

Concepção, gravidez, parto e pós-parto: perspectivas feministas e interseccionais



Nos últimos cinquenta anos, a política de saúde para as mulheres brasileiras se transformou. Essa transformação se deu com o avanço da consciência relacionada aos direitos das mulheres, em uma conjuntura de atuação de movimentos sociais, especialmente os movimentos de mulheres.

Essa edição se inicia com duas discussões conceituais que são estruturantes para toda a obra: gênero e interseccionalidade. Isso porque as questões de saúde da mulher abordadas estão ancoradas no lugar que a mulher ocupa na sociedade, ou seja, possui um recorte de classe, raça e gênero.

Poucas áreas do conhecimento em saúde foram tão afetadas por movimentos sociais quanto a da assistência ao parto, em sua produção científica, em suas metodologias e na sua interpretação de dados empíricos. Ainda na década de 1980, do século passado, o movimento pela mudança no parto denunciava o uso irracional de tecnologia na assistência.

Estas iniciativas se apoiaram e se infiltraram no nascente movimento de avaliação tecnológica em saúde e de medicina baseada em evidências, e produziram estudos robustos que impulsionaram enormes mudanças, muitas delas discutidas nessa edição.

Assim como as demais publicações da coleção “Temas em Saúde Coletiva” do Instituto de Saúde (IS), essa edição tem como objetivo promover o debate na área da saúde, contribuindo para a formação de trabalhadores e trabalhadoras para o SUS, assim como auxiliar na formulação de políticas públicas a partir de uma ampla discussão de conceitos e tendências do campo da Saúde Coletiva.

Esperamos que essa edição contribua para uma compreensão ampliada das interfaces presentes na garantia de assistência durante o momento reprodutivo, livre de preconceito, discriminação e opressão, e sobretudo baseada nos direitos humanos.

Boa leitura!

Fabiana Santos Lucena
Carmen Simone Grilo Diniz

**Concepção, gravidez, parto
e pós-parto: perspectivas
feministas e interseccionais**

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 - Bela Vista

São Paulo-SP - CEP: 01314-000

Tel.: (11) 3116-8500

www.isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**Secretário de Estado da Saúde de São Paulo**

Eleuses Paiva

Instituto de Saúde**Diretora do Instituto de Saúde**

Sílvia Helena Bastos de Paula

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP

Claudia Malinverni

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS/SP

Maritsa Carla de Bortoli

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico

Samuel Antenor

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo

Bianca de Mattos Santos

Coleção Temas em Saúde Coletiva**Volume 35 - Concepção, gravidez, parto e pós-parto: perspectivas feministas e interseccionais**

ISBN 85-88169-01-0 Coleção Temas em Saúde Coletiva

ISBN 978-85-88169-45-6

Tiragem: 500 exemplares

Concepção, gravidez, parto e pós-parto: perspectivas feministas e interseccionais

Organização: Fabiana Santos Lucena, Angela Amanda Nunes Rios, Luana Beatriz Lemes, Marian Salles Gomes Bellamy

Edição: Samuel Antenor

Imagem da capa: Bia Fioretti

Revisão: Fator Gestão Ltda.

Editoração, capa e tratamento de imagens: Fator Gestão Ltda.

Impressão: Colorsisthem

Comunicação

Evelyn Karla Lira Viana

Administração

Bianca de Mattos Santos

Conselho Editorial Executivo

Bianca de Mattos Santos

Cláudia Malinverni

Evelyn Karla Lira Viana

Fabiana Santos Lucena

Maria Izabel Sanches Costa

Maria Thereza Bonilha Dubugras

Mariana Tarricone Garcia

Monica Martins de Oliveira Viana

Monique Borba Cerqueira

Samuel Antenor

Sílvia Bastos

Tania Izabel de Andrade

Bibliotecária

Tania Izabel de Andrade

Este livro não pode ser comercializado e sua distribuição é gratuita.

A versão online está disponível no site www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/producaoeditorial/temas-em-saude-coletiva.

FICHA CATALOGRÁFICA

É permitida a reprodução total ou parcial para fins pessoais, científicos ou acadêmicos, autorizada pelo autor, mediante citação completa da fonte.

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

C744

Concepção, gravidez, parto e pós-parto: perspectivas feministas e interseccionais / organizadoras: Fabiana Santos Lucena, Angela Amanda Nunes Rios, Luana Beatriz Lemes, Marian Salles Gomes Bellamy - São Paulo: Instituto de Saúde, 2024.

404p. (Temas em saúde coletiva; 35)

Vários autores.

Inclui bibliografia ao final de cada capítulo.

ISBN 978-85-88169-45-6

1. Saúde coletiva 2. Saúde da mulher 3. Gênero 4. Parto humanizado I. Lucena, Fabiana Santos. II. Rios, Angela Amanda Nunes. III. Lemes, Luana Beatriz IV. Bellamy, Marian Salles Gomes. V. Série.

CDD 614

Concepção, gravidez, parto e pós-parto: perspectivas feministas e interseccionais

**Fabiana Santos Lucena
Angela Amanda Nunes Rios
Luana Beatriz Lemes
Marian Salles Gomes Bellamy**
Organizadoras

**Instituto de Saúde
São Paulo – 2024**

Sumário

Concepção, gravidez, parto e pós-parto: perspectivas feministas e interseccionais

Prefácio: Carmen Simone Grilo Diniz	09
Apresentação: Fabiana Santos Lucena, Angela Amanda Nunes Rios, Luana Beatriz Lemes, Marian Salles Gomes Bellamy.....	23
Autoras da Obra	27

Parte 1 - Aspectos Conceituais e Políticos

- 1. Gênero: caminhos percorridos**
Fabiana Santos Lucena, Maria Angélica Fernandes,
Marian Salles Gomes Bellamy 31
- 2. Gênero, Raça, Classe e seus Impactos na Vida da Mulher Negra no Brasil**
Marselle Nobre de Carvalho 53
- 3. Políticas de Saúde da Mulher - Histórico e Importância do Movimento de Mulheres**
Fabiana Santos Lucena, Angela Amanda Nunes Rios,
Carmen Simone Grilo Diniz 67
- 4. Integralidade em saúde da mulher**
Angela Amanda Nunes Rios, Daphne Rattner,
Carmen Simone Grilo Diniz 83

Parte 2 - Concepção e Gravidez

- 5. A Nova Era do Gelo: as tecnologias reprodutivas e o congelamento de óvulos**
Marian Salles Gomes Bellamy, Carmen Simone Grilo Diniz 109

- 6. Preparação para o Parto para Profissionais de Saúde**
Fabiana Santos Lucena 135
- 7. Mudanças nas Buscas sobre Cesárea na Internet: maior interesse em “como se recuperar” do que “como prevenir”**
Beatriz Fioretti-Foschi, Claudio Leone, Marianne Esterman,
Veridiana Firmino, Carmen Simone Grilo Diniz 165
- 8. A Construção de uma Experiência Positiva de Parto no Brasil: políticas, diretrizes e mobilização social**
Andrea Silveira de Queiroz Campos, Angela Amanda Nunes
Rios, Denise Yoshie Niy, Daphne Rattner, Carmen Simone
Grilo Diniz 187
- 9. Implementar o Plano de Parto para que as Vozes de Grávidas sejam Escutadas**
Giulia Catissi, Luiza Santana Ferreira, Adriana Dias,
Sílvia Helena Bastos de Paula 209

Parte 3 - Parto

- 10. Para Deixar a Mulher "mocinha de novo": o ensino e a prática da episiotomia e do "ponto do marido" na assistência ao parto**
Luana Beatriz Lemes, Bruna Dias Alonso, Denise Yoshie Niy,
Carmen Simone Grilo Diniz 233
- 11. A Autonomia da Mulher na Relação Médico-Paciente na Assistência ao Parto e no Ordenamento Jurídico Brasileiro: distanciamento entre teoria e prática**
Caroline Venturoli Ferreira e Silva 257
- 12. “A pulseirinha do papai”: heteronormatividade na assistência à saúde materna prestada a casais de mulheres em São Paulo**
Paula Galdino Cardin de Carvalho, Cristiane da Silva Cabral,
Carmen Simone Grilo Diniz 273

- 13. Políticas Públicas de Gestaçã, Práticas e Experiências Discursivas de Gravidez Transmasculina**
Dan Kaio Souza Lemos 295
- 14. Colocar-se no Centro quando se está à Margem: aspectos da desigualdade de condições dos partos domiciliares no Brasil**
Aline de Oliveira Gonçalves, Edialy Cancian Tetemann 319
- Parte 4 - Pós-parto**
- 15. Saúde Mental de Mulheres no Ciclo Gravídico Puerperal: políticas públicas de cuidado e a importância das redes de suporte**
Natália Augusto Nunes Gil, Nataly de Oliveira Sousa 343
- 16. Olhares para a Destituição do Poder Familiar a partir da Justiça Reprodutiva: um necessário caminho a percorrer**
Janaína Dantas Germano Gomes 365
- 17. A Entrega Voluntária de Bebês para Adoção: direitos, justiça (reprodutiva) e maternidade em foco**
Denise Clemente da Silva, Cristiane da Silva Cabral 387

Prefácio

Carmen Simone Grilo Diniz¹

É com muita alegria e orgulho que recebo os originais do livro “Concepção, gravidez, parto e pós-parto: perspectivas feministas e interseccionais”, organizado por Fabiana Santos Lucena, Angela Amanda Nunes Rios, Luana Beatriz Lemes, e Marian Salles Gomes Bellamy, como parte da série “Temas em Saúde Coletiva”. O livro foi concebido a partir do encontro das pesquisadoras enquanto cursavam a disciplina Gênero e Saúde Materna, e dos textos então produzidos, além de outras importantes contribuições surgidas no percurso. A disciplina é oferecida nos anos ímpares no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP, há cerca de uma década, em revezamento com a disciplina Seminários sobre Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, que ofereço com as professoras Cristiane Cabral, Augusta Alvarenga e Elizabeth Meloni, nos anos pares. É maravilhoso ter uma comunidade de colegas com quem compartilhar discussões, orientações, eventos, e demais oportunidades da vida acadêmica, o que em muito enriquece e torna mais leve o trabalho e o aprendizado, tanto de discentes e de nós professoras.

