

Violência obstétrica e desigualdades estruturais: análise interseccional de uma audiência pública federal

Obstetric violence and structural inequalities: intersectional analysis of a federal public hearing

Beatriz Maria Alencar Lira

Bacharel em Psicologia. Universidade Federal de Alagoas. E-mail: beatrizlira.psi@gmail.com

© 0009-0007-4887-0557.

Telma Low Silva Junqueira

Doutora em Estudos de Gênero. Universidade Federal de Alagoas. E-mail: telma.low@ip.ufal.br

© 0000-0001-8852-114X.

Resumo

A violência obstétrica convoca as políticas públicas de educação e de saúde a se responsabilizarem por uma formação, gestão e assistência em saúde dignas. Neste texto, analisamos a primeira audiência pública realizada pela Comissão Especial de Violência Obstétrica e Morte Materna, da Câmara dos/as Deputados/as, à luz do feminismo negro interseccional, focalizando nas disputas conceituais sobre o termo e nos sentidos produzidos para a atenção em saúde no ciclo gravídico-puerperal.

Palavras-chave: Saúde. Feminismos. Violência Obstétrica. Interseccionalidade. Câmara dos/as Deputados/as.

Abstract

Obstetric violence calls on public education and health policies to take responsibility for providing decent training, management and health care. In this text, we analyze the first public hearing held by the Special Committee on Obstetric Violence and Maternal Death of the Chamber of Deputies, in light of intersectional black feminism, focusing on the conceptual disputes about the term and the meanings produced for health care in the pregnancy-puerperal cycle.

Keywords: Health, Feminisms, Obstetric Violence. Intersectionality. Chamber of Deputies.

DOI: será <https://doi.org/10.18616/rdsd.v11i1.95>

Recebido: 06-02-2025

Aprovado: 08-04-2025



PPGDS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO - UNESC



1. Situando a violência obstétrica à luz dos estudos feministas de gênero

A Violência Obstétrica (V.O.) é considerada uma violência de gênero por ser fruto de desigualdades de poder exercidas no contexto de instituições de saúde, em especial nas relações entre pessoa usuária – mulher e outra pessoa gestante, parturiente, que vivencia situações de abortamento e puérpera¹ – e trabalhador/a da saúde, autorizado pelas dinâmicas patriarcais, racistas, sexistas, capacitista, elitistas e biomédicas de controle destas pessoas e/com seus corpos, em sua maioria, mulheres cisgêneras negras (Marques, 2020).

A V.O. pode se apresentar de diversas formas: físicas, verbais, sexuais, humilhações, constrangimentos, negligência, peregrinação, más condições estruturais, entre outros desrespeitos. Leite *et al.* (2024, p. 2) completam que a V.O.

Apresenta três características específicas: ocorre exclusivamente nos serviços de saúde, incluindo ambulatorios, consultórios e maternidades; os perpetradores são frequentemente profissionais de saúde; e, por fim, tem uma natureza dupla, combinando atos interpessoais (violência física/verbal) com aspectos institucionais (maternidades sobrecarregadas, com estrutura e recursos humanos inadequados)

O conceito de gênero é central para compreendermos essa temática, bem como as dinâmicas com que nossa sociedade se organiza, demarcando “diferenças culturais e sociais que impõem papéis diferentes a ambos os sexos, colocando a mulher em posição de desigualdade e subalternidade em relação aos homens” (Marques, 2020, p.100). A violência de gênero, por sua vez, foi definida pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Brasil, 1996) como: “qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto privado”.

É essa a definição que tomaremos aqui, entendendo, à luz de Saffioti (2001), que violência de gênero é um conceito amplo, que se baseia na utilização da dominância postulada pelo patriarca, ou por outras pessoas que exerçam esse lugar social, através de um poder hierárquico, autoritário e desigual, delegado por ele. Nesse ínterim, refletimos sobre as relações de poder entre os gêneros que são tensionadas na organização patriarcal e sexista da sociedade, inclusive em serviços de saúde, sempre articuladas e interseccionadas com as questões de cor/raça e etnia, sexualidade, classe social, deficiência, território, geração etc.

O parto, segundo Maldonado (2017), em especial até o século XVII, era considerado um fenômeno natural, que acontecia entre e com mulheres, com a presença das parteiras,

¹ Reconhecemos a diversidade de identidades de gênero que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal - pessoas transmasculinas, não-binárias, mulheres cisgênero etc. No entanto, este texto foca nas mulheres cisgêneras, visto que, na audiência pública analisada e na maioria dos artigos pesquisados, são elas as mais citadas e afetadas pela violência obstétrica. Ademais, reconhecemos que existem diferentes aspectos da violência obstétrica vividos especificamente por pessoas com identidades não hegemônicas e que não daremos conta de discutir ao longo deste trabalho.

que, “[...] com sua experiência, criava um clima emocional favorável para a parturiente” (p. 20). Após esse período, a assistência ao parto logo se torna o lugar de atestado de fragilidade e de dependência das mulheres, as quais passaram a ser resguardadas pelas figuras médicas, já que o corpo feminino

estaria repleto de erros que precisariam ser corrigidos; sendo assim, o corpo da mulher precisava ser controlado mediante procedimentos médicos a fim de garantir a segurança no parto” (Trajano & Barreto, 2021, p. 4).

Essa ideia de corpo imperfeito e de erros, ao se referir às mulheres, aponta como o parâmetro da ciência positivista se baseou na anatomia e corpo cisgênero masculino para construir seus conhecimentos, considerando o homem como sujeito universal “perfeito”. De modo que, como pontua Diniz (2000, p. 2), neste contexto da vida reprodutiva, as mulheres gestantes: “eram tratadas não como pessoas, com necessidades adicionais e singulares, mas sim como embalagens do feto, como uma ‘pélvis ambulante’ assexuada”, um meio para alcançar o fim – o/a bebê.

Essa construção objetificadora patriarcal possibilita a ocorrência de diversos abusos e violências, não apenas no momento do parto, mas que circundam todo o ciclo gravídico puerperal. É nesse contexto que os estudos feministas de gênero e os movimentos feministas e de mulheres vêm denunciando, desde a década de 80, as violações que permeiam o cuidado em saúde reprodutiva, exigindo uma legislação que abarque e tipifique o conceito de V.O. no Brasil (Diniz *et al.*, 2015).

De maneira que, enquanto não temos uma regulamentação nacional, pesquisadoras e militantes têm se fundamentado em algumas legislações internacionais, como a venezuelana², que define a V.O. como:

Apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, que se expressa em um trato desumanizador, no abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (Trajano & Barreto, 2021, p. 3).

É urgente que a V.O. seja visibilizada como uma questão de saúde pública no Brasil, como destacou a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014 (Diniz *et al.*, 2015). Pois, este é um caminho importante para que possamos notificar e gerar dados epidemiológicos oficiais, que possibilitem sua prevenção e responsabilização.

1.1 A violência obstétrica no Brasil: desafios frente à formação em saúde e produção de informações oficiais

No Brasil, temos duas grandes pesquisas de abrangência nacional: a pesquisa

2 A Venezuela foi o primeiro país da América Latina a usar o termo violência obstétrica e defini-lo em uma legislação.

realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010) e a pesquisa Nascer no Brasil 1³ (Leal *et al.*, 2012), realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Na primeira, temos que 25% das mulheres sofreram V.O. no Brasil. Já na segunda (2012), é identificado que cerca de 45%, das quase 24 mil participantes, afirmaram ter vivenciado alguma situação de violência durante o parto.

Segundo resultados da pesquisa Nascer no Brasil 1, as mulheres negras (pretas e pardas) são mais negligenciadas em comparação às brancas: têm razão de chance 23% maior de não ter vinculação à maternidade; 33% de peregrinação; 67% de não ter acompanhante em nenhum momento da hospitalização; 62% de ter um pré-natal inadequado e receber menos orientação (22% sobre o início do trabalho de parto e 21% sobre as complicações na gravidez). Por outro lado, mulheres brancas e com maior escolaridade são mais propensas a sofrer intervenções desnecessárias, como episiotomia, uso de ocitocina e cesárea eletiva. No entanto, quando as mulheres negras recebem episiotomia, tem 49% de chance de não receber anestesia (Leal *et al.*, 2017).

