A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E SEU VIÉS ÉTNICO-RACIAL

Ana Paula Dias Corrêa[1]
Iraildes Caldas Torres[2]

RESUMO: A violência obstétrica é uma realidade nas maternidades brasileiras públicas e privadas, mediada por desigualdades de gênero, classe e raça/etnia. Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa sobre este tipo de violência, seus determinantes e características, com destaque para a sua dimensão étnico-racial. Realizou-se pesquisa documental junto ao movimento social Humaniza Coletivo Feminista, e pesquisa hemerográfica sobre casos noticiados de maus-tratos com viés étnico-racial na atenção ao parto e nascimento no Brasil. Dentre os múltiplos aspectos constatados, é patente a incidência de violência obstétrica no país e, especificamente, no estado do Amazonas, em índices elevados. Verificou-se, ainda, que mulheres indígenas estão sujeitas a atendimento desigual e por vezes violento nos serviços de saúde, em razão de sua cor de pele/expressão étnica.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Desigualdade de Gênero; Mulheres Indígenas.

ABSTRACT: Obstetric violence is a reality in public and private Brazilian maternities, mediated by gender, class and race/ethnic inequalities. This article presents the results of a research on this type of violence, its determinants and characteristics, highlighting its ethnic-racial dimension. A documentary research was carried out with the social moviment Humaniza Coletivo Feminista, and hemerographic research on reported cases of abuse with an ethnic-racial bias in childbirth care in Brazil. Among the

[1] Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas. E-mail: diaspaula844@gmail.com
[2] Professora Titular da Universidade Federal do Amazonas. Doutora em Antropologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. E-mail: iraildes.caldas@gmail.com

multiple aspects found, the incidence of obstetric violence in the country and, specifically, in the state of Amazonas, is evident at high rates. It was also found that indigenous women are subject to unequal and sometimes violent care in health services, due to their skin color/ethnic expression.

Keywords: Obstetric Violence; Gender Inequality; Indigenous Women.

1. INTRODUÇÃO

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

Uma das múltiplas manifestações da violência na contemporaneidade é a violência contra a mulher, que se fundamenta nas desigualdades de gênero, implantadas nas relações sociais ao longo dos séculos, através da construção social do que é definido como masculino – racional, forte, confiável – e do que é feminino – irracional, frágil, traiçoeiro. A violência contra a mulher se refere à violência no contexto da dominação patriarcal, em que geralmente o algoz é o homem cisgênero, mas também pode ser praticada em âmbito institucional, por homens e mulheres, como é o caso da violência obstétrica.

O presente trabalho apresenta os resultados de uma pesquisa sobre este tipo de violência, que está associada à objetificação do corpo feminino e banalização da dor do parto, seus determinantes e características, com destaque para a sua dimensão étnico-racial. Para tanto, realizou-se pesquisa documental junto ao Humaniza Coletivo Feminista, movimento social amazonense que promove o enfrentamento à violência obstétrica, por meio de redes sociais[i], e pesquisa hemerográfica sobre casos noticiados de maus-tratos com viés étnico-racial na atenção ao parto e nascimento no Brasil, a partir das plataformas digitais dos veículos

de imprensa. A metodologia da pesquisa seguiu as orientações das abordagens qualitativas no trato dos dados em análise, numa perspectiva histórico-crítica.

O artigo está estruturado em dois tópicos: no primeiro tópico, apresentamos uma discussão sobre a violência contra a mulher e suas expressões nas relações sociais, dentre elas a violência obstétrica. No segundo tópico, abordamos a violência obstétrica no contexto das mulheres indígenas, que estão sujeitas a formas específicas de opressão e violências.

2. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência contra a mulher ancora-se na ideia patriarcal de que o homem detém a autoridade por, supostamente, ser um indivíduo racional, forte e capaz de prover a família, enquanto a mulher é vista como um ser de inteligência inferior, conduzido principalmente pela emoção, portanto, incapaz de decidir os rumos da própria vida. De acordo com Delphy (2009, p. 173), “o patriarcado designa uma formação social em que os homens detêm o poder, ou ainda, mais simplesmente, o poder é dos homens”.