Quando iniciei minha carreira como docente, em 2005, entrei em um departamento que então se chamava “Saúde Materno-Infantil”. Havia na ocasião um sentimento de que aquela agenda de ensino e pesquisa era algo antiquado para a Saúde Coletiva. A referência nomeava um problema que seria (ou já teria sido) resolvido com a universalização da assistência ao pré-natal e ao parto, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no final da década de 1980, e pela acentuada queda na fecundidade. No entanto, esta visão foi se mostrando cada vez mais equivocada.

¹ Carmen Simone Grilo Diniz (sidiniz@usp.br), Médica, Pós-doutora em Saúde Materno-Infantil pelo Cemiacamp e pelo King's College London, Women's Health Division. Professora titular do Departamento de Saúde e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

A reemergência e o vigor dos estudos feministas sobre saúde materna na atualidade

No caso brasileiro, na década de 1980, o movimento organizado de mulheres já havia tido a capacidade de propor uma agenda poderosa de políticas públicas para a saúde da mulher, criando em 1984 o Programa de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PAISM). Este programa pioneiro, em um período anterior mesmo à criação do SUS, propunha o conceito de integralidade, para superar do cuidado fragmentado e misógino que caracterizava a assistência à saúde da mulher. Vários trabalhos desta coletânea recuperam esta construção, com uma história das políticas de saúde da mulher no Brasil e da participação dos movimentos feministas na formulação desta “agenda ampla”, vejam os capítulos 3 (*Políticas de Saúde da Mulher - Histórico e Importância do Movimento de Mulheres*), e 4 (*Integralidade em Saúde da Mulher*).

Na década de 1990, emerge a agenda de saúde reprodutiva, que a princípio não necessariamente tratava da saúde materno-infantil, pois estava centrada nas questões imprescindíveis da contracepção e do aborto, este até hoje ilegal. Assim, o tema da saúde materna foi de certa forma confinado a uma área conservadora e essencialista, quase um continente separado dos temas considerados realmente relevantes.

Por um lado, esta versão reduzida da saúde reprodutiva, dada a situação brasileira, tem sido útil para afirmar o direito eternamente ameaçado de não ser forçada a ter ou a levar adiante uma gravidez indesejada. No entanto, é importante afirmar também o direito de reproduzir voluntariamente (o direito a decidir ter filhos, ser cuidada na maternidade e criar os filhos em condições dignas), sem o qual nos descolamos da visão de integralidade vislumbrada pelo PAISM. Em outras palavras, nosso desafio consiste em combinar os *direitos individuais* de decidir sobre sua própria vida (prevenir ou não levar adiante uma gravidez indesejada), com os *direitos sociais* que a experiência da maternidade reivindica. O trabalho de cuidar reivindica amplas políticas públicas de atenção à gravidez, ao parto e pós-parto, e de apoio à maternidade e à parentalidade em geral, como licença maternidade, paternidade, creches, escolas e di-

reitos trabalhistas que protejam o emprego de quem tem filhos, etc. Mais do que isso, exige uma revolução nas formas de cuidar e de trabalhar, e na divisão entre vida privada e pública.

Hoje o tema da maternidade volta a ser tratado em sua plenitude política, em parte graças à retomada pelas gerações mais jovens do conceito de justiça reprodutiva, nascido na década de 1970 do feminismo negro e latino, como discutido em vários capítulos desta coletânea, como os capítulos 2 (*Gênero, raça e classe e seus impactos na vida da mulher negra no Brasil*), 14 (*Colocar-se no centro, quando se está à margem: aspectos da desigualdade de condições dos partos domiciliares no Brasil*), 15 (*Saúde Mental de Mulheres no Ciclo Gravídico Puerperal, Políticas Públicas de Cuidado e a Importância das Redes de Suporte*), 16 (*Olhares para a Destituição do Poder Familiar a partir da Justiça Reprodutiva: um necessário caminho a percorrer*), entre outros, 17 (*A entrega voluntária de bebês para adoção: direitos, justiça (reprodutiva) e maternidade em foco*).

Medicalização e o paradoxo da assistência à saúde materna

O surgimento de uma agenda de pesquisa e ativismo com temas inovadores evidenciou a subestimação e invisibilização dos problemas na área da saúde materna. Frequentemente, não foi a academia a liderar essa agenda, mas um movimento social de surpreendente capacidade de mobilização e elaboração científica e política. Esse movimento documentou e denunciou a contradição de o país ter uma assistência universal à saúde e, no entanto, esta universalização não se refletir em uma melhora consistente dos indicadores relativos à saúde de mães e bebês.

E mais, o movimento visibilizou e tornou um tema político o alto custo da maternidade para a saúde física, emocional, social e econômica das mulheres. O sofrimento e os riscos desnecessários aos quais as mulheres são submetidas foram explicitados, e vários dos capítulos desta coletânea exploram estes temas, incluindo as contradições e injustiças.

No campo da saúde, certamente defendemos o direito universal à assistência da melhor qualidade, segura, pública e gratuita. No entanto, esta universalização, paradoxalmente, veio acompanhada também por um aumento de problemas como intervenções desnecessárias, partos

prematturos, internações em UTI neonatal e estagnação da mortalidade materna.

Esta agenda feminista crítica de ativismo e pesquisa por vezes é obscurecida pelo discurso hegemônico e neoliberal da expansão do acesso a serviços de saúde. Neste contexto, muitas vezes, mesmo de forma não intencional, o discurso do direito ao acesso se alinha acriticamente a interesses comerciais da corporação médica e da indústria farmacêutica, e na medicalização agressiva dos processos corporais femininos. Isso ocorre da menarca ao envelhecimento, não raramente levando a agravos à saúde que são pouco visíveis aos sistemas de informação (Diniz e Cabral, 2022).

Há todo um esforço em fazer visíveis estes agravos relacionados à medicalização e à falta de sua regulação, como mostram vários dos capítulos desta coletânea. As feministas críticas da medicalização do parto (em especial aquelas do Sul Global, com forte protagonismo das latino-americanas e brasileiras), denunciaram a resistência à mudança nas práticas como uma forma de violência de gênero – a violência obstétrica – a partir da década de 1990. Este tema inovador se reflete nas produções dos capítulos 8 (*A construção de uma experiência positiva de parto no Brasil: políticas, diretrizes e mobilização social*), 10 (*Para deixar a mulher "mocinha de novo" - O ensino e a prática da episiotomia e do "ponto do marido" na assistência ao parto*), 11 (*A autonomia da mulher na relação médico-paciente na assistência ao parto e no ordenamento jurídico brasileiro: distanciamento entre teoria e prática*), 15 (*Saúde Mental de Mulheres no Ciclo Gravídico Puerperal, Políticas Públicas de Cuidado e a Importância das Redes de Suporte*), entre outros.

A militância epistêmica e a infiltração feminista nas agendas institucionais de pesquisa em saúde materna

Poucas áreas do conhecimento em saúde foram tão afetadas por movimentos sociais quanto a da assistência ao parto, em sua produção científica, em suas metodologias e na sua interpretação de dados empíricos. Ainda na década de 80 do século passado, o movimento pela mudança no parto denunciava o uso irracional de tecnologia na assistência.

Estas iniciativas se apoiaram e se infiltraram no nascente movimento de avaliação tecnológica em saúde e de medicina baseada em evidências, e produziram estudos robustos que impulsionaram enormes mudanças. As feministas conseguiram convencer parceiros ao redor do mundo para alavancar uma agenda de pesquisa formulada pelas mulheres, fazendo uso político de métodos que originalmente foram pensados para drogas, como os ensaios clínicos randomizados, e as revisões sistemáticas destes ensaios, considerados o padrão ouro da pesquisa (Graham, 1997). Neste percurso foram produzidas evidências que recomendam a restrição ou mesmo a abolição da maioria dos procedimentos usados rotineiramente na assistência ao parto, como a episiotomia, a indução rotineira do trabalho de parto e o uso desregulado de drogas para a aceleração das contrações. Estas pesquisas também mostram que ter um acompanhante traz vantagens para a saúde de parturientes e recém-nascidos (e denunciam a proibição de acompanhantes no parto), expõem a irracionalidade de posições antifisiológicas no trabalho de parto e parto, bem como o tratamento desumanizado de mães e bebês, entre outros aspectos.