Em 2023, foi divulgado um relatório parcial da pesquisa Nascer no Brasil 2 que reitera a discussão sobre as desigualdades raciais vivenciadas entre brancas, pardas e pretas na assistência ao pré-natal e parto. Os resultados apontam para uma menor ocorrência de boas práticas no trabalho de parto de mulheres pretas, pré-natal com menor número de consultas e exames, menor vinculação à maternidade para o parto e menos acesso a orientações, resultando em maior peregrinação para conseguirem parir (Leal, Granado, Bittencourt, Esteves & Caetano, 2023).

Esses dados nos convidam a re-pensar sobre como os cursos e profissões da saúde estão se qualificando para atuar neste cenário, em especial a psicologia, nossa área de atuação e pesquisa. Assim, enfatizamos a importância da práxis da psicologia no atendimento a essas mulheres, prevenindo violações e mitigando as consequências da V.O., a partir da oferta de uma escuta acolhedora e atenta às intersecções entre gênero-cor/raça-etnia-classe, bem como enquanto uma ponte junto à equipe, chamando a atenção para a oferta de práticas de cuidado em saúde humanizadas e respeitadas, com enfoque em uma atuação coletiva no enfrentamento da V.O.

Maldonado (2017) destaca a gestação como um dos períodos críticos de transição, caracterizado por alterações hormonais, reajustamentos inter e intrapsíquicos, mudança na identidade e na função social. Considerando também a pressão social acerca do exercício da maternidade, as expectativas para o nascimento, entre outros fatores que evidenciam os impactos emocionais vivenciados durante o ciclo gravídico-puerperal. Somando-se a isso, vivências traumáticas, entre as quais a V.O., podem

cooperar para a emergência de sentimentos de inferioridade, angústia, tristeza e até

³ Está em andamento a segunda edição da pesquisa Nascer no Brasil 2, também realizada pela Fiocruz.

para o desenvolvimento de psicopatologias. Também podem inferir sobre a concepção da mulher acerca de outras gestações, sobre os profissionais de saúde e instituições hospitalares (Noli, Silva, Ferreira & Cozza, 2021, p.6).

Apostamos, portanto, na potência ética e política da contribuição da psicologia neste contexto, de forma que a escrita deste trabalho é também um convite para que mobilizemos e dialoguemos com estudantes e pessoas trabalhadoras da saúde, em especial psicólogos/as, que atuam em serviços de saúde referenciados para os cuidados em saúde reprodutiva, com foco no ciclo gravídico-puerperal.

Neste artigo nos propomos a analisar os resultados de uma pesquisa documental realizada no contexto do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), desenvolvida entre os anos de 2023 e 2024, no curso de psicologia de uma universidade pública federal situada em uma capital do nordeste do Brasil, intitulado “O bebê tá bem e eu perguntei sim e a mãe tá bem?. Disputas e controvérsias em torno da violência obstétrica no contexto brasileiro”, coordenado pela profa. Dra. Telma Low. Essa pesquisa compõe um projeto guarda-chuva voltado a investigar a saúde materna e infantil no estado de Alagoas, coordenado pela professora Dra. Débora Allebrandt.

Discorreremos, portanto, sobre os sentidos produzidos para a V.O. na primeira audiência pública realizada pela Comissão Especial de Violência Obstétrica e Morte Materna, na Câmara dos Deputados e Deputadas, intitulada “Violência obstétrica e morte materna: panorama do sistema de saúde”. Esta Comissão está focada em analisar a questão da V.O. e morte materna no país, identificando as práticas exitosas que se propõem a combatê-la, bem como garantir o direito das mulheres e outras pessoas a vivenciarem a gestação, parto, puerpério e situações de abortamento de modo digno, sem sofrerem violações e violências.

2. Pesquisa feminista, conhecimento situado e interseccionalidade

Nossa pesquisa foi construída a partir da epistemologia e metodologia feministas, pautando a problematização das relações de poder-saber-fazer que sustentam estruturas sociais, instituições, produção do conhecimento e relações entre seres humanos e não humanos. Haraway (1995) nos inspira na produção de uma ciência feminista, que constrói um conhecimento situado, parcial, sem pretensão alguma de se tornar universal e hegemônico. De modo que nos interessa tensionar a racionalidade positivista e re-afirmar que, para nossa ciência, “objetividade feminista significa, simplesmente, saberes localizados” (Haraway, 1995, p. 18).

Entendemos que a V.O. evidencia uma hierarquia que estrutura e diferencia a atenção em saúde ofertada para/com mulheres e outras pessoas com útero, sendo relevante analisar e refletir sobre como as categorias opressoras operam e incidem na vulnerabilidade de corpos e prescrevem ações, políticas e atendimentos. Para tanto, recorreremos ao conceito de interseccionalidade, cunhado e definido por Kimberlé Crenshaw (2002, p. 177) como:

[...] 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. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento.

Dialogando também com as ideias de Collins e Bilge (2021), tomamos a interseccionalidade como uma categoria analítica das relações que estruturam a sociedade, vislumbrando pesquisar as informações sobre V.O. identificadas na audiência, a partir de uma lente interseccional.

Em termos dos procedimentos metodológicos, acessamos o site da Comissão Especial sobre Violência Obstétrica e Morte Materna⁴ (Câmara dos/as Deputados/as, 2023a), onde constam todas as audiências públicas realizadas até o momento. Dentre as informações existentes no site, localizamos a agenda da Comissão, com todas as atividades, incluindo as audiências públicas realizadas até o momento.

Focalizamos nossa análise na audiência pública do dia 18 de abril de 2023, intitulada "Violência obstétrica e morte materna: panorama do sistema de saúde" (Câmara dos/as Deputados/as, 2023b). Essa escolha foi motivada por ter sido a primeira audiência da Comissão após seu ato de criação e também por ter a proposta de tecer um panorama geral de como se encontra a assistência em saúde obstétrica no Brasil, em termos da V.O. Tivemos acesso ao conteúdo da audiência na íntegra através do site da Comissão, que também está disponível na plataforma Youtube⁵. Na página do site dedicada a esta audiência, também localizamos a transcrição de todas as falas, o que auxiliou no processo de análise.

⁴ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/57a-legislatura/violencia-obstetrica-e-morte-materna>

⁵ <https://www.youtube.com/watch?v=uHu2ONBBWC4>

Figura 1: Página do site da Comissão Especial dedicada a audiência “Violência obstétrica e morte materna: panorama do sistema brasileiro”



Fonte: Câmara dos/as Deputados/as, 2023

A análise da audiência foi organizada a partir de 5 grandes eixos, que se articulam e dialogam entre si: Sentidos produzidos sobre V.O.; Sentidos produzidos para a assistência em saúde; Estratégias de prevenção e responsabilização.; Formação em saúde e violência obstétrica; Quem são as sujeitas que gestam, parem, puerperam e abortam presentes (e ausentes) na audiência. A escolha dos eixos se deu a partir dos debates e estudos que realizamos ao longo da pesquisa.

Nosso intuito neste artigo é tecer questões situadas e parciais, a partir do encontro com o feminismo negro interseccional. Tomamos como ênfase a intersecção entre gênero e outros marcadores sociais, como cor/raça, etnia, sexualidade, classe, deficiência e território, investigando se são, ou não, trazidos na audiência, para além da ideia de caracterização de um perfil. Também analisaremos se as pessoas debatedoras trazem questões acerca das opressões, hierarquias e desigualdades que estruturam a oferta do cuidado em saúde à população brasileira, em especial no SUS.

3. Potencialidades e desafios do debate sobre violência obstétrica na Câmara de Deputados/as

3.1 Situando a Comissão Especial sobre Violência Obstétrica e Morte Materna

Em 07 de março de 2023, foi criada a Comissão Especial para Estudo das Razões do Aumento de Denúncias de Violência Obstétrica e a Alta Taxa de Morte Materna no Brasil, solicitada pela Deputada Soraya Santos (PL-RJ). A deputada relata que “em 2019, a Central

de Atendimento à Mulher em Situação de Violência registrou 116 casos de violência obstétrica, contra apenas 15 no ano anterior” (Câmara dos/as Deputados/as, 2023c).