Entre as mais variadas culturas, a imagem social da mulher sempre foi cingida por uma aura de mistério e até mesmo temor, também em face de suas características ambivalentes provocadas pelas mudanças hormonais em seu corpo. Para Del Priore (2009, p. 33), a mulher causava uma reação ambígua: “ao mesmo tempo capaz de atrair e seduzir os homens, ela os repelia através de seu ciclo menstrual, seus cheiros, secreções e sulcos, as expulsões do parto”. Esses fatores contribuíram para o confinamento das mulheres ao espaço doméstico e à redução da sua função social à maternidade, nos termos da heterossexualidade compulsória.

De acordo com Bourdieu (2014, p. 9), essa opressão contra as mulheres manifesta-se por meio da violência simbólica, que age no subjetivo de homens e mulheres no sentido de legitimar a divisão entre os sexos, a partir de “um longo trabalho coletivo de socialização do biológico e de biologização do social”, com o

objetivo de naturalizar a dominação masculina, atingindo um ponto em que ela é vista como a ordem natural das coisas, dispensando justificação.

Não obstante, é errôneo pensar que as mulheres são vítimas passivas da dominação masculina. As mulheres mostraram, diversas vezes, que seu movimento organizado é uma ferramenta fundamental para o alcance de direitos políticos, civis e sociais. Desde a Revolução Francesa é possível encontrar exemplos de mulheres que lutaram por seus direitos. Com a Revolução Industrial e a gradual adoção do trabalho feminino nas fábricas, as mulheres protagonizaram manifestações por melhores condições de trabalho e remuneração.

O debate sobre as diferenças nas condições de vida dos homens e das mulheres tomou fôlego a partir de 1975, quando foi realizada a primeira Conferência Mundial sobre a Mulher, no México. Em 1994, foi realizada a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará, que se destaca por ser a primeira a apresentar uma definição da violência contra as mulheres, descrita como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (OEA, 1994, Art. 1º).

As discussões e reivindicações ocorridas em âmbito nacional a partir destes eventos resultaram na promulgação, em 2006, da Lei nº11.340, conhecida como Lei Maria da Penha[ii]. Este dispositivo legal foi pioneiro ao incluir em seu texto a definição de violência doméstica e intrafamiliar contra a mulher, as punições cabíveis e a responsabilização do Estado, bem como a descrição dos tipos de violência. Para os efeitos desta lei, são formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras: violência física, violência psicológica, violência sexual, violência patrimonial e violência moral (BRASIL, 2006).

No âmbito das relações conjugais e intrafamiliares engendradas pela violência, mais de uma destas formas podem se manifestar simultaneamente, sendo a violência psicológica aquela que está presente em todos os atos de agressão. Apesar de não deixar marcas visíveis, a violência psicológica pode ser mais cruel que a física, por afetar profundamente a subjetividade da mulher, sua autoestima e autoconfiança.

Para Saffioti (2004, p. 63), as sequelas da violência psicológica “não são feridas no corpo, mas na alma”.

Os efeitos da opressão patriarcal não se expressam somente no âmbito doméstico e nas relações afetivas e intrafamiliares, mas são sentidos em todas as instâncias da vida pública. As mulheres são discriminadas e julgadas na escola, na faculdade, no trabalho e em âmbito institucional, como é o caso dos serviços de saúde. Entretanto, o debate sobre as estratégias de prevenção e enfrentamento à violência contra as mulheres, para além dos muros da vida privada, ainda não está tão avançado quanto no âmbito doméstico e intrafamiliar. É o caso da violência obstétrica.

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

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

A partir da segunda metade do século XX, as inovações tecnológicas e o avanço da medicina deram início ao processo de hospitalização do parto, o que originou um novo protagonista para este momento: o médico. As parteiras passaram a ter sua prática desvalorizada e até mesmo criminalizada, em favor do saber-poder médico, presidido pelo discurso de que o parto hospitalar era mais higiênico e seguro.