Este novo corpo de evidências mostrou o caráter inovador das reivindicações do movimento feminista quanto ao parto, expressas há décadas em clássicos feministas como o *Ourbodies, ourselves* (primeira edição em 1970, recentemente traduzido para o português). O movimento antecipou os achados científicos, e conseguiu comprovar que o respeito à fisiologia do parto e aos direitos das mulheres é o melhor caminho para promover a saúde materno-infantil. Este movimento criou um conjunto de demandas por justiça, e denúncias da resistência das instituições de saúde em respeitar tanto as melhores evidências como os direitos das mulheres.

As novas e velhas contradições foram deixando cada vez mais evidentes as violações dos direitos de mães e bebês e resultaram na criação do movimento contra a violência obstétrica na América Latina desde o século passado. Esse movimento floresceu internacionalmente na segunda década deste século, despertando inéditos apoios institucionais e da opinião pública. As práticas de saúde, assim, "instauram e explicitam relações sociais", de gênero, de raça e classe social, e outras hierarquias (Mattar e Diniz, 2012), como mostrado em vários dos capítulos desta co-

letânea.

Nesta obra, muitos textos expõem os desafios para fazer justiça a esta ciência inovadora. Apesar dos muitos avanços, ainda encontramos barreiras à sua implementação mesmo depois de décadas de evidências e recomendações oficiais.

A cegueira e os vieses de gênero na saúde materna

Um dos mais importantes *insights* dos estudos de gênero para a reflexão crítica sobre assistência ao parto refere-se aos vieses de gênero na produção do conhecimento, que consideram o corpo feminino como inadequado, devendo ser corrigido e tutelado em cada etapa da assistência à gravidez, ao parto e pós-parto. Esse *viés correccional* (Diniz, 2009) do corpo feminino leva a uma superestimação dos riscos de viver esses processos de forma espontânea e saudável, e a uma subestimação (e invisibilização) dos riscos de intervir sobre os processos normais. Além disso, também se traduz na subestimação (e invisibilização) dos benefícios dos processos fisiológicos, e na superestimação dos benefícios das intervenções. Isto resulta em rotinas institucionais que praticamente inviabilizam o desenrolar espontâneo do trabalho de parto, parto e pós-parto, e na opacidade e ausência de registro, de variáveis e de indicadores sobre os efeitos adversos das intervenções.

Nesta direção, vários capítulos abordam os esforços pelas mudanças na assistência, enfatizando a necessidade da retomada das atividades educativas na gravidez, como o uso de planos de parto (*capítulo 9. Implementar o Plano de Parto para que as vozes de grávidas sejam escutadas*), os padrões de informação menos ou mais enviesada encontrada na internet, (*7. Mudanças nas buscas sobre cesarea na internet: maior interesse em “como se recuperar” do que “como prevenir”*), a educação dos profissionais de saúde para os novos modelos, (*6. Preparação para o parto para profissionais de saúde*) e o conceito inovador e fundamental do direito a uma experiência positiva no parto. (*8. A construção de uma experiência positiva de parto no Brasil: políticas, diretrizes e mobilização social*)

Estes novos temas também inspiram capítulos sobre a falta de autonomia, (*11. A autonomia da mulher na relação médico-paciente na as-*

sistência ao parto e no ordenamento jurídico brasileiro: distanciamento entre teoria e prática) os abusos no cuidado, o racismo institucional (2. *Gênero, raça e classe e seus impactos na vida da mulher negra no Brasil*), e as hierarquias de gênero entre profissionais, instituições e as mulheres atendidas, propondo recursos concretos para a superação das injustiças identificadas. Também questionam práticas obsoletas e abusivas como a episiotomia, e analisam a desigualdade de condições nas experiências de parto domiciliar.

No Brasil, assim como em outros países, as críticas à assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e à amamentação são alimentadas por um animado movimento social há décadas, como a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), a Rede Parto do Princípio, entre muitas outras. Em anos seguidos aqui em São Paulo fomos às ruas, diversos grupos de mulheres e simpatizantes, pelo direito a acompanhantes e por doulas, contra o fechamento do curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP, na defesa de médicos que apoiavam as escolhas das mulheres que preferiam não dar à luz em hospitais, em defesa de casas de parto (eternamente ameaçadas de fechar), contra a violência obstétrica etc. Destes movimentos fizeram parte grupos feministas, profissionais de saúde, usuárias e seus bebês, famílias, Ministérios Públicos estadual e federal, movimentos populares de saúde, gestores e pesquisadores, entre outros.

Além de sua capacidade de mobilização, movimentos como a Rehuna e a Rede Parto do Princípio (entre muitos outros) têm participado da assessoria de políticas públicas e da sofisticada elaboração teórica sobre direitos das mulheres no parto, um esforço coletivo de inovação, criatividade e poder de influência, evidenciados nas reflexões desta coletânea.

Gênero e sua polissemia: diálogos

No primeiro capítulo desta coletânea (Gênero: caminhos percorridos), Fabiana Lucena, Maria Angélica Fernandes e Marian Bellamy exploram de forma sintética e elegante a reflexão conceitual acerca do que é gênero e de como esse conceito vem sendo elaborado e repensado ao longo do tempo, apresentando diversas autoras e perspectivas que são

referências nessa discussão, resultando em um ótimo texto introdutório ao tema, e não apenas à coletânea.

Nós, que pesquisamos e ensinamos no campo das relações de gênero, também enfrentamos nossos desafios, dada a polissemia do termo 'gênero', nascido dos estudos das mulheres e dos estudos feministas, explodindo as noções essencialistas do cânone científico que explicava a opressão feminina pela sua biologia. A partir da assim chamada segunda onda do feminismo, estes estudos documentam e analisam o caráter socialmente construído da condição feminina, da subordinação nas esferas pública e privada, da heterossexualidade compulsória, do trabalho de cuidar, da dupla moral sexual, da violência sexual e por parceiro íntimo, e claro, da vocação das mulheres para a maternidade e para o trabalho não-pago de cuidar pelo fato de poderem conceber gestar, parir e amamentar.

As autoras citadas nos capítulos desta coletânea refletem uma bem-vinda diversidade de perspectivas. Nos estudos de gênero, é frequente considerar que a assim chamada segunda onda do feminismo foi uma etapa essencialista e um tanto ingênua, superada pelo surgimento de um feminismo da diferença, mais orientado pelo pós-estruturalismo, e que este sim seria uma versão mais madura do feminismo. No entanto, compartilhamos a perspectiva de Claire Hemmings (2009), de que esta versão desmerece a chamada segunda onda (com sua ênfase no corpo, considerada ingênua, eu acrescentaria) ao posicionar feministas pós-estruturalistas como as 'primeiras' a desafiar a categoria 'mulher' como sujeito e objeto do conhecimento feminista. Pelo contrário, a politização dos fenômenos reprodutivos – e mesmo a consideração destes como parte dos direitos civis e políticos, e também dos direitos sexuais, – é uma contribuição original da segunda onda, que vem sendo atualizada com vigor pelos feminismos mais jovens. É também da segunda onda os conceitos de liberdade reprodutiva e de justiça reprodutiva, ainda na década de 1970, retomada com força pelas novas gerações, sobretudo pelo feminismo negro.

Certamente as feministas da assim chamada terceira onda trouxeram importantes contribuições, como o conceito de interseccionalidade, o foco em ideias como a teoria *queer*, e os questionamentos de expectativas e estereótipos baseados em gêneros. Uma contribuição central é, en-

tre outras autoras, a de Judith Butler, que desenvolve sua teoria do gênero como performance/performatividade, questionando o paradigma da divisão entre natural e social, sexo e gênero. Gênero, nesta perspectiva, é o que repetidamente fazemos para atender às expectativas binárias do que seria masculino ou feminino.

As consequências desta teoria, muito mais utilizada em relação à sexualidade e à explosão do binarismo sexual, ainda não foram devidamente exploradas no que diz respeito à reprodução, e este pode ser um caminho de enorme potencial analítico. Compartilhamos também as reflexões de Oh (2009) de que a maternidade complica as teorias da performatividade, que separam o sexo de gênero. Segundo a autora, a maternidade deve ser entendida como performativa, isto é, implicando uma agência autorreflexiva, mas não totalmente separável da experiência corporal e genital, dos corpos concretos das mulheres, e nós podemos acrescentar, dos homens trans.

Neste sentido, a diversidade de perspectivas desta coletânea é aqui vista como uma riqueza, capaz de estimular o diálogo, muito mais do que uma disputa pelo uso “mais correto” ou mais canônico dos conceitos de gênero.

Desconstruindo o gênero: ainda podemos falar “mulher” e “mãe”?

Descendemos de um feminismo que valoriza a diversidade humana e de perspectivas de ver o mundo. Em uma perspectiva freiriana, defendemos o diálogo amoroso e corajoso, entendendo que a crítica e a criação de mãos dadas com a ética são a energia existencial das relações dialógicas, demandando confiança, afeto e escuta mútua.