Esse aumento expressivo das denúncias justificou a criação da comissão, que se propõe a conceituar e tipificar a V.O., fornecendo base legal para a proteção das vítimas. Esta é uma comissão de extrema importância, visto o compromisso internacional assinado pelo Brasil na Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Cedaw), em 2002, entre elas, podemos situar a V.O. Os objetivos da Comissão, segundo o seu plano de trabalho, divulgado em abril de 2023, são:

Conceituar a violência obstétrica; Debater conceitos estabelecidos pela OMS (Organização Mundial de Saúde); Debater sobre a qualidade do atendimento pré-natal no país, ouvindo especialistas das áreas de ginecologia e obstetrícia, bem como as implicações e causas na morte materna no Brasil; Conscientizar sobre a importância da autonomia das mulheres na escolha do parto e procedimentos; Debater sobre os riscos e benefícios da cesárea e a importância de sua assertiva indicação; Entender os riscos da violência obstétrica pela perspectiva da criança, bem como a necessidade do acompanhamento do pré-natal e neonatal; Debater a necessidade do planejamento de parto junto às instituições de saúde (Câmara dos Deputados, 2023d).

Observamos a presença de temas importantes, como a conceituação da V.O., a discussão sobre a cirurgia cesariana e a importância da autonomia das mulheres nas tomadas de decisão. No entanto, identificamos a lacuna da problematização acerca das disparidades nos indicadores de V.O. e morte materna de mulheres negras, que é sabidamente maior do que entre mulheres brancas, bem como a intersecção de gênero com outros marcadores (classe, território, deficiências, sexualidade etc.) como fatores preponderantes no exercício da V.O. Além disso, as situações de abortamento foram pouco visibilizadas e consideradas como cenário de V.O.

O processo de composição da Comissão se deu a partir da indicação que os/as líderes dos partidos fizeram, designando seus/suas respectivos/as membros/as, titulares e suplentes, para serem incluídos/as no plano de trabalho, resultando em um total de 23 deputadas e 7 deputados. Até o momento de escrita deste texto, 11 audiências públicas tinham sido realizadas. Todas foram transmitidas pelo Youtube ao vivo, podendo contar com a interação da população através de comentários trazidos no chat da transmissão. Este é um importante espaço, pois, para além de um instrumento de educação política e informação para a população, as audiências públicas interativas podem fomentar que a sociedade participe, de algum modo, do processo político, contribuindo para uma possível representação mais inclusiva no exercício da democracia (Barros, Monteiro & Santos, 2018).

3.2. Sobre a Audiência Pública “Violência obstétrica e morte materna: panorama do sistema de saúde”

A audiência em tela foi realizada no dia 18 de abril de 2023, com duração de 2 horas e 6 minutos. Contou com participação de gestores/as de cada uma das cinco regiões

do Brasil, que discutiram os temas centrais da comissão. As pessoas convidadas foram: o deputado federal Luiz Antonio de Souza Teixeira Junior, ou deputado Doutor Luizinho (PP-RJ), Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro; a deputada federal Carmen Zanotto (Cidadania-SC), Secretária de Saúde do Estado de Santa Catarina; Edson Castro, Secretário Adjunto de Saúde do Estado de Roraima; Clarissa Leite Campos, assessora da Diretoria de Gestão do Cuidado da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, que por sua vez foi representada por Cândida Pimentel, da Área Técnica de Saúde da Mulher; João Rocha Vilela, ginecologista e obstetra, colaborador da Secretaria da Saúde do Distrito Federal.

As falas destacavam algumas das principais dificuldades em cada uma das localidades representadas, bem como as boas práticas executadas. Contribuindo com o mapeamento do cenário geral brasileiro e com o planejamento das ações propostas pela Comissão: visitas técnicas e seminários regionais, que ainda não ocorreram. Apesar de a Comissão abordar a morte materna, nos atemos neste texto à análise dos sentidos produzidos acerca da V.O.

4. Tecendo sentidos violência obstétrica e desigualdades estruturais na audiência pública

4.1 “Se agride a dignidade é, portanto, uma violência” (João Rocha Vilela): disputas conceituais sobre o termo violência obstétrica

Definir o conceito de V.O. é um desafio, devido às disputas em torno dos termos usados para descrever abusos e maus-tratos a mulheres e outras pessoas que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal, incluindo situações de abortamento. Em 2019⁶, o Ministério da Saúde (MS) estampou essa disputa ao rejeitar o termo "violência obstétrica", alegando que não contribuía para o debate, sugerindo sua eliminação (G1, 2019). O Conselho Federal de Medicina (CFM), seguindo nessa mesma lógica, publicou uma nota em apoio ao MS, acrescentando que violência obstétrica seria um termo que culpabiliza, apenas, a categoria de médicos/as obstetras e “conturba a relação médico-paciente” (CFM, 2019).

No entanto, compreendemos que não há qualquer intenção em culpabilizar a classe médica, visto que a definição que tomamos de V.O. destaca que esta pode ser cometida por qualquer pessoa trabalhadora da saúde, não se reduzindo a médicos/as obstetras (Diniz *et al.*, 2015; Marques, 2020; Leite *et al.*, 2024). Na audiência, esse destaque é feito algumas vezes, como na fala da deputada Carmen Zanotto, que alicerça sua apresentação na Lei Estadual nº 18.322, de 2022, de Santa Catarina, que trata, nos artigos 34 e 35, a V.O.

⁶ Em 2019 o Brasil era liderado por um governo alinhado à direita conservadora, que deliberadamente atacava os direitos sexuais e reprodutivos de meninas e mulheres e outras pessoas com útero, a exemplo do desmonte da Rede Cegonha (MS, 2011), atual Rede Alyne, entre outros dispositivos de subjugação das mulheres (Medeiros & Araújo Júnior, 2024).

Segundo o artigo 34:

Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério.

A deputada reforça:

[...] eu falava da importância da comunicação entre todos os profissionais da área daquela unidade, que vai desde a zeladora, desde o profissional ou a profissional que está limpando aquele quarto, até o profissional da área médica. Todos nós temos que estar preparados para saber que com uma fala ou com um olhar podemos ali, naquele momento daquela mulher que está mais sensível, também estarmos causando uma violência obstétrica.

Cândida Pimentel, segue o mesmo debate afirmando que:

Violências obstétricas são aquelas ocorridas em todo o ciclo gravídico-puerperal, praticadas não só por obstetras, mas por toda a equipe de saúde que atende a mulher. Podem incluir também uma violência institucional que o serviço faz em relação a ela.

As narrativas de Carmen e Cândida convocam à responsabilização ampla da equipe de saúde e das instituições, destacando a caracterização da V.O. também como uma violência institucional que vai além da classe médica, em consonância com o que traz a literatura sobre o tema (Marques, 2020; Trajano & Barreto, 2021).

No entanto, identificamos que na legislação catarinense é previsto que um/a familiar ou acompanhante também pode ser agente de V.O. Esta responsabilização foge do escopo que a literatura inclui como V.O, que tem como uma das características, ser perpetrada pela equipe de saúde (Leite et al, 2024). Este foi o único momento na audiência em que outros/as agentes foram citados/as, não tendo sido retomados/as depois.

Identificamos que os discursos se aproximam de uma compreensão sobre V.O. alinhada à literatura. Em consonância com Leite *et al.* (2024), são ressaltados os impasses estruturais e institucionais como fatores que dificultam uma assistência digna, como falta de material e superlotação de salas de pré-parto. Simone Diniz e colaboradoras (2015) enfatizam, ainda, que tais violências podem ocorrer em qualquer momento do ciclo gravídico puerperal. João Vilela referencia essa definição destacando que,:

[...] em relação à violência, temos que deixar bem claro que a violência obstétrica pode ocorrer em qualquer momento, no pré-natal, no parto, por todos os profissionais que recebem e acolhem essa mulher. Então, a violência não é exclusiva do médico obstetra ou do ato do parto. A violência é muito mais ampla do que gostaríamos que fosse.