A violência obstétrica é uma das formas mais comuns de violência institucional. Estudo da Fundação Perseu Abramo (VENTURI et al, 2010) mostra que pelo menos 1 em cada 4 mulheres afirma ter sofrido maus-tratos durante o parto. Trata-se de um conjunto de ações que causam constrangimento e humilhação à mulher, reunindo

elementos da violência física, psicológica, simbólica e sexual, agredindo fortemente o seu ser, sua subjetividade. De acordo com Jung (1980, p. 102), “um funcionamento inadequado da psique pode causar tremendos prejuízos ao corpo, da mesma forma que, inversamente, um sofrimento corporal consegue afetar a alma, pois alma e corpo não são separados, mas animados por uma mesma vida”.

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

Atualmente, muitas das rotinas e práticas estabelecidas pelas equipes de saúde na assistência à gestação e parto não levam em conta a autonomia da mulher e a saúde do conjunto mamãe-bebê, mas sim a eficiência e a rapidez em realizar partos e liberar leitos. Esta situação pode ser comparada a uma espécie de *linha de montagem* (DINIZ; CHACHAM, 2006) na atenção ao parto, expondo as mulheres a muitos riscos decorrentes da prática de medicina não baseada em evidências científicas e levando a situações de violência obstétrica. As questões sobre a qualidade da atenção à gestação e parto começaram a ser levantadas pelas feministas a partir dos anos 1950, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, que dizem respeito à liberdade e à igualdade no exercício da sexualidade e da vida reprodutiva.

No Amazonas, o primeiro movimento organizado pela humanização do parto teve início também em 2014, quando algumas mulheres que se conheceram pela internet, num fórum de gestantes, resolveram se organizar e buscar o apoio do Ministério Público Federal para realizar uma audiência pública sobre o tema da violência obstétrica. As fundadoras do movimento conseguiram reunir denúncias e mostrar que não se tratava de casos isolados e sim de um problema de saúde, que foi apresentado numa audiência pública realizada em 2015 (Pesquisa documental, 2021).

Ao realizar pesquisa documental junto ao Humaniza Coletivo Feminista, identificamos que, até o primeiro semestre de 2021, a organização registrou 166 denúncias ao longo de seus sete anos de funcionamento. Dentre o total de denúncias, 164 se referem a atos de violência obstétrica ocorridos no estado do Amazonas e duas denúncias se referem a outras unidades federativas: Rio de Janeiro e Bahia.

A partir da análise das denúncias registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista, foi possível identificar diversas situações que podem ser caracterizadas como violência obstétrica. As mais recorrentes são: negligência; recusa na oferta de atendimento/peregrinação[iii]; cobrança para atendimento em instituição pública; omissão de informações; restrição alimentar; ofensas verbais/tratamento humilhante; descumprimento da lei do acompanhante[iv]; realização de exames de toque excessivos e agressivos; episiotomia[v]; manobra de Kristeller[vi]; restrição da movimentação da parturiente; e a realização de cesáreas eletivas, sem justificativas baseadas em evidências científicas.

A violência obstétrica é um tema recente e, mesmo em contextos urbanos, onde o acesso à informação é mais facilitado, ainda há um enorme contingente de mulheres que desconhecem o termo ou entendem que sofreram violência na atenção à gestação e parto, mas não sabem que podem e nem como denunciar. A situação é mais grave nos municípios do interior, onde frequentemente se tem estrutura precária dos serviços de saúde, escassez de insumos e equipamentos e a consequente banalização da atenção precária à saúde, pois a maior parte da população não tem a opção de escolher outro local de atendimento e fazer o deslocamento até ele. Apesar disso, é possível notar que o Humaniza Coletivo Feminista já conseguiu alguns avanços, pois conseguimos identificar, em seus registros, 18 denúncias de violência obstétrica no interior do Amazonas, distribuídas nos seguintes municípios: Parintins e Careiro Castanho, com três denúncias cada; Benjamin Constant, Coari e Manacapuru, com duas denúncias cada; e São Gabriel da Cachoeira, Itacoatiara, Borba, Jutaí, Urucará e Novo Airão, com uma denúncia cada.

As denúncias referentes ao interior do Amazonas correspondem a 11% de todas as denúncias de violência obstétrica no estado registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista e mencionam 11 dos 61 municípios (além da capital). Estes dados,

apesar de significativos, revelam o problema da subnotificação da violência obstétrica, que é mais grave no interior, onde o acesso à informação é dificultoso, a banalização dos maus-tratos é mais intensa e os recursos para relatar os casos de violência são mais escassos.

