto de Lei nº 6170/2022, que versa sobre a obrigatoriedade das maternidades de fixarem em área de grande circulação informações acerca dos canais oficiais de denúncias sobre a violência obstétrica no Estado do Rio de Janeiro. O projeto de lei destaca “que se você foi vítima de violência obstétrica, é importante, antes de tudo, reunir documentos como cópia do prontuário médico e o cartão de acompanhamento da gestação” (Brasil, 2022). Explicita ainda que esses documentos devem ser emitidos e se necessário será cobrado apenas os custos das cópias dos documentos. Essas informações são muito importantes, pois em um momento de dor as gestantes/puérperas e familiares não sabem nem por onde iniciar a denúncia e como formalizá-la.

Quadro 3 - Legislações de combate à violência obstétrica no Rio de Janeiro

Lei /projeto de lei	Autoria	Data da publicação	Disposições
Projeto de lei 1148/2015 / Lei 6898/2021	Vereadora Veronica costa	08 de março de 2015/18 de maio de 2021	Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando à proteção destas contra a violência obstétrica no município.

Lei 7191/2016 / alterada pela Lei 9238/2021	Deputada Ana Paula Rechuan	06 de janeiro de 2016 / 08 de abril de 2021	Direito ao parto humanizado / assistência rede pública e privada de saúde no Estado do Rio de Janeiro.
Projeto de lei 1679/2019 / Lei 9797/2022	Deputada Martha Rocha	15 de julho de 2022	institui o programa de combate ao racismo na gravidez e puerpério.
Projeto de lei – 1644/2019	CPI instituída resolução Nº 05/2019.	Novembro de 2019	Institui o grupo de trabalho de prevenção e combate a violência obstétrica. Órgão vinculado a ALERJ.
Lei 6170/2022	Deputada Renata Souza	30 de junho de 2022	Dispõe sobre a obrigatoriedade das maternidades em fixarem em áreas de grande circulação canais oficiais de denúncias sobre a violência obstétrica no Estado do Rio de Janeiro.

Fonte: Elaboração própria (2023).

As legislações estão se consolidando, contudo, as violações e denúncias continuam ocorrendo, o que justifica a criação da Frente Parlamentar da ALERJ. A Frente Parlamentar, criada em junho de 2022, tem por objetivo fiscalizar e fortalecer as ações de combate à violência obstétrica e mortalidade materna.

As motivações para a criação desta frente vieram de demandas de importantes representantes da sociedade civil como a ONG de Criola, o Movimento de Mulheres de São Gonçalo e a Roda de Gestantes de São Gonçalo, movimentos com longo histórico de trabalho nesta questão. Criola fez uma importante coleta e sistematização de dados sobre os direitos reprodutivos na zona oeste do município do Rio de Janeiro [...]. (Rio de Janeiro, 2022, p. 4).

No tocante às ações de enfrentamento a violência obstétrica, a Frente Parlamentar de Combate à Violência Obstétrica e Mortalidade Materna da

Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ), destacamos, em 2022, o caso de inspeção na maternidade de Santa Cruz da Serra, Duque de Caxias, diante das denúncias de violência. No período de janeiro a junho de 2022 foram registrados 36 natimortos.

A Deputada Monica Francisco (PSOL), presidenta da Frente Parlamentar, salienta que 60% dos casos de mortalidade materna são de mulheres negras. Nas falas da Deputada Monica Francisco (PSOL):

Essas mortes não deveriam acontecer. Elas decorrem de um sistema de saúde falho. As visitas realizadas pela Frente têm o objetivo de dar visibilidade aos problemas que as mulheres, principalmente as negras, encaram dentro das unidades de saúde, como o racismo obstétrico. Além disso, queremos buscar diálogo para melhorar o atendimento às gestantes e puérperas.⁴¹

A Deputada afirma que é um absurdo que em pleno século XXI, com todo avanços em relação a protocolo de atendimento, que a morte materna apresente números elevados, que é atravessado pelo racismo institucional.

No que diz respeito ao caso de inspeção na maternidade de Santa Cruz da Serra, dentre as irregularidades encontradas, estão: a falta de profissionais da equipe de limpeza, de profissionais de enfermagem, falta de unidade de transfusão de sangue, exposição das gestantes aos pacientes com COVID-19, dentre outras situações.

Diante do exposto, podemos dizer que avançamos em algumas legislações importantes, mas ainda temos que continuar na luta na garantia dos direitos, para que as informações sejam repassadas e cheguem em todas as mulheres e pessoas que necessitam recorrer a esses direitos preconizados. Precisamos também continuar na luta para manutenção e avanços dos direitos alcançados, para que os mesmos saiam do mundo ideal e que alcance o real, que ainda é de grandes violações dos direitos das gestantes e parturientes, fato que já vimos denunciando desde o início dos anos 1980, ou seja, são mais de 40 anos de lutas, denúncias, novas mobilizações e manutenção de velhas violações que abrangem a questão de gênero, raça/etnia, geracional, dentre outros marcadores.