Identificamos que, apesar de nas definições as pessoas convidadas ampliarem as possibilidades de cenários para a V.O., ao longo das falas, o parto aparecia como o principal cenário em que a V.O. era exercida. Logo, no contexto da audiência pública, o pré-natal emergiu unicamente como lugar de prevenção da V.O, ao passo que é lá que as mulheres e outras pessoas gestantes são informadas sobre as boas práticas recomendadas.

Ademais, sabemos que a V.O. também é exercida na assistência ao pré-natal, quando não são ofertadas no mínimo 7 consultas previstas pela Rede Alyne/MS (Portaria 5.350 de 12 de setembro de 2024); quando o tempo de consulta é desigual, insuficiente e ofertado a partir do critério de cor/raça, classe social, idade das usuárias etc.; quando são negados ou oferecidos de modo incipiente e tardio exames, testagens, encaminhamentos para outros serviços da rede; quando a usuária não é vinculada à maternidade de referência; quando não tem informações sobre o direito da escolha de um/a acompanhante, entre outras orientações (Leite *et al.*, 2023; MS, 2024).

Analizamos também que as situações de abortamento foram as mais invisibilizadas, sendo trazidas somente por Carmen Zanotto e João Rocha Vilela e nem sequer foram citadas entre os objetivos e plano de trabalho da Comissão. Carmen Zanotto, deixa nítido como a V.O. pode aparecer nesse contexto:

A atenção humanizada, com todas as orientações necessárias, segura e de qualidade à parturiente, ao recém-nascido e à mulher em situação de abortamento é um direito. E, sim, nós temos casos de abortamento que não necessariamente são provocados. E não é raro a mulher ouvir: "O que você fez para estar abortando?" É como se aquele abortamento não pudesse ser um abortamento clínico.

Apesar das situações de abortamento terem sido nomeadas, as falas se restringiram aos abortos espontâneos, o que nos faz questionar como a Comissão compreende a V.O. contra mulheres que provocaram o aborto ou acessaram o direito de abortar nas 3 situações previstas em lei. Nesses casos, é comum que mulheres que necessitam de atendimento de saúde pós abortamento, sejam violentadas física e psicologicamente, através do uso de agulhas mais grossas em procedimentos, de falas grosseiras, moralistas e de cunho religioso sobre o ocorrido, esperem mais tempo para serem atendidas ou até recusem atende-las (Diniz *et al.*, 2015). Contudo, nada disso é abordado, ocasionando uma grande lacuna.

Destacamos também que, apesar de estar inscrito no código penal, não cabe às pessoas trabalhadoras da saúde fazer qualquer tipo de julgamento ou, ainda mais grave, punir quem aborta a partir de práticas abusivas. A cartilha construída pelo Grupo Curumim e pelo Coletivo Margarida Alves (2020), sobre V.O. em casos de abortamento, enfoca a problemática em torno do silêncio sobre o tema nas instituições de saúde, argumentando que seria consequência da criminalização e do estigma que ainda incide sobre o aborto. Do mesmo modo, o silêncio sobre o aborto no plano de trabalho e na própria audiência expressa esse estigma tão presente na sociedade e a esquiva das pessoas presentes na audiência⁷.

⁷ O Brasil viveu, em 2024, uma tentativa de criminalizar as situações em que o aborto já é legalizado (risco de morte para a mulher/pessoa gestante, gestação em decorrência de violência sexual e anencefalia fetal). Isso se deu através da Proposta de Emenda à Constituição 164/2012, aprovada na Comissão de Constituição e Justiça

De forma geral, observamos uma convergência entre as/os participantes quanto à definição de V.O., a ampliação dos/as agentes e dos cenários, porém produzindo sentidos que centralizam no parto o exercício da V.O. Destacamos a ausência de posicionamentos contrários ao uso do termo e/ou que questionassem sua validade, como o fez o CFM e o então MS, em 2019.

Entretanto, não observamos o uso do termo racismo obstétrico, nem uma ampliação da discussão dos impactos do racismo sobre a V.O., algo tão presente nos dados epidemiológicos sobre saúde reprodutiva, bem como nas narrativas de mulheres negras gestantes, parturientes e puérperas:

O termo racismo obstétrico é uma extensão da estratificação racial e está inscrito tanto na estigmatização historicamente construída das mulheres negras como nas lembranças de suas interações com médicos, enfermeiras e outros profissionais médicos durante e após a gestação (Davis, 2020, p. 755).

Cabe discutir, ainda na definição, as intrínsecas relações entre violência de gênero e V.O. Em um dado momento da audiência, a presidenta Soraya indaga quem está falando e tem como resposta: “Cândida Pimentel. Eu sou da Área Técnica de Saúde da Mulher. Trabalho na área de violência contra a mulher e na Rede Cegonha”. Diante disso, a deputada responde:

Quero deixar bem claro que nós não vamos entrar na discussão de violência contra a mulher especificamente, porque existem outras Comissões que estão tratando disso. Esta Comissão, que é uma Comissão Especial, está focada no tema da violência obstétrica, muito embora tratemos do tema da violência contra a mulher em vários momentos e em várias Comissões.

Questionamo-nos se essa interrupção expressa uma não compreensão da V.O. como uma tipificação da violência de gênero, em especial contra mulheres cisgêneras. E se as pessoas na audiência identificam, no exercício da V.O., as estruturas patriarcais e sexistas que a sustentam e que são frutos das desigualdades de poder, da misoginia e do racismo imbuídos no controle dos corpos femininos (Marques, 2020).

4.2 “É preciso respeitar a dignidade da mulher, respeitar a ciência e respeitar a autonomia do sujeito” (João Rocha Vilela)

Sendo a V.O. um resultado das dinâmicas de poder-saber-fazer entre pessoas trabalhadoras da saúde e usuárias, alicerçadas no patriarcado, racismo e tecnicismo na saúde, faz-se importante discutir sobre os sentidos produzidos quanto à assistência em saúde durante o ciclo gravídico puerperal, no contexto da audiência.

Nesse contexto, as pessoas destacaram um tema central: a autonomia das mulheres. Surge, então, o questionamento, feito por Soraya: qual o limiar entre decisão

da Câmara dos/as Deputados/as, no dia 27/11/2024, e retirada da pauta, após mobilizações dos movimentos de mulheres e feministas em todo o país.

autônoma da mulher usuária ou decisão clínica? Nesse ínterim, João Vilela explica:

Acho que a questão da violência obstétrica não é contrariar o que eu acho que é cientificamente correto. É preciso respeitar a dignidade da mulher, respeitar a ciência e respeitar a autonomia do sujeito. Isso é básico. Se eu não respeitar o desejo da mulher, já estou cometendo uma violência. Isso é fundamental, assim como não impor à mulher a condição de ser obrigada a ter um parto normal, porque, se não o tiver, ou se não amamentar o bebê, vai ser menos mulher.

Destacamos 3 aspectos na fala de João Vilela que nos inquietou: a) o uso da palavra “mulher” no singular, pois defendemos uma não universalização das experiências sociais, tomando sempre o plural “mulheres”, visto que somos múltiplas e diversas; b) a ênfase no respeito ao desejo das mulheres e às práticas baseadas em evidências, que precisam estar articuladas para a oferta de um cuidado humanizado; c) a imposição social de alguma prática, sob a justificativa da pessoa ser “mais mulher” ou “mais mãe”.

Diniz (2000), ao discorrer sobre maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada, nos traz a reflexão que, mesmo quando gestar é uma escolha, esse processo é vivenciado, na sociedade ocidental, sobre modos de opressão e de vigilância, como se houvesse uma forma única e pré-definida para todas as mulheres seguirem.