3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUA DIMENSÃO ÉTNICO-RACIAL

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

Para Kergoat (2010, p. 94), as relações sociais são consubstanciais, pois "formam um nó que não pode ser desatado no nível das práticas sociais, mas apenas na perspectiva da análise sociológica", e são coextensivas, pois "ao se desenvolverem, as relações sociais de classe, gênero e 'raça' se reproduzem e se co-produzem mutuamente" (IBIDEM, p. 94). A autora utiliza a alegoria do novelo para se referir à ideia de consubstancialidade e coextensividade, pois "um novelo é feio com uma única linha, ainda que entrelaçada e que possa apresentar alguns nós, mas é una, o que significa dizer que as dimensões de classe, raça e sexo são dialeticamente indissociáveis e entrelaçadas" (CISNE; SANTOS, 2018, p. 85).

A violência obstétrica é uma das formas de violência contra a mulher, mas também é violência de raça-etnia e violência de classe. Ao analisarmos a maneira como ela acontece, não podemos ignorar esse novelo, pois a cor da pele e a condição social das mulheres influenciam no seu acesso aos serviços de saúde e na qualidade do atendimento que recebem nas instituições públicas e privadas.

No que se refere à saúde da mulher indígena, principalmente a saúde reprodutiva, Coimbra Jr. e Garnelo (2004, p. 153) apontam a existência de uma lacuna

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

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

Em julho de 2020, um caso de negligência contra uma mulher indígena numa maternidade do Espírito Santo ganhou repercussão na mídia. Logo após descobrir a gravidez, Jacieli começou a sofrer com dores e sangramentos. A indígena foi ao hospital algumas vezes, onde foi informada de que seu bebê estava bem e que ela não precisava se preocupar. Em um dos atendimentos, foi submetida ao exame para Covid-19, que teve resultado positivo. “Três dias depois, ela teve um novo sangramento, este mais forte e intenso. Ela retornou ao hospital e fez os exames, que atestaram que estava tudo bem com o bebê, apesar do diagnóstico de Covid-19” (COMETTI, G1 Espírito Santo, Julho de 2020).

No dia seguinte, Jacieli acordou sentindo dor e contrações: “eu me contorcia de dor. Parecia que eu estava parindo um filho [...]. Senti estourar, e fiquei toda molhada. Quando aconteceu isso, fui para o banheiro e vi o feto. Comecei a chorar, entrei em desespero” (Jacieli, Relato G1 Espírito Santo, Julho de 2020). Uma

ambulância foi chamada e a mulher, juntamente ao feto que havia expulsado, foi levada ao hospital, onde demorou para receber atendimento:

> Depois de um tempo, depois da troca de plantão, não sei quanto tempo foi, fui para o centro cirúrgico. Mas ninguém trouxe cadeira de rodas. Eu já estava muito fraca, cansada. Fui para o centro cirúrgico andando e a técnica de enfermagem não me ajudou a andar, ela foi andando na frente. Se fosse para morrer de uma hemorragia, eu tinha morrido […]. Por volta das 23h, uma técnica de enfermagem pegou um vidro de soro fisiológico, passaram um esparadrapo no bico, colocaram formol que eu vi que era formol porque estava escrito na embalagem. Ela colocou a placenta, o feto, envolveu aquela fita de papelaria em volta do corte do pote. Ela me chamou e perguntou que horas eu sofri o aborto e disse 'meu Deus, agora que me pedem para fazer isso?' […]. Fiquei o momento todo com o feto do meu lado. A gente se sente segura em hospital. Achei que o procedimento fosse normal. Em momento nenhum pegaram o feto para nada […] (Jacieli, Relato G1 Espírito Santo, Julho de 2020).

De acordo com a Norma Técnica de Atenção ao Abortamento do Ministério da Saúde, “o abortamento espontâneo envolve sensações de perda, culpa pela impossibilidade levar a gestação a termo, além de trazer complicações para o sistema reprodutivo, requerendo uma atenção técnica adequada, segura e humanizada (BRASIL, 2011, p. 7). Este documento prevê uma série de ações de acolhimento e orientação que devem ser utilizadas para tornar essa experiência a menos traumática possível para a mulher, o que não aconteceu no caso relatado.