⁴¹ Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/07/04/inspecao-parlamentar-constata-mortes-e-falta-de-profissionais-em-maternidade-em-duque-de-caxias>. Acesso em: 22 ago. 2023.

Como vimos desenhando ao longo do processo histórico, o direito das mulheres de decidirem sobre seu próprio corpo vem sendo expropriado, principalmente no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. A ênfase no período materno quando se trata de saúde da mulher ainda é central em muitas políticas públicas.

No contexto de manutenção de estruturas conservadoras, sexista e racista, a judicialização atua como mecanismo de penalização e ação reparadora diante da incapacidade de mudanças estruturais consistentes. Embora tenhamos avançado em mecanismos/legislações que protegem as mulheres, nossos direitos estão a todo o momento sendo ameaçados. A cada mudança de governo, crise econômica, os direitos dessa “minoría” passam ser questionados. É uma luta para avançarmos e não perdermos os direitos já conquistados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, discorreremos acerca do reconhecimento da violência obstétrica enquanto uma violência de gênero, perpassada pelo viés de raça/etnia, explicitando a importância das mobilizações dos movimentos sociais, a saber movimento de mulheres, movimento feminista, movimento de mulheres negras, dentre outros. Esses movimentos foram mecanismos importantes na explicitação das demandas das mulheres e o direito de viverem sem violência.

Demarcamos que o movimento feminista é um movimento plural que traz consigo um conjunto de articulações políticas e sociais, que lutam pela libertação das formas de repressão que atingem as mulheres em diversos espaços públicos e privados. E, esse feminismo de massa não pode abandonar nenhuma mulher.

Ao longo do processo histórico, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres foram controlados pelos valores morais e religiosos que ditam regras de como as mulheres devem ser tratadas, do que caracteriza violência e que tem poder sobre o corpo da mulher. São estereótipos carregados de machismo, sexismo e racismo, que se articulam para oprimir as mulheres. E neste estudo, demarcamos a violência obstétrica a partir da análise interseccional das opressões. Explicamos que este fenômeno não pode focar na mulher universal. Nessa direção, surgiu um questionamento: de que mulheres estamos falando? A análise interseccional nos possibilita realizar esses questionamentos.

Assim, no tocante às mulheres negras, estas tendem a sofrer um tipo de violência obstétrica diferente das mulheres brancas, o que remonta das amarras da escravidão que ainda carregamos. “As mulheres negras são fortes elas aguentam”, frase característica que demarca o racismo estrutural que vivemos. As mulheres negras são duplamente discriminadas, pela sua condição de ser mulher e por ser negra e isso não pode ser desconsiderado em nossas pesquisas.

Deste modo, ao pesquisarmos acerca do fenômeno da violência obstétrica, a categoria racismo obstétrico se impôs como fundamental na análise do processo de desconstrução da mulher universal e da violência

socialmente naturalizada. Nesta direção, compreendemos que se deva potencializar as reflexões onde as violências de gênero e o racismo estrutural se articulam para violar direitos e são institucionalizadas na produção do conhecimento. O racismo obstétrico é resultante do racismo científico historicamente construído.

A importância de nomear os fenômenos reside no fato de que podemos refletir, discutir ações de enfrentamento. E, a partir do momento em que há a proibição da utilização do termo ou desconsideração do viés de raça, como no caso da violência obstétrica e do racismo estrutural, há também a naturalização da violência no pré-parto, parto e pós-parto. Esse processo nos direciona para novas articulações e mobilizações, novas estratégias e a emergência de formas de resistências.

A pesquisa acerca do histórico da trajetória do termo violência obstétrica e a mudança na concepção acerca da qualidade da atenção no pré-parto, parto e pós-parto explicita como os estereótipos socialmente construídos se articulam para oprimir e violar direitos das mulheres. A busca pela compreensão das práticas comumente adotadas na assistência a gestantes e parturientes explicitou como a violência vem sendo naturalizada ao longo do processo histórico, e, por outro lado, como os xingamentos, as violências físicas e psicológicas tornam-se objeto de mobilização social, de denúncias e construção de mecanismos de proteção as mulheres gestantes e parturientes, destacando a intersecção das opressões.

No Brasil, a compreensão acerca do tema violência obstétrica vem sendo construída há mais de quarenta anos. A conceituação que outrora se resumia a ação do médico, profissionais de saúde e, as violências físicas, se amplia para acrescentar ao rol as violências psicológicas, a falta de estrutura e recursos humanos, e a responsabilização do Estado em prover boas condições de assistência a gestantes e parturientes, e combater o aumento de mortalidade materna.