Sobre a escolha da via de parto, João Rocha Vilela fala:

Em relação à autonomia do sujeito, eu acho que nos resta convencer a mulher de que o parto normal é melhor para ela. Tudo que é impositivo gera violência. Essa questão do convencimento é importantíssima. Para eu convencer, preciso que o parto seja gratificante. Temos que trazer a mídia para o nosso lado, para mostrar que parto não é só violência, que parto não é só insucesso, para que as pessoas se animem a ter um parto (João Rocha Vilela)

Registramos que não é função da/o profissional da saúde “convencer” a pessoa usuária e sim oferecer informações baseadas em evidências e orienta-la frente à gestão compartilhada do cuidado em saúde que lhe é um direito. Ao mesmo tempo, é importante que o parto seja situado socialmente como uma experiência que rompa com a centralização do sofrimento (Diniz; 2014; Trajano & Barreto, 2021). Pois, o parto tem sido narrado, em especial no contexto da saúde, como um fenômeno “desagradável, degradante, humilhante, repulsivo, sujo e que, portanto, deve ser encurtado ou mesmo suprimido” (Trajano & Barreto, 2021, p. 3). Ou seja, o parto via vaginal frequentemente se torna palco de violências, como intervenções agressivas e não indicadas pelas evidências científicas (Manobra de Kristeller, episiotomia), restrição da movimentação e deambulação, baixa oferta de analgesia no SUS, restrição da alimentação e ingestão de líquidos, uso de medicações para acelerar o trabalho de parto etc.

Logo, entendemos que não basta termos ao lado as campanhas publicitárias e a mídia. É necessário investir em formações permanentes que qualifiquem profissionais e estudantes da saúde a assistirem às pessoas parturientes proporcionando-lhes uma experiências de partos não violentos.

Esse debate sobre via de parto é fundamental no contexto da saúde reprodutiva, pois, sabemos que, frequentemente, a cesárea é “escolhida” como forma da mulher e outra pessoa parturiente se proteger de um parto vaginal manejado agressivamente (Diniz et al, 2015). Porém, é pouco explícito que a cesariana traz uma praticidade para a equipe médica, que não precisa dispor de horas em sua agenda para acompanhar um parto normal, considerado “imprevisível”. Ademais, aponta ainda para uma maior lucratividade da indústria farmacêutica, dos hospitais e dos/as próprios/as profissionais que podem receber mais pela realização da cirurgia cesariana, que demanda recursos mais custosos.

Ou seja, no sistema capitalista, isso significa maior produtividade, melhor resultado financeiro e menor desgaste para a equipe (Cardoso & Barbosa, 2012). É dentro de todo esse contexto que se popularizaram as cesarianas não necessárias.

[...] a taxa de cesariana cada vez mais cresce por uma questão simples: a vinculação, as condições de operacionalidade da execução de um parto normal sem uma previsibilidade de horário, local. Os profissionais que estão vinculados a essa gestante também têm outros compromissos. Então, a hora do parto é um transtorno para todos, inclusive para outras pacientes que ele assiste. Às vezes, ele está com uma agenda cheia no consultório, tem que desmarcar todo mundo e assistir um parto (João Rocha Vilela).

O deputado Luizinho, complementa:

O parto cesáreo é uma técnica cirúrgica para se preservar a vida da mãe e a do bebê. [...] não é uma forma econômica ou inventada para poder atender (falha na transmissão), é para atender à mãe e ao bebê. Hoje, infelizmente, criminalizou-se o parto cesáreo, a cesariana. Vejo com muita preocupação a criminalização da cesariana, porque o número de complicações de cesarianas não é tão alto (falha na transmissão) pelo mundo (Dep. Luizinho).

Essa narrativa inverte o discurso, pois o que observamos é um grande aumento do número de partos cesarianos, especialmente no Brasil, sendo inclusive incentivado, mesmo quando não há indicação clínica da sua necessidade (Diniz et al, 2015).

Segundo os dados do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos alimentado pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), vinculado ao Ministério da Saúde, em 2022 (último ano em que os dados foram consolidados), nasceram 2.561.922 crianças e destas, 1.488.423 tiveram como via de nascimento o parto cesáreo, correspondendo a cerca de 58% dos nascimentos neste ano (Brasil - SINASC, 2024), 1% a mais daqueles realizados em 2021. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2024), apresentam 57% de partos cesarianos em 2021 no Brasil; desses, 81,76% foram realizados na rede suplementar de saúde. Esses dados apontam para o que Batista Filho e Rissin (2018) chamam de epidemia de cesarianas, sendo muito além dos 15% máximos considerados aceitáveis pela OMS.

Portanto, reconhecemos o grande avanço científico que é a cirurgia cesárea na preservação da vida de parturientes e suas crianças, mas reforçamos que essa deveria ser uma medida excepcional, que não deve ocorrer por comodidade e/ou outros interesses da

equipe de saúde responsável. Por isso, a relevância de promover as boas práticas em saúde articuladas com as orientações da OMS. Carmem Zanotto e João Rocha Vilela discorrem que:

A atenção humanizada, com todas as orientações necessárias, segura e de qualidade à parturiente, ao recém-nascido e à mulher em situação de abortamento é um direito [...]. Eu trouxe alguns tópicos [...] preconizados pela Organização Mundial de Saúde, o que para todos nós já deveriam ser uma rotina de compreensão. O atendimento respeitoso, mantendo a dignidade, a privacidade, a confidencialidade, garantindo a ausência de maus-tratos e possibilitando o apoio e a escolha informada [...]. Permitir a ingestão de líquidos e alimentos, encorajar a movimentação e a escolha... (Carmem Zanotto)

O incentivo às boas práticas é bastante consolidado e solidificado na maternidade [do DF]. É óbvio que há algumas fragilidades, mas em todas elas há liberdade de posição, liberdade de alimentar e hidratar, ligadura oportuna de cordão, contato pele a pele. [...]. Há também o recurso da analgesia no parto. [...]. Já fazemos as práticas de métodos não farmacológicos para alívio da dor, como massagem e deambulação. Precisamos avançar nesse aspecto, porque uma das dificuldades do parto normal é o controle da dor. (João Rocha Vilela).

Esse manejo respeitoso deve ocorrer em qualquer via de parto, no entanto, no caso de parto via vaginal, estratégias de analgesia são essenciais. Esta prática já é garantida por leis municipais e estaduais e incluída nas Diretrizes Nacionais sobre Assistência ao Parto Normal (Brasil, 2017). Sobre isso, Carmen Zanotto destaca:

Há direito ao alívio da dor. Nós temos a analgesia do parto, que em pouquíssimas unidades hospitalares é utilizada. [...] Muito pelo contrário, algumas vezes escutamos aquela frase que dói profundamente: "Para o ato da concepção..." E não é dessa forma que é dito, eu aqui estou sendo generosa! "Para o ato da concepção, não teve dor. Aguenta agora!" (Carmem Zanotto).

Essa fala é corroborada pela pesquisa "Avaliação da Rede Cegonha" que apontou que a analgesia peridural foi a prática orientada pela OMS que menos foi ofertada, sendo relatada por apenas 16% das puérperas no setor público (Leal *et al.*, 2019). Perguntamos, portanto, por que esse direito não está sendo garantido e qual o efeito disso no processo de parir e puerperar das mulheres assistidas pelo e no SUS?

Na audiência também são evidenciadas as boas práticas, seguras e humanizadas na assistência às situações de abortamento, minimizando complicações, tema essencial que precisa ser aprofundado e visibilizado na formação em saúde:

Também estamos tentando aumentar a assistência humanizada ao abortamento, fazendo uso do esvaziamento através da aspiração, inclusive trabalhando para que seja descartável mesmo. Temos tentado aumentar essa taxa de aspiração manual intrauterina – AMIU, que ainda é baixa em relação à da curetagem (João Rocha Vilela)

Além disso, há um destaque para a ambiência – umas das diretrizes da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004) –, que é trazida por Carmen Zanotto, ao expressar sua preocupação para que haja espaço reservado para puérperas que perderam seus/suas bebês por abortamento, perda gestacional ou neonatal:

E, para a mulher em situação de abortamento, que perdeu o seu bebê, é preciso um espaço exclusivo. Quando se deixa na mesma enfermaria as mãezinhas com seus bebês chorando, as mãezinhas amamentando seus bebês, recebendo visita e presentes para o recém-nascido, e aquela mãe que está fazendo o luto do seu bebê perdido, pergunto: isso não violência obstétrica? Sim, isso pode ser considerado violência obstétrica pela falta do cuidado que nós, profissionais da área da saúde, tivemos com aquela mãe que acabou de perder o bebê.