Este diálogo é fundamental pois a pergunta mais frequentemente feita nos cursos de gênero que ministramos (depois daquela sobre onde usar a palavra sexo e onde usar a palavra gênero nas tabelas) é se ainda podemos usar as palavras mulher e mãe, ou se essas palavras deveriam ser abandonadas por serem desrespeitosas com o conjunto da diversidade sexual e de gênero – levando ao risco de cancelamento de quem as usa. Mais do que isso, hoje aquelas que gostariam de usar os termos “mulher”

e “mãe” temem ser consideradas transfóbicas e evitam o termo a todo custo, num processo de autocensura.

Por diversos motivos, principalmente depois dos últimos anos de governo de extrema-direita, para a opinião pública nos últimos anos, o debate de gênero parece se referir muito mais à diversidade sexual e de gênero, do que às questões trazidas pela politização historicamente feita pelo feminismo, como problematizar as relações heterossexuais, ou a violência institucional contra as mulheres no serviço de saúde.

Entendemos que o gênero (um papel social), a identidade de gênero (um sentido interior de si mesmo e que pode ou não ter a ver com a orientação sexual) e o sexo (uma categoria reprodutiva, relativa ao sexo/gênero biológico ou designado ao nascimento) são dimensões distintas. Para várias autoras, a remoção da linguagem “sexada” (mulher, mãe) das discussões relacionadas com a reprodução feminina tem sido feita com a melhor intenção de levar em conta as necessidades individuais e promover o acolhimento e a inclusão das pessoas trans, o que é um objetivo primordial.

Temos evitado a linguagem sexada, no entanto reconhecemos que esta abordagem solidária e bem-intencionada pode resultar em consequências não intencionais com repercussões importantes para mulheres e crianças. Como extensamente documentado pelo trabalho de Gribble e outras autoras (Gribble *et al*, 2022), estas consequências incluem: desumanização, pela redução das pessoas aos seus órgãos; imprecisão de indicadores, pela inclusão de indivíduos que deveriam ser excluídos e exclusão dos que deveriam ser excluídos; e inúmeros problemas de comunicação. As autoras também documentam que evitar a utilização do termo “mãe” no seu sentido específico em vários contextos tem acarretado o risco de diminuir o reconhecimento e o direito à proteção da relação mãe-bebê.

Como feministas, reconhecemos o direito de todas as pessoas de se identificarem como quiserem do ponto de vista da sua orientação sexual e identidade de gênero, e nos colocamos para a solidariedade, o diálogo e a colaboração para construir serviços de saúde que sejam amigáveis a toda a diversidade humana. Nesta agenda inovadora, dois dos capítulos desta coletânea enfrentam este desafio analisando a experiência da ma-

ternidade lésbica (12. *“A pulseirinha do papai”*: heteronormatividade na assistência à saúde materna prestada a casais de mulheres em São Paulo) e da paternidade dos homens trans, (13. *Políticas públicas de gestação, práticas e experiências discursivas de gravidez transmasculina*). Os textos exploram como esses novos sujeitos buscam navegar por serviços de saúde, que ainda precisam se atualizar e se transformar para garantir este acolhimento.

“Mulher”, “mãe”, essencialismos, e essencialismo estratégico

Por essencialismo entendemos a ideia da atribuição de qualidades fixas, imutáveis e determinadas pela biologia, que caracterizaria o que é feminino e o que é masculino, baseado em um entendimento binário homem-mulher. Neste sentido, é fácil entender aquilo que chamamos do “essencialismo da Mãe Natureza”, aquele que equivale a condição feminina a uma vocação inata para a reprodução e o trabalho do cuidado. No entanto, é menos intuitivo entender o “essencialismo da tragédia biológica feminina”, que é a crença generalizada de que o corpo feminino é defeituoso e deve ser corrigido através das intervenções médicas, ou de que estas intervenções são sempre benéficas, não o resultado de construções sociais que frequentemente prejudicam as mulheres. Apesar das décadas de lutas, persiste em muitos contextos uma cultura discriminatória, punitiva e correccional dirigida às mulheres, caracterizada por uma relação profissional-usuário autoritária, com tratamento discriminatório, desumano ou degradante (Brasil, 2014).

Muitas vezes, pessoas que são críticas ao essencialismo da “mãe natureza” acatam acriticamente a noção de que o corpo feminino se beneficia dessas correções, e interpretam estas “correções” e sofrimentos como benefícios, dos quais as mulheres não podem prescindir, levando aceitação do discurso medicalizado como algo neutro e benigno. Muitos dos capítulos desta coletânea abordam criticamente esta correção médica e cirúrgica, desde os tratamentos de fertilidade (5. *A Nova Era do Gelo: as tecnologias reprodutivas e o congelamento de óvulos*), do parto cirurgificado (cesárea e episiotomia de rotina), como o capítulo 10 (*Para*

deixar a mulher "mocinha de novo" - O ensino e a prática da episiotomia e do "ponto do marido" na assistência ao parto), entre outros.

Aqui queremos trazer o conceito de “essencialismo estratégico” de Gayatri Spivak, usado com menos ou mais ênfase em vertentes feministas pacifistas e ambientalistas, e que pode se mostrar especialmente útil no campo da saúde materna. No âmbito das chamadas lutas de identidade, em muitas situações observamos uma apropriação estratégica do conceito de “essência”. O termo essencialismo estratégico é empregado para descrever a maneira pela qual conceitos 'essencializados' podem ser usados com o objetivo de disputar e assegurar direitos. A expressão, com seu potencial performativo, continua a ser amplamente adotada por diversos grupos políticos, pois embora reafirme estereótipos, a essencialização não se reveste apenas de seu caráter negativo. Pode ser utilizada como elemento de coesão na reivindicação de direitos, para uma consequente desconstrução de cenários opressivos, como por exemplo, nas políticas de cotas raciais na universidade.

No entanto, não é uma solução mágica para nossas muitas contradições, e a própria Spivak (2010) nos alerta para a necessidade de uma vigilância e descolonização epistêmica, uma atenção às escolhas, análises e teorias quanto à sua coerência, e seus objetivos políticos.

Neste sentido, as palavras *mulher e mãe*, como termos políticos, têm um uso estratégico, paradoxalmente, para recuperá-los das despolitizações essencialistas a que têm sido submetidos. Por exemplo, quando falamos de “direitos maternos”, não desconhecemos as enormes diferenças e hierarquias reprodutivas e sexuais que diferenciam as mães – as pobres, negras, solteiras, migrantes, lésbicas, homens trans pais e aquelas com necessidades especiais ou patologias -, mas sim enfatizamos que reivindicamos a condição humana plena para todas as pessoas gestantes e parturientes – onde antes havia apenas a condição de pélvis ambulante a ser tutelada, corrigida e abusada. Esta coletânea contribui lindamente nesta direção.

Uma ótima leitura!

Referências

Diniz CSG, Cabral CS. Reproductive health and rights, and public policies in Brazil: revisiting challenges during covid-19 pandemics. *Global Public Health*. 2022; 17(11): 3175-3188.

Graham ID. *Episiotomy: Challenging obstetric interventions*. Oxford: Blackwell Science; 1997.

Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. *Nossos corpos por nós mesmas*. Coordenação da tradução de Érica Lima e Janine Pimentel. 1ª. ed. J. Casa Literária; 2021.

Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2012; 16: 107-120.

Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Journal of Human Growth and Development*. 2009; 19 (2): 313-326.

Hemmings C. Contando histórias1 feministas. *Revista Estudos Feministas*, v. 17, p. 215-241, 2009.

Oh I. The performativity of motherhood: Embodying theology and political agency. *Journal of the Society of Christian Ethics*, p. 3-17; 2009.

Gribble KD et al. Effective communication about pregnancy, birth, lactation, breastfeeding and newborn care: the importance of sexed language. *Frontiers in Global Women's Health*. 2022; 3, p: 3.

Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. "Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento."; 2014.

Spivak G. *Crítica da Razão Pós Colonial: por uma história de um presente fugidio*. São Paulo: Editora Filosófica Politéia; 2022.

Apresentação

**Fabiana Santos Lucena¹, Angela Amanda Nunes Rios²,
Luana Beatriz Lemes³, Marian Salles Gomes Bellamy⁴**

Pensar a saúde e o cuidado oferecido às pessoas, e especialmente às mulheres, exige compreender a sua inserção social e o momento histórico atual. Nos últimos cinquenta anos a política de saúde para as mulheres brasileiras se transformou. Até a década de 1970, o cuidado em saúde era reduzido à gestação e ao parto, tendo sido ampliado desde a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, que ampliou os princípios que norteavam as políticas de saúde para as mulheres. Essas transformações se deram em uma conjuntura de atuação de movimentos sociais, especialmente os movimentos de mulheres, dentro e fora do Brasil, com o avanço da consciência quanto aos direitos das mulheres.