Nesta direção, a violência de gênero passa ser incorporada como categoria de análise, assim como os impactos do racismo institucional enraizado em nossa sociedade, para analisar a violência obstétrica. A análise de racismo institucional nos remete ao racismo obstétrico, que denuncia negligências, desrespeito e desqualificação do discurso das mulheres negras,

que, assim, explicita o racismo médico. Essas mudanças têm a marca das mobilizações e contribuições dos movimentos de mulheres, dos movimentos feministas e do Movimento de mulheres negras. Esse processo traz novas conceituações acerca do gênero, corpo e sexualidade, questionando a autônoma, medicalização e apropriação dos processos naturais.

A compreensão da violência obstétrica como uma violência de gênero e racial, um problema estrutural e uma questão de saúde pública se configura como um grande avanço, o que traz repercussões no processo de elaboração e implementação de políticas públicas. Essa nova configuração nos conduz a apreensão da historicidade acerca da violência que envolvem aspectos culturais, econômicos e políticos. Nesse processo de conceituação e explicitação da violência contra a mulher, a década de 1980 é emblemática em relação a emergência dos debates acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, explicitado no PAISM e na luta para que as demandas das mulheres fossem incluídas/reconhecidas na Constituinte, como o reivindicava o “Lobby do Batom”.

No rol de lutas destaca-se a importância do Dossiê Caxias (1986), importante mecanismo de luta e mobilização de mulheres no Brasil, com repercussões para além de nossas fronteiras. Esse documento foi um importante mecanismo de explicitação das demandas das mulheres fazendo ecoar as vozes em um momento crucial, onde os gritos femininos não ecoavam como ecoam na atualidade. Eram mobilizações que não tinham divulgação em massa como fazemos na atualidade, nas chamadas via rede social que alçamos em segundos as pessoas do mundo inteiro, mas que mobiliza grande número de pessoas em prol de uma causa.

O Dossiê traz o relato de mulheres que sofreram maus tratos durante o período gestacional e no parto em maternidades de Duque de Caxias, denunciando às mortes de bebês e gestantes, as práticas de indução do parto, a falta de estrutura física e profissional qualificada para um atendimento adequado às gestantes, parturientes e a seus familiares. Este documento surgiu da iniciativa da Deputada Lúcia Arruda e da comissão de direitos sexuais e reprodutivos da ALERJ. Contou com a participação da sociedade civil por meio de suas entidades representativas locais e das usuárias atendidas nas maternidades na década de 1980. Através destas

ações foram criadas estratégias de fiscalização e controle das unidades de saúde, mobilizações com repercussões para além das fronteiras brasileiras.

A CPMI que denunciou a esterilização em massa na década de 1990 também foi um importante mecanismo de denúncia da violência e objeto de nossa pesquisa. Assim, analisamos o relatório final da CPMI de esterilização de mulheres no Brasil, de 1993, importante mecanismo de denúncia de esterilizações em massa de mulheres, em especial das mulheres negras. Contudo, embora os movimentos tenham apresentado dados de que as mulheres negras são as que mais sofrem neste processo, o fato não foi acolhido pela ALERJ. Segundo Jurema Wernerck, a CPMI foi requerida pela assistente social e então Deputada Federal Benedita da Silva, mas foi presidida pelo Senador conservador, Carlos Patrocínio (PTB). Assim, os encaminhamentos finais podem ter sido influenciados por esse direcionamento.

A CPMI contou com a participação de diversos sujeitos de movimentos sociais, movimento de mulheres negras, feministas e da sociedade civil, mas a força política/conservadora dentro da comissão desviou alguns direcionamentos. O relatório final da Comissão denuncia as esterilizações sob o mando das agências de controle norte-americanas, tornando o processo de planejamento familiar, como forma de controlar a população brasileira.

Embora houvesse um debate dentro dos movimentos de como o viés raça atravessava as discussões acerca da esterilização, a Comissão que tratava do assunto desconsiderou que houvesse a intersecção de raça nesse processo, o que foi considerado uma grande perda para o movimento de mulheres negras, uma derrota segundo Werneck, sendo estas as principais protagonistas da CPMI.

No segundo período demarcado na pesquisa, os anos 2000 iniciam como novos e velhos desafios. Marcado pela era neoliberal, de desestruturação das políticas sociais, de desresponsabilização do Estado para com as demandas sociais, a questão dos direitos da mulher se encontra novamente sob ataque. Nesta direção, apresentamos neste cenário reflexões que explicitam os mecanismos de denúncia e garantia de direitos das gestantes e parturientes a partir dos anos 2000, mais especificamente das décadas de 2010 e anos de 2020 e 2022.