Além das questões psicológicas, Lima et al. (2017, p. 5076) mostram que as mulheres em situação de abortamento que procuram os serviços de saúde, “na maioria das vezes, chegam em condições clínicas desfavoráveis, tais como sangramento vaginal excessivo, fortes dores abdominais, febre, e outros sinais”. Quando não encontram profissionais capacitados para oferecer uma atenção qualificada e respeitosa, suas condições de saúde física e mental podem se agravar. Ao receber alta, no dia seguinte, Jacieli perguntou:

> E o feto, o que eu faço? Ela *(a enfermeira)* respondeu 'a única coisa que a gente pode fazer é te dar uma sacolinha pra senhora levar consigo'. Eu nunca tinha passado por essa situação. Eu estava nervosa, não é fácil o que eu estou vivendo. Depois disso, outra técnica me deu o papel para assinar. Perguntei de novo sobre o feto. Ela disse 'a gente não tem sacola aqui'. Eu perguntei o que eu faria, ela disse que eu tinha que decidir o que fazer. Tentei

> colocar esse pote dentro da minha bolsinha de roupa, derramou formol dentro. Eu estava desnorteada, sofrendo por causa dessa situação (Jacieli, Relato G1 Espírito Santo, Julho de 2020).

É possível perceber nas falas de Jacieli o quanto esta situação de violência obstétrica a atingiu emocionalmente. A perda de um filho que ainda estava em processo de gestação pode provocar intensa dor e sofrimento para a mulher que o estava gestando, pois as mães costumam idealizar e gerar vínculos com seus fetos (ROSA, 2020). No contexto institucional, muitas vezes essa perda é diminuída e o luto dos pais não é reconhecido, principalmente em casos como o de Jacieli, em que o feto tem poucas semanas de vida.

Jacieli sofreu o aborto espontâneo numa sexta-feira, foi ao hospital no mesmo dia e recebeu alta no sábado, momento em que retornou à sua residência levando o feto consigo, pois a equipe do hospital não tomou nenhuma providência ou ofereceu qualquer orientação sobre o que fazer. A mulher relatou que “ficava com o pote nos braços, chorando muito. Meu marido, desesperado. A gente nunca passou por isso, achávamos que continuava sendo protocolo" (Jacieli, Relato G1 Espírito Santo, Julho de 2020). David, marido de Jacieli, que também é indígena, resolveu gravar um vídeo para publicar me suas redes sociais, contando a situação em que ele e a esposa se encontravam, em que relatou:

> Eles pegaram simplesmente um litro de soro, encheram de formol, colocaram o feto dentro, passaram uma fita, entregaram pra ela e disseram que ela tinha que trazer pra casa. E hoje a gente tá aqui, a gente não sabe o que fazer com esse feto, eu não tenho coragem pra enterrar, eu não sei se posso fazer isso (David, Relato de Vídeo, Reportagem G1 Espírito Santo, Julho de 2020).

Rosa (2020, p. 87) explica que a perda gestacional abala tanto a mulher quanto seu parceiro, “sendo que ambos se encontram em desamparo diante da perda, porém, seus sentimentos não são compreendidos e com frequência são negligenciados pelas outras pessoas”. Negligência foi exatamente o que a instituição de saúde cometeu contra Jacieli e seu companheiro. Somente na segunda-feira, com a repercussão do vídeo, que foi compartilhado centenas de vezes nas redes sociais, o hospital reconheceu o erro e enviou uma equipe para recolher o feto. Na entrevista que

concedeu para o jornal, Jacieli relatou que acredita ter sofrido discriminação por ser indígena, a saber:

> Eu sou uma índia Tupinikim. Não sabemos por que aconteceu o aborto, e queremos saber. Nós somos discriminados, sim, por ser indígenas. Eu me senti isolada dos meus direitos por ser mulher, indígena e ainda senti o preconceito por estar com a Covid. Me senti isolada dos meus direitos (Jacieli, Relato G1 Espírito Santo, Julho de 2020).