A partir do PAISM, e em 2004 da PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher), as ações de saúde passaram a incorporar pautas como o entendimento da saúde sexual e reprodutiva para além do ciclo gravídico-puerperal, cuidado em todas as fases da vida, incluindo noções de gênero e a compreensão da importância do recorte de raça e etnia.

Nesta edição, entendemos o conceito de interseccionalidade como uma ferramenta de análise que nos permite compreender a realidade social. O termo "interseccionalidade" foi cunhado pela acadêmica Kimberlé Crenshaw, na década de 1980, para descrever como as pessoas podem enfrentar múltiplas formas de discriminação e opressão simultaneamen-

-
- 1 Fabiana Santos Lucena (fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br), Enfermeira, mestre em Cuidados em Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), doutoranda pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).
 - 2 Angela Amanda Nunes Rios (angelarios2@gmail.com), Fisioterapeuta, especialista em saúde da mulher, doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).
 - 3 Luana Beatriz Lemes (luana.lemes.pr@gmail.com), Fisioterapeuta, Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e integrante da Rede Feminista de Saúde - Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS/PR).
 - 4 Marian Salles Gomes Bellamy (marianbellamy@gmail.com), Gestora pública, Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), Analista de Políticas Públicas e Gestão Governamental - PMSP.

te, a depender de sua classe social, raça, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, habilidades físicas e mentais, entre outros aspectos. A interseccionalidade no cuidado em saúde é um conceito importante que reconhece que o adoecimento está relacionado à inserção social e as múltiplas experiências de opressão, resultando em formas de adoecimento e em possibilidades de acesso aos cuidados e serviços de saúde diferentes.

Importante destacar que em diversos trechos do livro haverá menção à “saúde da mulher”. Ao falar em saúde da mulher, é importante reconhecer que esse termo tradicionalmente se refere a questões de saúde específicas que afetam os corpos femininos e seus sistemas reprodutivos. Não podemos deixar que a falta de padronização de termos mais incluídos nas agendas de saúde, interdite o diálogo entre pessoas comprometidas com a construção de uma assistência respeitosa, humanizada, universal e integral.

Nos últimos anos houve uma crescente conscientização sobre a necessidade de incluir pessoas transgêneros na discussão sobre gestação, parto e puerpério, reconhecendo uma ampla variedade de identidades de gênero e experiências de vida. O tema da gestação transmasculina foi abordado por Dan Kaio Souza Lemos, no capítulo 13 desta edição. Afirmamos aqui a nossa disposição em somar na luta pelo direito à liberdade de exercer a sexualidade, expressar afetos e decidir sobre a vida reprodutiva, sem qualquer tipo de discriminação.

O livro está dividido em 4 partes. A primeira delas possui quatro capítulos que abordam questões teórico-conceituais e políticas. Os dois primeiros capítulos, intitulados: “Gênero: caminhos percorridos” e “Gênero, raça e classe e seus impactos na vida da mulher negra no Brasil” têm o propósito de embasar conceitualmente e ser uma ferramenta de análise para todos os outros capítulos dessa obra. Os capítulos “Políticas de Saúde da Mulher - Histórico e Importância do Movimento de Mulheres” e “Integralidade em Saúde da Mulher”, têm o objetivo de apresentar um panorama histórico da construção das políticas de saúde da mulher, articulando com o momento histórico em que elas foram constituídas.

As partes 2, 3 e 4 do livro contam com treze capítulos no total, abordando questões relacionadas à concepção, gravidez, parto e pós-parto, incluindo dois capítulos que tratam da entrega voluntária de bebês e da destituição do poder familiar.

Assim como as demais publicações da coleção “Temas em Saúde Coletiva” do Instituto de Saúde (IS), essa edição tem como objetivo promover o debate na área da saúde, contribuindo para a formação de recursos humanos para o SUS e auxiliar na formulação de políticas públicas, a partir de uma ampla discussão de conceitos e tendências do campo da Saúde Coletiva.

Esperamos que essa edição contribua para uma compreensão ampliada das interfaces presentes na garantia de assistência durante o momento reprodutivo, livre de preconceito, discriminação e opressão, baseada nos direitos humanos.

Boa leitura!

Autoras da Obra

Adriana Dias (adrianadiasses@gmail.com), Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde, vice-presidente do Comitê de Vigilância à Mortalidade Materna Infantil e Fetal do estado de São Paulo.

Aline de Oliveira Gonçalves (aliengoncalves@gmail.com), Jornalista, doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Tecnologia e Sociedade (PPGTE) da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR), Mestre em Comunicação pelo Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social da UFPR.

Andrea Silveira de Queiroz Campos (asqcampos@usp.br), Médica ginecologista e obstetra, doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

Angela Amanda Nunes Rios (angelarios2@gmail.com), Fisioterapeuta, especialista em saúde da mulher, Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

Beatriz Fioretti-Foschi (bfioretti@uol.com.br), Publicitária, Doutora em Ciências / Faculdade de Saúde Pública USP, Pesquisadora Científica GEMAS – FSP/USP

Bruna Dias Alonso (bruna.dias.alonso@gmail.com), Obstetrix, Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), Professora do Centro Universitário Faculdade das Américas e colaboradora da pesquisa “Nascer nas Casas de Parto”.

Caroline Venturoli Ferreira e Silva (cvf.venturoli@gmail.com), Mestre e doutoranda pela Faculdade de Direito da USP.

Claudio Leone (leone.claudio@gmail.com), Médico, Professor colaborador sênior do Departamento de Saúde, Ciclos de vida e Sociedade na Faculdade de Saúde Pública da USP, pesquisador do Laboratório de Delineamento de Estudos e Escrita Científica da Faculdade de Medicina do ABC.

Carmen Simone Grilo Diniz (sidiniz@usp.br), Médica, Pós-doutora em Saúde Materno-Infantil pelo Cemicamp e pelo King's College London, Women's Health Division. Professora titular do Departamento de Saúde e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

Cristiane da Silva Cabral (cabralcs@usp.br), Psicóloga, Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ, Professora do Departamento Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade na Faculdade de Saúde Pública da USP.

Dan Kaio Lemos (kaiolemosunilab@gmail.com), Homem trans, ativista dos direitos humanos, Escritor, Antropólogo, Mestre em Antropologia da Saúde, especialista nos estudos de gênero e sexualidades (UFC), doutorando em Ciências Sociais (UNB), Coordenador nacional do IBRAT (Instituto Brasileiro das Transmasculinidades).

Daphne Rattner (daphne.rattner@gmail.com), Médica, Doutora em Epidemiologia pela Universidade da Carolina do Norte, EUA, Docente da Universidade de Brasília.

Denise Clemente da Silva (denise.clemente@usp.br), Assistente social, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP.

Denise Yoshie Niy (denise.niy@gmail.com), Editora, Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e integrante da rede Parto do Príncipio.

Edialy Cancian Tetemann (edialy@usp.br), Enfermeira, Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, doutoranda em Saúde Pública FSP/USP.

Fabiana Santos Lucena (fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br), Enfermeira, Mestre em Cuidados em Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Doutoranda pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde - SES/SP.

Giulia Catissi (giulia.catissi@yahoo.com.br), Enfermeira, mestranda em Ciências da Saúde pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde, Diretora da Atenção Básica de Saúde de Itanhaém/SP.

Janáina Dantas Germano Gomes (janadgg@gmail.com), Pesquisadora em Direito, Doutora em Direitos Humanos pela Faculdade de Direito do Largo São Francisco da USP.

Luana Beatriz Lemes (luana.lemes.pr@gmail.com), Fisioterapeuta, Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), integrante da Rede Feminista de Saúde - Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS/PR).

Maria Angélica Fernandes (fernandes.angelica@gmail.com), Mestre em Ciências Sociais pela PUC, doutoranda em Ciências Humanas e Sociais pela UFABC.

Maria Luiza Ferreira (mariaferreira280297@gmail.com), Obstetrix, especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da USP.

Marian Salles Gomes Bellamy (marianbellamy@gmail.com), Gestora pública, Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), Analista de Políticas Públicas e Gestão Governamental - PMSP.

Marianne Sylvia Rezende Estermann (marianne.estermann@usp.br), Estudante do curso de Obstetrícia da Escola de Artes e Humanidades da USP.

Marselle Nobre de Carvalho (marsellecarvalho@uel.br), Farmacêutica, Mestra em Planejamento do Desenvolvimento Regional (NAEA/UFPA), Doutora em Ciências Farmacêuticas (UnB), Professora do Departamento de Saúde Coletiva (DESC) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UEL.

Natália Augusto Nunes Gil (natalianunesgil@gmail.com), Terapeuta ocupacional, especialista em Gerontologia, doutoranda do programa de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Nataly de Oliveira Sousa (Nsousa.expressaocorporal@gmail.com), Profissional de Educação Física, especialista em saúde mental, mestranda do programa de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Paula Galdino Cardin de Carvalho (paulagaldino@gmail.com), Bióloga, Doutora em Saúde Coletiva pela FSP/USP, pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Direitos Humanos e Saúde da População LGBT+ (NUDHES) e pós-doutoranda pela FCMSCSP.

Silvia Helena Bastos de Paula (silviabastos@isaude.sp.gov.br), Enfermeira, Doutora em Ciências, Mestra de Saúde Pública, pesquisadora científica VI do Núcleo de Práticas de Saúde do Instituto de Saúde.