Dentre os mecanismos de denúncias destacamos o papel das conferências Nacionais de políticas para Mulheres. Esse foi considerado um grande avanço na conquista das mulheres, embora muita coisa tenha se perdido pelo caminho e não tenha chegado aos Estados como plano de ação. Revisando as conferências Estaduais do Rio de Janeiro, podemos perceber muitas proposições para construção de um plano de ação, mas os Planos não saíram do papel. Este é um importante direcionamento para proposições dos planos Estaduais / Municipais. Em relação as Conferências, apenas a IV fala sobre o termo violência obstétrica. Apenas cita o termo, mas não traz conceituação acerca e nem aprofunda o debate. A ênfase é dada a mortalidade materna, como um fenômeno que ocorre, principalmente, entre as mulheres negras.

O levantamento realizado acerca dos mecanismos de garantia dos direitos das mulheres destacou que temos cinco legislações principais que versam sobre a garantia das mulheres de viverem sem violência obstétrica, no Rio de Janeiro. Essas legislações resgatam debates que já foram travados no PAISM, na década de 1980, apontado na CPMI, em 1990 e nos anos 2000. Esses debates ainda estão postos, denunciando as mesmas violações de direitos como o direito de não ser discriminada pela questão de raça, como a questão de ter direito à informação acerca dos procedimentos, de não sofrer episiotomia sem consentimento e sem indicação clínica, de não ser submetida a manobra de Kristeler, dentre outros gritos que ecoam em nosso Estado desde o primeiro grito de socorro na maternidade Jardim Primavera, em Duque de Caxias.

Assim, analisamos o projeto de lei 1148/2015, de autoria da Vereadora Verônica Costa, que trata sobre a implantação de processo informativo acerca da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, com objetivo de proteger as mulheres da violência obstétrica no município do Rio de Janeiro, embora seja uma legislação municipal, este foi um mecanismo encontrado no território de abrangência da pesquisa que traz conceituações e apontamentos importantes acerca do tema. O Projeto de Lei nº 1679/2019, de autoria da Deputada Estadual Martha Rocha, que dispõe sobre a instituição de um programa de combate ao racismo na gravidez, denunciando as iniquidades e disparidades nos atendimentos e gestantes e parturientes negras no Estado do

Rio de Janeiro. Esse projeto de lei em maio de 2021 foi transformado na Lei nº 6898/2021.

Outro documento de análise foi o Despacho DAPES/SAS/MS-2019, que dispõe sobre a proibição do termo violência obstétrica, analisado no capítulo 3, que provocou diversas mobilizações por parte dos movimentos sociais. Destacamos ao longo desta pesquisa a importância de nomear os fenômenos e proibir a utilização do termo violência obstétrica é tentar apagar e coibir as vozes e gritos das mulheres, e controlar a narrativa, desenhando o que pode ser considerada violência, naturalizando diversas violações dos direitos das mulheres e do controle sobre seu próprio corpo.

Os avanços tecnológicos e a velocidades de acesso às informações são importantes mecanismos de mobilização que não podemos descartar, mas na comparação dos dois períodos demarcados em nossa análise, vimos que em tempos remotos mobilizamos um número grande de pessoas em ambiente não tão favorável para lutar contra violências contra as mulheres na gestão e parto.

Ademais, ainda temos que brigar para garantir uma legislação que garanta os direitos reprodutivos para além do procedimento cirúrgico. Ainda temos que gritar que o preenchimento do quesito raça cor nos atendimentos é importante sim. Ainda temos que dizer que episiotomia sem consentimento e justificativa clínica, é crime, que proibir um acompanhante a nossa escolha viola nossos direitos; que a mortalidade materna continua aumentando e em muitos casos por causas que poderia ser evitada, tendo uma assistência qualificada que eleve em consideração a questão de raça/etnia.

Segundo Leila Katz, “somente a partir do reconhecimento e da aceitação é que pode se iniciar o processo redentor da desconstrução e da transformação” (Katz *et al.*, 2020, p.629), essa é uma convocação a se apropriar do termo racismo obstétrico, que aponta para a necessidade de verificação de que se estamos reproduzindo as violências socialmente naturalizadas. Urge a necessidade do exercício maternidade como escolha e socialmente amparada, como alternativa a maternidade compulsória.