Jacieli destaca o caráter sexual e étnico-racial da discriminação que sofreu no âmbito institucional, com o agravante do preconceito por estar infectada pelo Covid-19. Seu relato vai na direção do que enfatiza Santos (2020, p. 26), quando alerta para o fato de que “os corpos racializados e sexualizados são sempre os mais vulneráveis perante um surto pandêmico. Os seus corpos estão à partida mais vulnerabilizados pelas condições de vida que lhes são impostas socialmente pela discriminação racial ou sexual a que estão sujeitos”. As mulheres indígenas possuem corpos racializados e sexualizados, que são socialmente menos valorizados e, consequentemente, negligenciados em um contexto de crise.

As violações sofridas por Jacieli ilustram o que as mulheres indígenas e não indígenas estão vulneráveis a sofrer todos os dias, mas no caso das primeiras não há índices que determinem a extensão do problema. Este caso só veio a conhecimento público pois o marido da vítima, em uma situação de desespero, gravou um vídeo com o relato de sua angústia e o pedido de ajuda, e o postou em suas redes sociais. A tomada de providência por parte da instituição de saúde e o pedido de desculpas só aconteceram devido à repercussão do relato das vítimas.

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

4. CONCLUSÃO

Verifica-se que a violência obstétrica é concreta e assume proporções preocupantes a cada dia. Ao longo da última década, houve um esforço, principalmente por parte dos movimentos de mulheres, em realizar debates e estudos sobre o tema, para traçar estratégias de enfrentamento. No entanto, a maior parte destes estudos aborda as mulheres como um grupo homogêneo, e ainda são escassos os dados que informam como a violência obstétrica assume expressões diferenciadas quando relacionadas às mulheres pertencentes a minorias étnico-raciais, como as mulheres indígenas.

O parto tradicional indígena é um evento doméstico e familiar, em que as mulheres contam com o apoio de parteiras, das mulheres da família, do companheiro, em alguns casos, e de pajés, quando há alguma intercorrência no trabalho de parto. Cada etnia vivencia esse processo de uma maneira diferente, mas o que todas compartilham é uma visão do parto como um evento fisiológico e não uma patologia. Entretanto, o processo civilizatório de medicalização do parto, como uma peça do projeto de modernização, tem atingido de maneira cruel os povos indígenas.

Este processo supõe a perda da autonomia da mulher e a imposição de rotinas rígidas, instituindo o parto hospitalar como antagônico ao parto assistenciado por parteiras tradicionais. No parto hospitalar, as inflexíveis rotinas de trabalho dos profissionais de saúde não salvaguardam a especificidade cultural que envolve o evento do parto de mulheres indígenas, dificultando a sua autonomia e vivência de sua expressão cultural. Neste sentido, torna-se urgente a discussão e realização de estudos e diagnósticos sobre as necessidades específicas das mulheres indígenas no âmbito da atenção hospitalar ao parto e nascimento, bem como sobre as expressões da violência obstétrica no contexto indígena.

REFERÊNCIAS

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina**. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em 28 Jul. 2021.

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

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

COIMBRA JR, Carlos E. A; GARNELO, Luiza. Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio (Orgs). **Etnicidade na Améria Latina:** um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

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

DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo:** Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. 2 ed. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

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

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

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

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

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

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

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

ROSA, Beatriz Grupp da. Perda Gestacional: aspectos emocionais da mulher e o suporte da família na elaboração do luto. **Pluralidades em Saúde Mental**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 86-99, 2020.

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

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

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

---

[i] Por meio das plataformas digitais WhatsApp e Instagram, foi possível estabelecermos contato com representantes do Humaniza Coletivo Feminista, que atua como canal de acolhimento de vítimas e registro de denúncias. Realizamos pesquisa documental junto aos arquivos do movimento social, o que nos permitiu caracterizar o cenário da violência obstétrica no Amazonas.

[ii] Maria da Penha Maia Fernandes é uma farmacêutica brasileira que sofreu violência doméstica e duas tentativas de homicídio pelo então marido, em 1983. Apesar de sua luta por justiça, seu ex-marido ficou impune por quase 20 anos. Em 2001, após apelo a dispositivos internacionais, Maria da Penha conseguiu com que o Estado brasileiro fosse responsabilizado por negligência, omissão e tolerância em relação à violência doméstica praticada contra as mulheres brasileiras.

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

[iv] A Lei nº 11.108/2005 garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

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

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