Nesta fala observamos repetidamente o uso do termo “mãezinhas” para se referir às mulheres puérperas, apontando para a despersonalização da mulher mãe que pariu, que passa a ser reduzida ao exercício da maternidade e deixa de ter sua identidade preservada. Utilizar este termo para se referir às usuárias é bastante comum nos serviços de saúde, algo que remete à ideia trazida por Diniz (2000) acerca de como mulheres mães tendem a ser reduzidas à função social e compulsória da maternidade, como se não tivessem necessidades próprias.

5. Invisibilidade do racismo obstétrico e o (não) lugar de uma análise interseccional na audiência pública, na educação e na saúde

Nossa vivência enquanto psicólogas, pesquisadoras e militantes feministas, em especial na pauta da violência de gênero, tem nos convidado a pensar na qualidade da formação, da gestão e assistência em saúde ofertada no ciclo gravídico-puerperal, mas não somente. Pois, sabemos que mulheres em situação de violência doméstica, por exemplo, estão diariamente nos serviços de saúde sendo negligenciadas por não serem escutadas e acolhidas em suas diversas demandas. Em contrapartida, há também uma invisibilidade desse tema nos cursos de nível técnico, graduação e pós-graduação na saúde e nos espaços de educação permanente em saúde, que se propõem e qualificar as equipes de acordo com evidências científicas atuais e consolidadas.

É nesse contexto que enfatizamos que o debate sobre V.O. precisa considerar uma análise interseccional, que compreende as complexas e multi articulações e atravessamentos que os marcadores sociais não só indicam, como classificam e posicionam, individualmente, pessoas e seus corpos, demarcando também as dinâmicas sociais que estruturam a sociedade como um todo (Assis, 2018).

Nesse sentido, ficamos muito atentas para identificar e refletir sobre quem tinha o poder de fala na audiência e sobre quem se falava. Logo, observamos um predomínio de pessoas cisgêneras e brancas em todo o processo de organização e realização da audiência. Ademais, não foram mencionadas vivências de homens trans e pessoas não binárias com útero, de mulheres lésbicas e outras pessoas, invisibilizando essas experiências e as V.O. específicas que essas pessoas possam sofrer.

Destacamos, também, o modo pontual com que o racismo institucional foi tratado, sem tecer questões necessárias para sua visibilidade, responsabilização e transformação social:

As mulheres negras morrem mais do que as mulheres brancas mesmo tendo a mesma escolaridade, mesmo tendo as mesmas consultas do pré-natal. Está comprovado, por pesquisas, que nós, profissionais de enfermagem, dedicamos menos tempo na assistência do pré-natal à mulher negra do que à mulher branca. Deputada Soraya Santos, eu tenho a convicção de que este tema deve ser um tópico específico, porque só assim nós vamos reduzir a mortalidade materna das mulheres negras.

Essa fala parecia apontar que, ainda que esse debate não fosse aprofundado na audiência em tela, o seria em outro momento. Visitamos, portanto, o site da Comissão durante a escrita deste texto e identificamos que, das 11 audiências públicas realizadas no ano de 2023, nenhuma delas tinha em seu título a questão do racismo e/ou se dedicou exclusivamente a debater-lo no contexto da V.O. e morte materna⁸. Enquanto isso, o relatório parcial da pesquisa *Nascer no Brasil 2* (Leal et al, 2023), já mostrava, em todas as análises, que mulheres pretas apresentaram piores indicadores de qualidade na atenção ao pré-natal e trabalho de parto, podendo levar a piores desfechos e explicando parcialmente a alta taxa de morte materna nessa população. Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), entre 2015 e 2022, mulheres pretas brasileiras tiveram cerca de 2 vezes maior risco de morrer por morte materna, em comparação a mulheres brancas, independente da escolaridade.

Ou seja, mesmo a deputada pontuando as desigualdades que estruturam a mortalidade da mulher negra e protegem a mulher branca, em dados, a audiência não se deteve sobre essa temática. Nem tão pouco se ateu às situações em que as forças econômicas, culturais e sociais silenciosamente moldam a vivência/violência de pessoas e/com seus corpos, de forma a colocar as mulheres negras em um lugar alvo de sistemas de subordinação – racismo e sexismo (Crenshaw, 2002).

Torna-se necessário, portanto, que o Estado brasileiro, e/em suas diversas instâncias, passe a nomear e enfrentar o racismo obstétrico, fruto de uma intersecção entre a violência institucional sobre/contra as mulheres e o racismo institucional e estruturante da sociedade, supondo que mulheres negras são mais resistentes à dor e podem, portanto, receber tratamentos desumanizados (Santana et al, 2024). Curi et al (2020) chamam a atenção para a construção de uma imagem materna que valoriza as mulheres brancas, em contrapartida as negras são “demonizadas, hiperssexualizadas, animalizadas e adjetivadas fortes” (Bueno, 2019 apud Curi et al., 2020, p.161).

O racismo obstétrico precisa ser visibilizado para evitar desfechos obstétricos como o de Alyne Pimentel, mulher jovem negra, grávida de 6 meses, que faleceu, juntamente com seu bebê, vítimas de complicações obstétricas, por negligência, em 2002. O Estado

⁸ Lista de todas as audiências públicas realizadas até então no contexto da Comissão Especial sobre Violência Obstétrica e Morte Materna da Câmara de Deputados/as: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/57a-legislatura/violencia-obstetrica-e-morte-materna/apresentacoes-em-eventos>

brasileiro, por não ter sido capaz de assumir o que pactuou enquanto signatário da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher de 1984 (Brasil, 2002), foi denunciado sendo o primeiro país condenado internacionalmente por morte materna. A criação da Rede Cegonha (MS, 2011) é, portanto, resultado da resposta que o Brasil precisou cumprir frente à condenação pela morte de Alyne e de seu bebê. Porém, somente depois de mais de uma década é que o país parece assumir, a partir de mobilizações do movimento de mulheres negras, a reestruturação da Rede Cegonha para a Rede Alyne, em 2024, se comprometendo a reduzir a mortalidade materna de mulheres negras e direcionar mais recursos para a saúde materno-infantil (Ministério da Saúde, 2024).

Esperamos que esse seja um compromisso fundamental, ainda que muito tardio, do Estado Brasileiro, e não somente do governo atual, com a questão étnica, racial e interseccional. Nesse escopo, a fala do Deputado Geraldo Resende, apesar de pontual, amplia o debate da V.O. com enfoque nas mulheres indígenas:

Eu cheguei há 40 anos, como médico ginecologista e obstetra, à minha cidade, e lá os profissionais de saúde sequer se atreviam a fazer uma laqueadura, mesmo que pleiteasse a mulher indígena, com 8 filhos, 10 filhos, 12 filhos. Por quê? Porque estavam com medo de várias entidades, inclusive subsidiadas por capitais externos e mesmo daqui, dizerem que eles estavam fazendo laqueadura para diminuir o nascimento de crianças indígenas e, mais grave ainda, que ao longo desse tempo, 98% delas — não só em caso de grande desproporção céfalo-pélvica, entrando na seara do colega que vai falar daqui a pouco — não eram submetidas a parto normal. Hoje, as mulheres indígenas, com todo esse aparato e essas más informações, já pedem, de cara, no pré-natal, para fazer cesariana, ou seja, nem elas que, pela cultura, sempre faziam partos normais, estão querendo fazer o parto normal, que a senhora, como enfermeira experiente, como gestora, sabe muito bem que é milhares de vezes melhor do que o parto operatório.

Edson Castro, convidado que representava a Secretaria de Saúde de Roraima, acrescenta:

Eu acho que deve ser incluída essa questão dos partos e das violências obstétricas relacionadas aos povos indígenas, porque tem características diferentes. Existe toda uma cultura, todo um processo que precisa ser levado em consideração. Em Roraima existe outra peculiaridade, que é a grande imigração. O problema vivido pela Venezuela, país vizinho, repercutiu intensamente aqui em Roraima.