Diante das reflexões tecidas, reconhecemos que ainda temos muito que lutar e seguir nomeando os fenômenos, reafirmando os direitos e demarcando nosso espaço nas arenas de lutas, diante da prevalência da violência de

gênero, do racismo estrutural. As reflexões de Medeiros são muito atuais, quando declara que:

Estamos vivendo uma profunda onda de conservadorismo e ódio inconsequente, no entanto ainda reivindicamos o diálogo e a construção coletiva de um mundo onde mulheres e homens possam conviver em equidade e sem violência, estamos abertas a ouvir e avaliar toda e qualquer proposta que venha no sentido de contribuir com esta transformação, nos colocando de forma respeitosa em relação às diferenças, buscando sínteses e métodos que estabeleçam o melhor caminho para o sucesso de todas e todos (Medeiros, 2017, p. 45).

A onda de conservadorismo explicitada pela autora se transformou em um ultraconservadorismo a nível nacional, trazendo à cena posturas ainda mais autoritárias, machistas, sexistas, de cerceamento dos direitos das mulheres, desrespeitos, desmontes de ministérios, o que fez enfraquecer as conquistas dessa população.

Segundo dados do Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva (2021), a pandemia da COVID-19 ampliou o nível de vulnerabilidade social das mulheres negras e as expôs a maiores riscos de violações de direitos. A justiça reprodutiva aponta que o direito ao próprio corpo é atravessado pelo acesso as garantias fundamentais, abarca o direito a escolha reprodutiva, descartando a maternidade compulsória, abrange também o direito de uma maternagem segura, independentemente da condição social das mulheres. A não observação desses preceitos implica na afirmação de que as mulheres não possuem capacidade de “gerenciar” a vida sexual e reprodutiva e transfere ao Estado essa responsabilidade. Não podemos falar em autonomia reprodutiva se existem obstáculos estruturais que impedem as escolhas, ou que conservam as desigualdades sociais, raciais e de gênero.

Sem justiça e redistribuição o acesso pleno aos direitos fica comprometido, a garantia dos direitos humanos fica em segundo plano e não se viabilizam as condições estruturais de manutenção da vida e dos direitos das mulheres sobre seu corpo. Estamos falando em planejamento reprodutivo e de garantias para gestação e puerpério em segurança, para aquelas que assim escolheram. Estamos falando sobre o poder de decidir, sobretudo das mulheres negras e pobres, denúncias estas que já vimos realizando desde a década de 1980.

E assim, por hora encerramos nossa pesquisa. Nesse período muita coisa aconteceu, vencemos uma fase assustadora chamada de pandemia, o que impactou diretamente nossa percepção sobre a vida, sobre nossas prioridades, e, produzir uma pesquisa em um ambiente inóspito se apresenta como grande desafio. E, em meio a isso tudo vivenciamos os ataques aos direitos das minorias, sob mando de um Governo conservador, que já demonstramos nesta pesquisa. Contudo, este ano vivenciamos uma nova mudança de governo, e esperamos que também uma nova direção. Esperamos as retomadas das Conferências, do respeito as mulheres e as diversas “minorias” que temos no país. Não assistiremos os próximos capítulos, mas seremos protagonistas dessa história, mesmo em tempos de democracia sob ataque, e coação de diversas mulheres em espaços públicos e privados. Assim, **EXISTIMOS E RESISTIMOS!**

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M. de; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Caderno Saúde pública Rio de Janeiro**, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, nov. 2013.

ALMEIDA, C. C. L.; LOLE, A. Cultura, história e serviço social. **Revista EM PAUTA**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 38, p. 384-389, 2017.

ARRUZZA, C.; BHATTACHARYA, T.; FRASER, N. **Feminismo para os 99%: um manifesto**. São Paulo: Boitempo, 2019.

BEHRING, E. R. **Brasil em Contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BENTO, M. A. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: BENTO, M. A. S.; CARONE, Iray. (orgs.) **Psicologia Social do Racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 2003.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 3a ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

BRANDÃO; MARINS. Cotas para negros no Ensino Superior e formas de classificação racial. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 27- 45, 2007.

BRASIL. **Lei Nº 2.889, de 1º de outubro de 1956**. Define e pune o crime de genocídio. Rio de Janeiro, 1 de outubro de 1956.

_____. **Dossiê apresentado a Comissão Especial dos Direitos da Reprodução – Da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro pela Comissão de Mulheres do MUB e Centro Comunitário de Duque de Caxias**. Rio de Janeiro, 1986.

_____. **Relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Relatório de n.02**, Brasília, 1993.

_____. **Decreto nº 1.973 de 1º de agosto de 1996. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994**. Brasília: Presidência da República, 1994.

_____. **Secretaria de Políticas para as Mulheres. I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Presidência da República, 2004.

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

_____. **Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004.

_____. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Secretaria de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2008.

_____. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha.** Brasília: Ministério da Saúde 2011.

_____. **Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.

_____. **Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013 - 2015.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.