Veridiana Vilharquide Firmino (veridianavf@gmail.com), Bacharel e licenciada em História (USP), estudante de Obstetrícia na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP.

Gênero: caminhos percorridos

Fabiana Santos Lucena¹, Maria Angélica Fernandes²,
Marian Salles Gomes Bellamy³

Apresentação

Esse capítulo tem como objetivo trazer elementos que ajudem a estruturar conceitualmente as discussões aplicadas à saúde da mulher apresentadas neste livro. Isso porque as questões de saúde da mulher abordadas, assim como a própria ideia de saúde da mulher, estão ancoradas no lugar que a mulher ocupa na sociedade, ou seja, possui um recorte de gênero.

A proposta aqui será tecer uma reflexão, de cunho teórico, que embase conceitualmente e dialogue diretamente com situações vivenciadas por profissionais de saúde em sua prática assistencial, como: adolescentes e mulheres violentadas sexualmente; gestantes sem acesso ao aborto legal; usuárias dos serviços de saúde em diversas situações de violência.

Para além dessas situações, temos uma avalanche de situações de direitos negados às mulheres explicitamente noticiada nos últimos anos. Recentemente houve o caso de uma criança de 11 anos impedida de ter o seu direito ao aborto assegurado⁴. Ao mesmo tempo, a notícia de uma jovem atriz que entregou para adoção a criança que gestou vem à tona⁵, gerando julgamentos que sentenciam o lugar da maternidade como obri-

-
- 1 Fabiana Santos Lucena (fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br). Enfermeira, mestre em Cuidados em Saúde pela EEUSP, Doutoranda em Saúde Pública pela FSP/USP. Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde - SES/SP.
 - 2 Maria Angélica Fernandes (fernandes.angelica@gmail.com). Mestre em Ciências Sociais pela PUC. Doutoranda em Ciências Humanas e Sociais pela UFABC (2020). Foi gestora pública na Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (2011) e atualmente trabalha no Tribunal de Contas do Município de São Paulo.
 - 3 Marian Salles Gomes Bellamy (marianbellamy@gmail.com), Gestora pública, Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), Analista de Políticas Públicas e Gestão Governamental - PMSP.
 - 4 Disponível em <https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2022/06/23/aborto-negado-por-juiza-de-sc-a-menina-de-11-anos-estuprada-repercute-na-imprensa-internacional.ghtml>. Acesso em 31/07/22.
 - 5 Disponível em: veja_caso_klara_castanho. Acesso em 31/07/22.

gação das mulheres, não importando o contexto.

Essas são algumas situações cotidianas atendidas nos serviços de saúde que podem parecer distantes da dimensão teórica. No entanto, como veremos neste capítulo, essas situações têm na desigualdade de gênero a sua gênese e explicação. Há uma construção hierárquica nas relações entre homens e mulheres, que leva a situações de opressão e violência sofridas pelas mulheres. E essa hierarquização é algo estruturante das relações sociais.

Para tecer essa reflexão conceitual acerca do que é gênero e de como esse conceito vem sendo elaborado e repensado ao longo do tempo, diversas autoras, que são referências nessa discussão, serão abordadas: Adriana Piscitelli, Sonia Correa, Joan Scott, Gayle Rubin, Donna Haraway, Sandra Harding, Henrietta Moore, Judith Butler, Anne Fausto-Sterling, Fabíola Rohden e Oyerónke Oyěwùmí. Ainda que muitas outras autoras tenham produção científica igualmente relevante nessa temática, a seleção apresentada visa sistematizar a discussão das últimas décadas sem a pretensão de esgotar a temática.

Contexto atual

A despeito das situações de opressão ainda vivenciadas pelas mulheres, as últimas décadas foram marcadas por intensas transformações sociais, tecnológicas, culturais e políticas. Essas transformações tiveram um enorme impacto nas relações de gênero e sexualidade, como ampliação da autonomia das mulheres, mudanças no padrão de conjugalidade e fecundidade. Essas mudanças têm fatores múltiplos e complexos, mas é importante reconhecer a importância da mobilização das mulheres para que as desigualdades constituídas historicamente entre homens e mulheres diminuíssem (Correa, 2011).

No Brasil, as mulheres estão inseridas em diferentes campos de atuação profissional. Vemos mulheres médicas, engenheiras, taxistas, prefeitas, deputadas. Tal inserção faz com que pareça que as desigualdades de gênero estejam próximas de serem superadas. Porém, ao analisar alguns indicadores, podemos perceber que a inserção das mulheres ainda é muito inferior em comparação a dos homens.

Segundo matéria, de 08 de março de 2022, as mulheres brasileiras ganhavam em média 20,5% a menos do que os homens. Essa desigualdade é observada mesmo quando se comparam profissionais com mesmo perfil de escolaridade, idade e categoria de ocupação. Além desse número alarmante, a maior parte das pessoas desempregadas são mulheres. A reportagem discute a dificuldade das mulheres com filhos se inserirem no mercado de trabalho e, também, o fato de terem duplas e triplas jornadas de trabalho as fazerem aceitar piores condições de trabalho (Alvarenga, 2022).

Segundo levantamento do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, publicado em 07 de março de 2022, em 2021 o Brasil registrou um estupro a cada 10 minutos e um feminicídio a cada 7 horas.

Ao olhar estes dados, fica a questão apresentada por Piscitelli (2009): Como noções de feminilidade e masculinidade, articuladas a classe social e raça, contribuem na produção dessas desigualdades?

Nas páginas a seguir, apresentaremos um breve balanço de algumas das principais contribuições teóricas para o enfrentamento dessa questão.

A trajetória dos estudos de gênero

Adriana Piscitelli (2009) faz um breve histórico de como se deu essa discussão durante os séculos XX e XXI, a qual será explorada a seguir e dialogará com outras autoras de importância nessa discussão.

Na década de 1930, Margaret Mead fez uma pesquisa comparativa em três sociedades, observando as atitudes sociais relacionadas às diferenças sexuais e demonstrou que essas características são aprendidas desde que uma criança nasce. Segundo ela, toda cultura determina os papéis de homens e mulheres. Porém, nessa abordagem, não há uma preocupação em analisar as diferenças de poder entre homens e mulheres e os fatores que contribuem para que as mulheres estejam em posições inferiores aos homens.

Em 1949, foi publicado o livro “Segundo Sexo” de Simone de Beauvoir, filósofa e escritora francesa. À época, seu livro causou grande reação

contrária, tanto por setores católicos, quanto por setores da esquerda. Beauvoir defendia que o mais importante era enfrentar os aspectos sociais que colocavam a mulher em posição inferior a dos homens. Para isso era necessário combater um conjunto de elementos que coloca a mulher em um lugar de subordinação como: educação que preparava a mulher para o casamento e maternidade; caráter opressivo do casamento como forma da mulher obter proteção e um papel social; obrigação da maternidade, já que não havia forma de controle adequado da fertilidade; falta de liberdade sexual.

Beauvoir não utiliza o termo papel sexual, mas em sua construção discute a posição da mulher como uma construção social. A dominação masculina não é inerente ao corpo feminino ou a natureza, mas resultado do que a história e a cultura fizeram com a fêmea humana.

O “Segundo Sexo” é considerado precursor do feminismo da “segunda onda”, organizado por mulheres em diferentes partes do mundo a partir da década de 1960. O pensamento feminista da segunda onda colocou reivindicações voltadas para as desigualdades de direitos, ao mesmo tempo que questionava as raízes dessas desigualdades.

A categoria “mulher” foi desenvolvida durante a segunda onda com a defesa de que todas as mulheres, mesmo que de classes e raça diferentes, sofrem opressão, criando uma identidade que possibilitava a união entre as mulheres de diferentes estratos. A opressão devia ser mapeada onde as mulheres estivessem inseridas, ou seja, em seu cotidiano como na família, em suas relações amorosas, sendo que todas essas relações são consideradas políticas e, portanto, envolvem uma relação de poder.

Segundo Donna Haraway, o termo gênero foi introduzido pelo psicanalista Robert Stoller em 1963, que formulou o conceito de identidade de gênero para distinguir natureza e cultura. Dessa maneira, sexo tinha relação com a biologia (hormônios, genes etc.) e gênero com a cultura (sociologia, psicologia, aprendizado). Quando nascemos somos classificados pelo corpo, a partir dos genitais, porém, ser homem ou ser mulher se dá a partir de um aprendizado cultural, o qual está relacionado há um tempo histórico.

Segundo Haraway (2004), as teorias feministas de gênero tentam articular a forma como se dá a opressão das mulheres no âmbito da cultu-

ra, onde a distinção entre sexo e gênero se dá de forma marcante. Gênero é uma forma de contestar a naturalização da diferença sexual.

Esse conceito se difundiu de forma não esperada a partir do ensaio “O tráfico de mulheres”, de Gayle Rubin, que elaborou um conceito que denominou sistema sexo/gênero. Segundo Rubin, “numa definição preliminar, é uma série de arranjos pelos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e nos quais essas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas” (Rubin, 1993; p. 3).