Considerar as vivências reprodutivas das mulheres indígenas e/em suas singularidades é fundamental para que o SUS se torne, de fato, integral, universal e equitativo. Pois, há pouca literatura sobre a questão da V.O. em/com mulheres indígenas, que passam por situações específicas, devido à intersecção dos eixos de subordinação aos quais estão inscritas (Crenshaw, 2002). Seria essa escassez um modo de apagamento da saúde reprodutiva de mulheres indígenas? Seria uma expressão da existência de “um problema duplo: a discriminação em si e a invisibilidade dessa discriminação dentro dos movimentos políticos e das políticas intervencionistas” (Crenshaw, 2002, p. 14)?

Apesar de não termos respostas para essas questões, reconhecemos a importância dessa pauta ter sido trazida, mesmo que brevemente, num espaço legislativo. Pois, é urgente que as equipes de saúde respeitem os saberes tradicionais das comunidades indígenas (suas práticas culturais e de cuidado em saúde), abrindo espaço para que as usuárias escolham a presença de uma parteira tradicional e/ou de membros da comunidade na sala de parto, façam uso da medicina tradicional ou rituais específicos (Nunes & Oliveira, 2024). Também é fundamental uma sensibilidade cultural com parturientes imigrantes, tentando minimizar barreiras como a diferença de idiomas e de costumes. A Comissão precisa considerar esses aspectos no intuito de garantir práticas humanizadas e livres de violência para todas as pessoas em seus processos reprodutivos.

A perspectiva interseccional também nos convidou a situar quem eram as 5 pessoas convidadas para debater na audiência, todas brancas, sendo 2 mulheres e 3 homens. A composição de pessoas convidadas nessa audiência fortaleceu a ideia do masculino e do branco como sujeitos universais e de referência para um tema predominantemente feminino e que afeta, de modo opressor, principalmente mulheres negras e de classes subalternas, usuárias do SUS.

Logo, esse panorama é um convite à reflexão sobre a potência da representatividade nos espaços de poder e decisão, especialmente aqueles voltados à vida e saúde das mulheres. Pois, para além de uma questão identitária, esse deve ser um compromisso político e ético com a diversidade de pessoas e culturas que formam o nosso país. Logo, perguntamos por que as disparidades raciais foram citadas, mas não aprofundadas? A Comissão está de fato comprometida com a saúde reprodutiva das mulheres cis negras, indígenas, lésbicas, com deficiência e outras pessoas com útero?

6. Chegamos ao final, mas seguiremos conversando...

Finalizamos ressaltando que a V.O. não é um fenômeno isolado, mas um reflexo de dinâmicas patriarcais, cis-sexistas, capacitistas, capitalistas e racistas que estruturam o sistema de saúde e as relações sociais. A análise crítica da audiência revelou avanços na inclusão do tema na agenda legislativa, mas também lacunas significativas. Questões como a ausência de perspectivas interseccionais, a invisibilidade de grupos marginalizados – mulheres negras, indígenas, com deficiência, pessoas com identidades de gênero não hegemônicas etc.–, a não presença de intérprete de libras e legendas durante sua transmissão. Essas ausências parecem refletir uma sociedade que exclui e deliberadamente adoece as, desconsiderando suas diversidades, posicionamentos e as violentando, inclusive nos serviços de saúde.

É fundamental que outras áreas da saúde, além da medicina e enfermagem – as únicas citadas na audiência – se insiram no debate e construção de boas práticas em saúde reprodutiva. A psicologia e a saúde mental estiveram ausentes do debate de V.O. na

audiência, o que nos convoca a refletir sobre como construir uma ciência e profissão atenta a essas questões, evitando que se produzam situações violentas em suas práxis e comprometida ética e politicamente com as boas práticas.

Apesar dessas limitações, reconhecemos o esforço em trazer à tona práticas e políticas que possam mitigar as violências, em consonância com as recomendações da OMS. Ainda assim, é essencial que essas iniciativas sejam acompanhadas de investimentos nas políticas de educação e de saúde, desenvolvidas a partir do compromisso com as pautas feministas, antirracistas, anticapacitistas e anticapitalistas.

Assumimos alguns limites na nossa pesquisa, como a dificuldade de aprofundar as vivências de populações indígenas e corpos com identidades de gênero não hegemônicas, que podem ser investigadas em pesquisas futuras. Bem como o não enfoque na temática da morte materna, também discutida na audiência. Consideramos esse tema de grande relevância, o que demandaria de nossa parte uma elaboração cuidadosa, o que pretendemos fazer posteriormente.

Por fim, nos situamos como corpo presente nesta escrita. Reafirmamos a conexão entre esta pesquisa e nossas próprias vivências enquanto mulheres brancas, cisgêneras feministas e acadêmicas, reconhecendo que a luta por um cuidado digno e respeitoso é pessoal e coletiva e demanda escuta atenta e ação comprometida de todos os setores da sociedade. O enfrentamento da V.O. exige articulação entre políticas públicas, movimentos sociais e formação profissional, garantindo direitos reprodutivos e dignidade para todas as pessoas que gestam, parem, puerperam e vivenciam situações de abortamento.

Referências bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras 2024 (ano-base 2023)**. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/copy_of_Ficha_Tecnica_IDSS_ab2023_atualizada_em_abr2024_retificacao_1.3.pdf. Acesso em: 30 jan. 2025.

ASSIS, Jussara. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 39, n. 133, p. 547-565, set-dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/JfVQpC8kyzshYtTxMVbL5VP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 ago. 2024.

BARROS, Antonio Teixeira de.; MONTEIRO, Adriana Resende; SANTOS, Thais Teixeira. Audiências públicas interativas na Câmara dos Deputados: além da função informacional. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 26, p. 131-185, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/xVWnFR9fJGyN5BPdPK79TQF/>. Acesso em: 01 dez 2024.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. WHO and the epidemic of cesarians. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 1, p. 3–4, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/7DhKbXd9M4VKnzVWnWRP6Jg/?lang=pt#>. Acesso em: 18 jul 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Decreto no 1.973, de 1 de Agosto de 1996**. Promulga a convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Diário Oficial da União. 2 Ago 1996.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Decreto no 4.377, de 13 de Setembro de 2002**. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. Diário Oficial da União. 13 set. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm. Acesso em: 01 dez 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS- a rede cegonha. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 06 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 06 ago. 2024.

BRASIL. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. 2024. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>. Acesso em: 01 dez 2024.

CÂMARA dos Deputados Federais. Homepage. **COMISSÃO ESPECIAL SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E MORTE MATERNA**. 2023a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/57a-legislatura/violencia-obstetrica-e-morte-materna#contatos-comissao>. Acesso em: 02 mar. 2024.

CÂMARA dos Deputados Federais. Audiência Pública: Violência obstétrica e morte materna: panorama do sistema de saúde. **COMISSÃO ESPECIAL SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E MORTE MATERNA**. 2023b. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/evento-legislativo/67598>. Acesso em 18 jul. 2024.

CÂMARA dos Deputados Federais. Câmara cria comissão especial para debater violência obstétrica. 2023c. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/947178-CAMARA-CRIA-COMISSAO-ESPECIAL-PARA-DEBATER-VIOLENCIA-OBSTETRICA>. Acesso em: 06 dez 2024.

CÂMARA dos Deputados Federais. **Plano de Trabalho da Comissão Especial Para Estudo das Razões do Aumento de Denúncias de Violência Obstétrica e A Alta Taxa de Morte Materna no Brasil**. Brasília, abril de 2023d. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/57a-legislatura/violencia-obstetrica-e-morte-materna/outros-documentos/plano-de-trabalho>. Acesso em 19 fev. 2024.

CARDOSO, Junia. Espinha; BARBOSA, Regina Helena Simões. O desencontro entre desejo e realidade: a "indústria" da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 35–52, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/VcigMWNmjt4GcrNyd6DqfnD/?lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2024.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. Tradução: Rane Souza. 1 ed. São Paulo. Boitempo: 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Nota à Imprensa e à população**. Brasília: CFM, 9 de maio, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-apoia-ms-em-decisao-sobre-o-termo-violencia-obstetrica/>. Acesso em: 01 dez. 2024.