_____. **Recomendação nº 29. São Paulo. 07 de maio de 2019.** Brasília: Ministério Público Federal, 2019.

BUTLER, J. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CATOIA, C. *et al.* Caso “Alyne Pimentel”: Violência de gêneros e interseccionalidades. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 1, p. e60361, 2020.

CAMPOS, L. A. **O pardo como dilema político.** Insight inteligência, 2013.

CHAUÍ, M. de S. **Sobre a violência.** Belo Horizonte: Autêntica. 2017

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

CARNEIRO, S. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. **Gelédes**, 2003. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/enegrecer-o-feminismo-situacao-da-mulher-negra-na-america-latina-partir-de-uma-perspectiva-de-genero/>. Acesso em: 07 set. 2020.

CARTA CAPITAL. Parto normal ou cesárea? **Carta Capital**, 2015. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/saude/parto-normal-7111/>. Acesso em: 18 set. 2023.

CASSAB, L. A. "Violência de gênero". In: **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015. p. 376-378.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2008.

COLLINS, P. H. **Pensamento Feminista Negro**. Tradução de Jamille Pinheiro Dias. São Paulo: Boitempo. 2019.

COLLINS, P. H. **Em direção a uma nova visão: raça, classe e gênero como categorias de análise e conexão**, Reflexões e práticas de transformação feminista. São Paulo: SOF, 2015.

COMISSÃO DE MULHERES DO MUB. **Dossiê Caxias: maternidades maltratando mulheres e bebês causam até mortes!** Rio de Janeiro: ALERJ, 1986.

CRENSHAW, K. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. **Estudos Feministas**, n. 10, p. 171-188, 2002.

DAMASCO, M. S. **Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1996)**. 2009. 159 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DAVIS, D. 2020. **Racismo obstétrico: a política racial da gravidez, do parto e do nascimento** (tradução) *Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing*. Medical Anthropology. submissão: 18/08/2020 | aprovação: 22/12/2020. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7538574/mod_resource/content/1/Racismo%20obst%C3%A9trico.pdf. Acesso em 10 de out. de 2023.

DELFINO, C. C. S. **Atenção integral à saúde da mulher: um olhar sobre processo interseccional de gênero e raça**. 2019. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

Diniz, S. G. Que valores escolhemos nesse ritual? **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n.2, p. 523-527, 2002.

_____. O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Pau. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006 Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sao_Paulo. Acesso em: 12 out. 2023.

_____. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e

propostas para sua prevenção. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015.

D'OLIVEIRA, A F.P.L. **Gênero e violência nas práticas de saúde: contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher**. São Paulo, 1996. 193p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, v. 1, p. 1-20, 2004.

FREITAS, R.; BARROS, N. "O enfrentamento à violência contra mulheres Universidade e Redes". Estudos de Gênero - Diversidade de Olhares num mundo global (org. Anália Torres, Dália Costa e Maria João Cunha), Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas – Universidade de Lisboa, 2018.

FRASER (2007). Reconhecimento sem ética? Nancy Fraser Lua Nova, São Paulo, 70: 101-138, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/JwvFBqdKJvndHhSH6C5ngr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 de out. 2023.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

GADELHA, Ana Giselle dos Santos. O ativismo de mulheres negras do município do Rio de Janeiro na construção de políticas públicas de saúde - a pauta da violência obstétrica / Ana Giselle dos Santos Gadelha. -- 2020.174 f.

GOHN, Maria da Gloria. Movimentos sociais na contemporaneidade. In: *Revista Brasileira de Educação*. v. 16. n. 47.maio-ago. 2011.

GOES et al. Mulheres negras, racismo e a (não) garantia dos direitos reprodutivos.18º REDOR: Perspectivas Feministas de gênero: Desafio no campo da Militância e das praticas.2014. Disponível em: <http://www.ufpb.br/evento/index.php/18redor/18redor/paper/viewFile/1941/679>. Acesso em 13 de out. de 2023.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio. **Racismo e anti-racismo no Brasil**. São Paulo, Editora 34, 1999.

GONZALEZ, L. **Primavera para as rosas negras**. Rio de Janeiro: UCPA Editora, 2018.

GONZALEZ, L; HASENBALG, C. **Lugar de negro**. São Paulo: Marco Zero, 1982.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Brasília, Anpocs, p. 223-244, 1984. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20L%20-%20Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira%20%281%29.pdf. Acesso em 10 de out. 2023.