Rubin (1993) afirma que a literatura sobre mulheres ao longo da história se deu a partir da reflexão sobre a natureza e sobre a origem de sua opressão. Segundo ela, não se trata de uma questão banal, já que a análise da origem da opressão pode ser base para definir o que deve ser mudado para a construção de uma sociedade sem hierarquia entre homens e mulheres.

Cabe aqui, por sua importância, algumas notas sobre o texto de Rubin. A autora inicia a discussão afirmando que não há nenhuma teoria explicativa - como a de Marx em relação à opressão do trabalhador - que explique a opressão das mulheres⁶. Após uma explanação sobre a teoria marxista, Rubin situa o trabalho doméstico como um elemento crucial no processo de reprodução social, sendo que é através da reprodução da força de trabalho que a mulher se insere na mais-valia. Ainda que não receba um salário, o trabalho doméstico está contido na mais-valia extraída do trabalhador, que deixa de fazer o trabalho doméstico para vender sua força de trabalho. Importante registrar que essa é uma contribuição para compreender como a opressão das mulheres se dá no modo de produção capitalista, mas não explica sua origem e nem porque são as mulheres as responsáveis pelo trabalho doméstico.

Rubin, a partir de “Estruturas Elementares do Parentesco” de Lévi-Strauss, discute o tabu do incesto, ou seja, a proibição de se ter relações sexuais com parentes próximos. O objetivo do tabu do incesto é a imposição da exogamia, que instaura a necessidade de aliança/associação entre

6 Importante destacar que Marx e Engels não se debruçam sobre a inserção das mulheres no modo de produção.

famílias através do casamento. Essa aliança promove o intercâmbio de mulheres e a proibição do incesto promove uma dependência entre as famílias. Lévi-Strauss demonstra a necessidade de formar novas famílias através da divisão sexual do trabalho, sendo uma divisão de tarefas a partir do sexo, que varia entre culturas, mas que institui diferentes funções entre homens e mulheres.

Na aliança estabelecida através do casamento, as mulheres são objetos de troca entre as famílias, sendo que a partir disso, são os homens que estabelecem laços intermediados por elas e se beneficiam do produto dessa troca (Rubin, 1993).

A partir da discussão da obra “Família”, também de Lévi-Strauss, Rubin afirma que para o autor, a partir de uma análise sobre a divisão do trabalho a partir do sexo, essa divisão não se dá pela natureza biológica, mas que garantir a união de homens e mulheres faz com que a menor unidade econômica viável contenha ao menos um homem e uma mulher. Sendo assim, a divisão sexual do trabalho institui uma dependência entre os sexos.

A divisão sexual do trabalho pode, portanto, ser vista como um “tabu”: um tabu contra a uniformidade de homens e mulheres, um tabu que exacerba as diferenças biológicas entre os sexos e que, portanto, cria gênero. A divisão de trabalho também pode ser vista como um tabu contra outros arranjos sexuais que não aqueles que tenham pelo menos um homem e uma mulher, o que obriga ao casamento heterossexual (Rubin, 1993; p. 26).

O conceito de gênero e seu grande impacto social, elaborado a partir do pensamento feminista na década de 1970, questiona a naturalização das diferenças atribuídas a homens e mulheres, e é utilizado para se referir ao caráter cultural das distinções entre feminilidade e masculinidade. Esse movimento social questiona a desigualdade de direitos entre homens e mulheres, e é a partir dessa pauta reivindicatória que se desenvolve a contribuição teórica acerca das distinções entre feminino e masculino na esfera social (Piscitelli, 2009).

Já na década de 1980, Sandra Harding (1986) problematizou essa

polaridade entre sexo e gênero, ou construção social versus cultura. Para a autora, essa é uma dicotomia típica da modernidade, e reflete em outras oposições presentes no pensamento ocidental moderno: razão e emoção; objetividade e subjetividade; mente e corpo; abstrato e concreto; público e privado. Desse modo, a sociedade identifica a feminilidade com a biologia, a emoção, a subjetividade, o espaço privado; e a masculinidade com a objetividade, a razão, o espaço público. Ainda conforme Harding, “em cada caso, a natureza é percebida como poderosa ameaça que se erguerá e absorverá a cultura, a não ser que esta exerça um rígido controle sobre aquela”.

Deve-se considerar, conforme colocado pela autora, que há progresso em se dizer que as diferenças sexuais não são a fonte das diferenças de gênero. A dissociação das características biológicas para a conceituação de uma noção de cultura, sociedade e gênero é um avanço em comparação com a visão de uma ciência, que permanece muito presente e que se baseia no determinismo biológico: endocrinologia (hormônios), sociobiologia, entre muitas outras. A permanência dessa perspectiva, ainda mais antiga e focada no determinismo biológico, dificulta a tentativa feminista de superar a etapa seguinte da dicotomia moderna de natureza versus cultura e, conseqüentemente, do sistema sexo/gênero.

A dificuldade de promover essa discussão é ainda maior quando analisadas as questões práticas defendidas pelo feminismo: políticas públicas diferentes para homens e mulheres, baseadas numa noção biológica própria de homens e mulheres. Entende-se que há diferenças corporais e experiências específicas de corpos femininos (menstruação, aleitamento, parto, menopausa) e o feminismo procura entender o que tais diferenças na estrutura dos corpos implica. No entanto, ao direcionar os estudos para essas questões, como não reforçar o determinismo biológico sexual?

Há ainda uma dificuldade de ordem epistemológica estruturante na tentativa de superar a dicotomia sexo e gênero (natureza versus cultura): se todo o pensamento moderno se estrutura nessas noções de mundo dicotômicas, incluindo as disciplinas (ciências sociais x naturais), as práticas sociais e individuais, então como formular dentro dessa estrutura cognitiva uma teoria capaz de superá-la?

Tendo em vista tais questões, Harding propõe que, apesar de falsas, as dicotomias estruturam nossa lógica atualmente e não é possível descartá-las enquanto elas dominarem a nossa consciência. Isso implica dizer que, apesar de considerar o sistema sexo e gênero (sendo o primeiro associado com a natureza e o segundo com a cultura) problemático, a autora entende não ser possível desfazer essa lógica sem cair num mero determinismo biológico e, portanto, retroceder nas reflexões já elaboradas sobre o papel social dos gêneros. A não-dicotomia nesse caso implicaria em uma totalização da biologia como explicação e justificativa dos fenômenos sociais, que envolvem homens e mulheres.

Outra autora que também reflete sobre a mesma questão é Henrietta Moore. A autora parte da mesma percepção de Harding sobre a importância da separação entre as noções de sexo e de gênero, sendo o gênero compreendido como uma construção social, pois é a partir desse arcabouço teórico que puderam se desenvolver os estudos feministas em oposição ao determinismo biológico, antes vigente (Moore, 1997). No entanto, permanece a complexa questão do quanto a noção de uma construção social está realmente livre de um embasamento em categoriais naturais do sexo.

Moore destaca ainda que, apesar das polêmicas em torno dos conceitos de sexo e gênero, há um campo de análise onde este último se mostra especialmente relevante no estudo das desigualdades. Isso porque entender a constante universal da subordinação feminina se mostra complexo e dissociar essa desigualdade de fatores biológicos é fundamental para os estudos feministas. Compreender essas desigualdades por meio de fatores sociais e culturais é essencial e, para tanto, o conceito de gênero é muito útil.

Gênero como método de análise

Scott (1995) chama atenção para a importância de estudar a relação entre homens e mulheres e não apenas o sexo oprimido. Gênero se torna

uma maneira de indicar as construções sociais dos papéis de homens e mulheres. “O Gênero é, segundo essa definição, uma categoria social imposta sobre o corpo sexuado” (Scott, 1995; p. 3).

Mesmo o termo gênero afirmando que as relações entre sexos são sociais, não diz nada sobre as razões pelas quais essas relações foram construídas, como funcionam ou como mudam. Apesar dos esforços das historiadoras e historiadores para elaborarem as origens das desigualdades entre os sexos, há uma dificuldade em se chegar a uma teoria explicativa. No entanto, é necessário rejeitar o caráter fixo dessa oposição binária baseada na diferença sexual:

“A história do pensamento feminista é uma história de recusa da construção hierárquica da relação entre homem e mulher nos seus contextos específicos e uma tentativa de reverter ou deslocar seus funcionamentos” (Scott, 1995; p. 9).

Scott no texto “Gênero: uma categoria útil para análise histórica” discute as elaborações de historiadoras(es) sobre as origens das desigualdades entre os sexos e, também, a dificuldade em se chegar a uma teoria explicativa.

A autora apresenta gênero a partir de quatro elementos que se relacionam entre si, sendo eles:

- 1- As múltiplas representações (às vezes contraditórias) do símbolo de mulher, como Eva e Maria; mitos de luz e escuridão; poluição e purificação;
- 2- Conceitos normativos, que interpretam o sentido de ser mulher, expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas e jurídicas. Esses conceitos são postos de forma categórica, como se fosse produto de um consenso e não de um conflito social;
- 3- Noção de fixidade, com aparência de permanência atemporal na representação binária de gênero;
- 4- Identidade subjetiva.