CRENSHAW, Kimberle. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171–188, jan. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2024.

CURI, Paula Land; RIBEIRO, Mariana Thomaz de Aquino e MARRA, Camilla Bonelli. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. **Arq. bras. psicol.** [online]. 2020, vol.72, n.spe, pp.156-169. ISSN 1809-5267. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-52672020000300012. Acesso em: 28 set. 2024.

DAVIS, Dána-Ain. Racismo Obstétrico: A Política Racial Da Gravidez, Do Parto E Do Nascimento. **Amazônica – Revista de Antropologia**, Pará, v. 12, n. 2, p. 751-778, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/9194/6927>. Acesso em: 20 jan. 2025.

DINIZ, Simone Grilo. Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada: breve história de uma luta. **Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**. São Paulo, 2000. Disponível em: www.mulheres.org.br/documentos/saude_das_mulheres.pdf. Acesso em: 18 fev. 2024.

DINIZ, Simone Grilo; SALGADO, Heloisa de Oliveira; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; CARVALHO, Paula Galdino Cardin de; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque; AGUIAR, Cláudia de Azevedo; NIY, Denise Yoshie. Violência Obstétrica como Questão para a Saúde Pública no Brasil: Origens, Definições, Tipologia, Impactos sobre a Saúde Materna, e Propostas para sua Prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, 2015; v.25 n.3. p.377-376. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12822015000300019. Acesso em: 19 fev. 2024.

Fundação Perseu Abramo. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado. 2010.** Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf. Acesso em: 20 nov. 2024.

G1. **Ministério diz que termo 'violência obstétrica' é 'inadequado' e deixará de ser usado pelo governo.** 2019. Escrita por: Filipe Domingues. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml>. Acesso em: 12 ago. 2024.

GRUPO Curumim e Coletivo Margarida Alves. **Cartilha “Violência obstétrica no abortamento”.** 2020. Disponível em: <https://coletivomargaridaalves.org/cartilha-violencia-obstetrica-no-abortamento/>. Acesso em: 18 jul. 2024.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 5, p. 7–41, 1995. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>. Acesso em: 19 fev. 2024.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA Silvana Granado Nogueira da; PEREIRA, Ana Paula Esteves; PACHECO, Vanessa Eufrauzino; CARMO, Cleber Nascimento do; SANTOS, Ricardo Ventura. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, p. e00078816, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?lang=pt#>. Acesso em: 18 jul. 2024.

LEAL, Maria do Carmo; BITTENCOURT, Sônia Azevedo; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; AYRES, Bárbara Vasques da Silva; SILVA, Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de A.; THOMAZ, Erika Barbara Abreu Fonseca; LAMY, Zeni Carvalho; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; TORRES, Jacqueline Alves; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; VILELA, Maria Esther de Albuquerque. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 35, n. 7. 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n7/e00223018/#>. Acesso em: 06 ago. 2024.

LEAL, Maria do Carmo; SILVA, Antônio Augusto Moura da; DIAS, Marcos Augusto Bastos; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; RATTNER, Daphne; MOREIRA, Maria Elizabeth; THEME FILHA, Mariza Miranda; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; PEREIRA, Ana Paula Esteves; TORRES, Jacqueline Alves; BITTENCOURT, Sônia Azevedo; D’ORSI, Eleonora; CUNHA, Antonio José Ledo Alves da; LEITE Alvaro Jorge Madeiro; CAVALCANTE, Rejane Silva; LANSKY, Sônia; DINIZ, Carmem Simone Grilo; SZWARCOWALD, Celia Landmann. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, v.9, n.15, Aug. 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6385>. Acesso em: 06 ago. 2024.

LEAL, Maria do Carmo; GRANADO, Silvana; BITTENCOURT, Sonia; ESTEVES, Ana Paula; CAETANO, Karina. **Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023**. Dados preliminares da pesquisa para oficina: Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS. 2023. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf> Acesso em: 06 ago. 2024.

LEITE, Tatiana Henriques; MARQUES, Emanuele Souza; CORRÊA, Rachel Geber; LEAL, Maria do Carmo; OLEGÁRIO, Bheatriz da Costa Diniz; COSTA, Rafael Mendes da; MESENBURG, Marília Arndt. Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 9, p. e12222023, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LbMdhqnGHfRRhNfJWJgpPjd/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 24 ago. 2024.

LIMA, Kelly Diogo de; PIMENTEL, Camila; LYRA, Tereza Maciel. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4909–4918, out. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wbq3FqxQH7HmVMYSp7Y9dntq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2024.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor**. São Paulo: Ideias & Letras, 2017.

MARQUES, Silvia Badim. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 9, n.1: jan./mar., 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>. Acesso em 18 jul. 2024.

MEDEIROS, Henrique Gonçalves Dantas de.; ARAÚJO JÚNIOR, José Luiz do Amaral Corrêa de. Os reflexos do bolsonarismo sobre políticas de saúde da mulher e os direitos sexuais e reprodutivos. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 22, p. 1-14, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/WRmZP48RPJFDKbxghWDJHtm/>. Acesso em: 01 dez 2024.

MEDEIROS, Rita de Cássia da Silva; NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme do. “Na hora de fazer não chorou”: a violência obstétrica e suas expressões. **Revista Estudos Feministas**, v. 30, n. 3, p. 1-12, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/pYzdzkbVZN4Bth85wSkgbxC/>. Acesso em: 06 set. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede Alyne: novo programa busca reduzir mortalidade materna no Brasil**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/rede-alyne-novo-programa-busca-reduzir-mortalidade-materna-no-brasil>. Acesso em: 01 dez 2024.

NOLI, Carol; SILVA, Isabela Ramos da; FERREIRA, Claudia Lopes; COZZA, Joicimar Cristina. Violência obstétrica: Invisibilidade e enfrentamento psicológico. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, e44110716868, 2021. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/16868/14723/210291>. Acesso em: 06 set. 2024.

NUNES, Jaynara; OLIVEIRA, Larissa. O uso do plano de parto como instrumento de prevenção de violência obstétrica contra a mulher indígena. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, ano 7, v. 7, n.14, jan.-jun., 2024. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1235/1050>. Acesso em: 18 jul. 2024.

TRAJANO, Amanda Reis; BARRETO, Edna Abreu. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/PDnDR5XtNdJy47fkKRW6qcw/#>. Acesso em: 18 jul. 2024.

SAFFIOTI, Heleieth. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, n. 16, p. 115-136, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/gMVfxYcbKMSHnHNLrqwYhkl/#>. Acesso em 19 fev. 2024.

SANTA CATARINA. **Decreto nº1.269, de 18 de agosto de 2017**. Regulamenta a Lei nº 17.097, de 2017, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: Assembleia Legislativa. 2017. Disponível em: <http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2017/001269-005-0-2017-003.htm>. Acesso em: 18 jul. 2024.

SANTA CATARINA. **Lei nº 16.869, de 15 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e estabelece outras providências. Florianópolis: Assembleia Legislativa. 2016. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2016/16869_2016_Lei.html. Acesso em: 18 jul. 2024.

SANTA CATARINA. **Lei nº 18.322, de 5 de janeiro de 2022**. Consolida as Leis que dispõem sobre Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Florianópolis: Assembleia Legislativa. 2022. Disponível em: [SANTANA, Ariane Teixeira de; COUTO, Telmara Menezes; LIMA, Keury Thaisana Rodrigues dos Santos; OLIVEIRA, Patricia Santos de; BOMFIM, Aiara Nascimento Amaral; ALMEIDA, Lilian Conceição Guimarães; RUSMANDO, Lúcia Cristina Santos. Racismo obstétrico, um debate em construção no Brasil: percepções de mulheres negras sobre a violência obstétrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 9, p. e09952023, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/55qy4f7fNBwvbYkvvSGf8fy/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 20 set. 2024.](https://leis.alesc.sc.gov.br/html/2022/18322_2022_lei.html#:~:text=Consolida%20as%20Leis%20que%20disp%C3%B5em,%C3%A0%20Viol%C3%Aancia%20Contra%20as%20Mulheres. Acesso em: 18 jul. 2024.</p></div><div data-bbox=)