GRUPO CERES. **Espelho de venus: identidade sexual e social da mulher** / Grupo Ceres. __. Sao Paulo: Brasiliense, 1981. 383p. Número de Chamada: 301.417633 G892e -

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial, tradução de Mariza Corrêa. **Cadernos Pagu**. Campinas, n.5, p. 07-41, 1995.

hooks, b. **O Feminismo é para todo mundo**. Tradução de Ana Luiza Libânio. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

KETZER, Patrícia. “Como pensar uma Epistemologia Feminista? Surgimento, repercussões e problematizações”. **Revista Argumentos**, Fortaleza, jul. /Dez.2017.

KILOMBA, G. **Memórias da Plantação**: episódios de racismo cotidiano. Tradução Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

KILOMBA, Grada. **Descolonizando o conhecimento**: Uma Palestra – IPerformance de Grada Kilomba. Tradução: Jessica Oliveira. 2016

LEAL et al. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. In: **Saúde da População Negra no Estado de São Paulo, SUPLEMENTO 6 DO BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO PAULISTA**. 2006. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/revista_edicao.pdf. Acesso em 08 de agosto de 2022.

Leal MC, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup: S17-S47, 2014.

LIMA, T. M. M. **Violência obstétrica**: as disputas discursivas e a luta das mulheres /Tatiane Michele Melo de Lima. - 2019.

LOURO, Guacira Lopes. “**Uma epistemologia feminista**”, **Gênero, sexualidade e Educação**: uma perspectiva pós-estruturalista, 6ª ed., Petrópolis: ed. Vozes, 1997.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: Política Pública, comportamento organizacional e Ethos profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010

MEDEIROS, L. A. de. **Mulheres no espaço político**: uma construção na vida e da vida. Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 1998

MEDEIROS, Luciene Alcinda de. **Políticas de enfrentamento da violência doméstica contra a mulher**: o processo de formulação para agenda governamental no Estado do Rio de Janeiro (1986-2006). Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2012.

MELO, H. P. de. **Mulheres e poder**: histórias, ideias e indicadores. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2018.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINAYO, M. C. S.; MINAYO-GOMÉZ, C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Orgs.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003

MINAYO, MCS. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

_____. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta in. MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. GOMES, R. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MUNIZ, B. M. de V.; BARBOSA, R. M. **Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência** Memórias Convención Internacional de Salud Pública Cuba. Havana, 2012.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. **O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras**. Physis, 2017.

NARVAZ. M. G.; KOLLER, S. H. Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, 2006, pp. 647-654.

OLIVEIRA, S. M. L. **Por um recorte genealógico da categoria violência obstétrica**. 2019. 237 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Informe mundial sobre la violencia y salud**. Genebra (SWZ): OMS, 2002.

OSIS, M. J. D. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 1, 1998.

PITANGUY, J. A Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes: memórias para o futuro. In.: **Cartas das Mulheres Brasileiras aos Constituintes – 30 anos depois**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

PIZA, E. **Adolescência e racismo: uma breve reflexão**. An. 1 Simp. Internacional do Adolescente May. 2005. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000100022&script=sci_arttext. Acesso em: 03 maio. 2023.

PETCHESKY, R. P. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. São Paulo: Editora 34, 1999.

PROGIANTI et al. Repercussões da episiotomia sobre a sexualdade/sexualidade. **Esc. Anna Nery** 12, n. 1, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000100007>. Acesso em: 20 fev. 2022.

PULHEZ, M. M. **A “violência obstétrica” e as disputas em torno dos direitos sexuais e Reprodutivos. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10.** Florianópolis, 2013.

RAGO, M. **A aventura de contar-se: feminismos, escrita de si e invenções da subjetividade.** Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2013.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2017.

RIO DE JANEIRO. **Relatório final da Frente Parlamentar de Combate à Violência Obstétrica e à Mortalidade Materna da ALERJ (2022).** Rio de Janeiro: ALERJ, 2022. Disponível em: https://monicafrancisco.com.br/relatorios/frente_parlamentar.pdf. Acesso em: 04 set. 2023.

RODRIGUES; FREITAS. Ativismo Feminista Negro no Brasil: do movimento de mulheres negras ao feminismo interseccional. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, n. 34, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/NFdhTdVLSRPHzdDzVpBYMq/>. Acesso em: 13 out. de 2023

SAFFIOTTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. S. de. **Violência de gênero: poder e impotência.** Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SÁNCHEZ, S. B. **Obstetric Violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues?** 2014. Tese (Mestrado em Estudos sobre Mulheres e Gênero) – Utrecht University, Utrecht, 2014.

SANTOS, E. C. da C.; PEREIRA, M. A. P. REDE CEGONHA: Avanços e Desafios para Gestão em Saúde no Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 5, p. 18639-18654, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/crisd/Downloads/admin,+017+BJHR.pdf>. Acesso em: 02 out. 2023.

SANTOS, J. F. de A. dos. **Enfrentamento à violência obstétrica contra mulheres negras numa maternidade pública municipal do Rio de Janeiro na perspectiva de gestoras (es) e profissionais de saúde /** Jussara Francisca de Assis dos Santos. – Rio de Janeiro, 2019.

SANTOS, T. de S. **CPI: definição, legitimados, limitações, poderes, finalidade e principais CPI's do Brasil.** 2022. Disponível em: <https://tiagoages.jusbrasil.com.br/artigos/159460426/cpi-definicao-legitimados-limitacoes-poderes-finalidade-e-principais-cpi-s-do-brasil>. Acesso em: 07 fev. 2022.

SCHUMAHER, S. **O Lobby do Batom, para dar o nosso tom**: a Constituição Federal e os avanços no âmbito da família e da saúde. Anais de seminário: 30 anos da Carta das mulheres aos Constituintes. 2018. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/publicacoes/serie_anais_de_seminarios/2018/serie_anais_de_seminarios_da_emerj_2018_65.pdf. Acesso em: 13 out. 2023.

SCOTT, J. W. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SENA, L. M. **Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica**. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SENAPESCHI, E. S.; PERES, L. **Dossiê de 30 anos da Rede Feminista de Saúde: democracia, saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos**. Curitiba: CRV, 2021.

SOUSA, M. E. A. de. **Promoção da saúde e equidade: contribuições dos Planos Nacionais de Políticas para Mulheres em situação de vulnerabilidade** / Maria Eliane Alves de Sousa. -- 2018.

TELES, M. A. de. **A Breve história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

TESSER et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 10, n. 35, 2015.

THOMPSON, P. **A voz do passado**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

WERNECK, J. **O livro da saúde das mulheres negras**: nossos passos vêm de longe. Rio de Janeiro: Pallas: Crioula, 2000.

WERNECK, Jurema. **Mulheres Negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas**. 2009

.

WERNECK, J. **Racismo Institucional**: uma abordagem conceitual. Projeto Mais Direitos e Mais Poder para as Mulheres Brasileiras, 2013.

VENEZUELA. **Lei nº 38.668, de 23 de abril de 2007. Ley Organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Caracas: Assembleia Nacional da República Bolivariana da Venezuela. Venezuela, 2007. Disponível em: <http://www.derechos.org.ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia>. Acesso em: 02 ago. 2023.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL
PROJETO DE PESQUISA DE TESE

Área de concentração: Sujeitos Sociais e Proteção Social.

Aluna: Cristiane Cordeiro da Silva Delfino

Orientadora: Rita de Cássia Santos Freitas

TEMA: Violência obstétrica, feminismos e lutas das mulheres no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 1980/1990

Questionário acerca do relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil

Nome:

Contribuição para CPMI:

- 1. Quais embates foram travados para constituição de uma CPMI que tratava de um assunto específico de mulheres? Destaque os limites e desafios da constituição da CPMI.**
- 2. Qual foi o principal objetivo da CPMI. Ele foi alcançado?**
- 3. O que a abertura de uma CPMI significou para as mulheres brasileiras? Qual a contribuição do feminismo negro nesse processo?**
- 4. O relatório final da CPMI não reconhece a raça como critério central na discussão. Como você avalia isso?**
- 5. Destaco em minha pesquisa a CPMI como um mecanismo de enfrentamento a violência obstétrica, embora reconheça que esse termo não era utilizado à época. O que você acha dessa afirmação?**
- 6. Gostaria de deixar alguma contribuição que não foi abordada nos itens anteriores, acerca do tema?**

ANEXO B – COMO DENUNCIAR A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - (Central de Atendimento 1746).

NUDEM – NUCLEO DE DEFESA DA MULHER DEFENSORIA PÚBLICA RJ:
Rua do Ouvidor, 90, Andar:4º Andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ Agendamento via:(21) 23326371 ou (21) 972268267, Emails:nudem@defensoria.rj.def.br, Atendimento de Seg a Qui, de 10h às 18h.

NUDIVERSIS - Núcleo dos Direitos Homoafetivos e Diversidade Sexual: Av. Rio Branco, 147 - 12 andar, Ed. Gustavo José de Mattos - Centro, Rio de Janeiro - RJ, Agendamento via: (21) 23326186 ou 23326344, Whatsapp: (21) 974394437 ou 965513809, Atendimento de 2ª à 6ª feira, de 11:00 às 18:00.

GT DE PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DA ALERJ:
e-mail:gtviolenciaobstetrica.alerj@gmail.com

SOS MULHER- COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER: 0800 282 0119, Atendimento de 9h às 18h, Whatsapp da Comissão da mulher:, Agendamento via: (21) 97473 5876 ou (21) 96720 2393.