A autora explana o quanto gênero foi utilizado para a manutenção do poder. A figura feminina representa a doçura e obediência, a qual está relacionada às relações sociais de cada época. Um dos exemplos que cita refere-se ao caso do divórcio, em 1816, quando Louis de Bonald argumenta sobre sua revogação comparando à democracia. Nesse paralelo, ele afirma que na democracia é possível que o povo se rebele contra o poder estabelecido, bem como no divórcio, onde seria permitido à mulher, parte mais fraca, rebelar-se contra a autoridade do marido. Sendo assim, defende que para manter o Estado fora do alcance do povo, é necessário manter a família fora do alcance das esposas e crianças (Scott, 1995).

A autora sugere tratarmos a oposição masculino e feminino mais como problemática do que conhecida. Provoca algumas questões como: Qual a relação entre as leis sobre as mulheres e o poder do Estado? Como as instituições sociais têm incorporado o gênero nos seus pressupostos e na sua organização? A partir de perguntas como essas, a autora acredita ser possível emergirem novas perspectivas (Scott, 1995).

Apesar do impacto das discussões de gênero, a partir da década de 1970, foi na década de 1990 que a discussão se transportou para a esfera das políticas públicas. Um fato importante refere-se à adoção do termo gênero no texto da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD-1993-1994), resultante de uma negociação intergovernamental das Nações Unidas (Piscitelli 2009).

Rago (1998) afirma que foi a partir de 1990 que os estudos de gênero foram introduzidos e ganharam força entre as feministas no Brasil. Em 1991, foi realizado um seminário que teve a presença de intelectuais de todo o país e, também, vindas do exterior. Segundo ela, na ocasião, gênero era definido como "construção social e cultural das diferenças sexuais". A autora aponta como elemento importante a inserção das mulheres na academia a partir da década de 1970 e, a partir de então, suas inquietações e olhares influenciaram a produção acadêmica.

A interpretação do corpo

No período mais recente, novas leituras de gênero propõem eliminar qualquer naturalização da noção de diferenças sexuais, incorporando

os direitos de intersexos, transexuais e travestis nas discussões sobre gênero. Uma das autoras, que promove essa discussão de forma mais elaborada e contundente na atualidade, é a filósofa Judith Butler. Vale registrar que, por esse motivo, tem sido alvo de ataques ferrenhos por parte de grupos conservadores da sociedade.

Para Butler, o gênero dos indivíduos tem parte de sua explicação na fenomenologia e está associado aos atos continuamente repetidos: “se trata de uma identidade instituída por meio de uma repetição estilizada de certos atos.” Isso implica dizer que gênero, para a autora, não é algo intrínseco, mas sim uma performance de atos que os indivíduos executam diariamente dentro de um modelo de crenças. Sendo assim, a chave para a mudança das relações de gênero estaria na alteração ou subversão desses atos, continuamente performados para criar as identidades de gênero. Essa performance, apesar de possuir um caráter individual, é baseada em tabus e sanções sociais (Butler, 1988).

Para fazer frente a essa discussão, Butler (1988) trata da própria conceituação do que é o corpo. Para a autora, o corpo possui um caráter concreto e histórico, mas é dentro dessas características, um conjunto de possibilidades. Isso significa dizer que a forma como ele existe no mundo não está predeterminada por uma essência interior, e nem a percepção que se tem sobre ele. A expressão concreta desse corpo no mundo “deve ser entendida como a acepção e a expressão de um conjunto de possibilidades históricas” (Butler, 1988). O corpo não é apenas matéria, mas, sim, uma materialização constante de possibilidades, pois as pessoas fazem seus corpos na medida em que performam atos constantemente. Dessa forma, “as pessoas não são seus corpos, mas fazem seus corpos”. E o fazem de maneiras distintas. Importante ressaltar que as distinções nessas performances são sutis e ocorrem dentro de parâmetros socialmente definidos, sendo que as divergências dos padrões são punidas e sancionadas socialmente.

O corpo, por meio da dramatização constante, ao mesmo tempo em que é historicamente condicionado, também é uma reprodução de determinada situação histórica. Sendo assim, para Butler, gênero não é um fato e as noções de gênero dependem, para manter suas identidades, da performance constante dos atos que as definem. Sem essa atuação

constante não haveria gênero, e essa mesma construção constante do gênero esconde a sua gênese.

Para a autora é como se houvesse um acordo social coletivo para produzir por meio da performance constante dois polos discretos de gênero (masculino e feminino). “Os autores dos gêneros entram em um transe de suas próprias ficções, e por meio dele os processos de construção impulsionam a crença da sua necessidade e natureza” (Butler, 2019; p. 226).

A partir dessas reflexões ligadas à fenomenologia, a autora também cria um diálogo com as teorias feministas e vê relação entre essas discussões na medida em que as teorias feministas têm como um de seus motes - o pessoal é político. Ou seja, para além das estruturas e das questões políticas macro, situações cotidianas incluindo atos praticados diariamente, de caráter pessoal, são consideradas manifestações de cunho político pelas feministas. Isso significa que há um entendimento por parte das teorias feministas de que as experiências e atos individuais concretos são parte do universo das relações de gênero, havendo dessa forma uma ligação entre o conceito de gênero da fenomenologia (que envolve atos performativos) e do feminismo. Mais ainda, há uma ligação com a proposta de Butler de que “os corpos são transformados em gênero por uma série de atos que são renovados, revisados e consolidados através do tempo” (Butler, 1988).

Assim como outras autoras, Butler também discute sobre a noção do que seria um sexo natural. Para a autora, há uma sedimentação das normas de gênero e, por meio da apresentação reificada de determinados atos, criou-se um conjunto de estilos corporais que produz a mulher de verdade. E mais do que isso, esses dois sexos criados dessa forma se relacionam de forma binária. Nesse ponto ela avança na discussão para além das noções de sexo e de gênero, e entra na discussão de sexualidade.

Desse modo, as questões de gênero estão intrinsecamente ligadas a uma noção de heterossexualidade e a um contrato heterossexual. Para essa discussão, Butler mobiliza diversos filósofos, em especial Michel Foucault, e reforça a ideia de que o gênero se enquadra numa perspectiva de reprodução sexual dentro de um casamento heterossexual. Dessa for-

ma, entende que a reprodução de seres humanos vem sendo atribuída a um modelo de gênero estabelecido.

Nesse ponto, dialoga bastante com Lévi-Strauss e com Gayle Rubin. Isso porque é no diálogo com a noção das relações de parentesco advindas da antropologia e de Lévi-Strauss, que caracterizou o tabu do incesto como canalizador da sexualidade para relações e casamentos heterossexuais, que Butler explica uma das origens desse normativo heterossexual. Gayle Rubin, como vimos, também argumenta em torno do tabu do incesto e de como ele é formador de certos tipos de sexualidades e de identidades de gênero. Butler promove esse diálogo para afirmar que é a partir da atribuição de um sexo discreto “natural” que se promove também uma pretensa propensão “natural” à heterossexualidade, a qual é de fato compulsória.

Tendo em mente tais discussões, Judith Butler problematiza como se daria a transformação das relações sociais e de opressão das mulheres nesse contexto. Ela explicita que, apesar da noção da individualidade dos atos, eles estão inseridos em contextos e convenções sociais que fazem com que sejam validados e reproduzidos. Nesse sentido, a transformação social dependeria muito mais da alteração dessas condições sociais hegemônicas do que dos atos individuais que derivam delas.

A transformação dessas relações, portanto, deve se dar também no âmbito político e aí surge uma dificuldade: como agregar as mulheres em uma categoria única - mulheres - sem se valer das noções de sexo ou de gênero? Como simultaneamente, reconhecer a opressão e a desigualdade de gênero e contestar essa divisão social binária em homens e mulheres?

Para a filósofa, o que está dado nessa temática é a constante do patriarcado e do uso da “diferença sexual como uma operante da distinção cultural”. O gênero não está passivamente inscrito nos corpos e nem é determinado pela biologia, natureza, pelo simbólico ou pela língua, “... Gênero é aquilo que colocamos, invariavelmente, sob controle, diária e incessantemente, com ansiedade e prazer” (Butler, 1988).

A construção do sexo

Neste momento, é interessante discutirmos um pouco a noção de masculino e feminino no campo da biologia. A bióloga Anne-Fausto Sterling é uma referência para nos guiar nessa discussão.

Em seu texto “Dualismos em Duelo” (2000), Sterling discute um caso muito interessante que ocorreu nas Olimpíadas de 1988 e que pode nos ajudar a refletir sobre como definimos o sexo de homens e de mulheres. Para disputar a Olimpíada, as mulheres eram obrigadas a apresentar certificados médicos declarando que eram mulheres⁷. Nesse sentido, o Comitê Olímpico é o responsável por essa seleção de atletas que vão competir com homens e com mulheres e, para tanto, eles exigiam um certificado médico que declarasse o sexo da/o atleta. Percebemos, dessa forma, como as discussões teóricas sobre sexo e gênero possuem reflexos bastante práticos.

Uma corredora espanhola, Maria Patiño, esqueceu o seu certificado e o procedimento definido pelo Comitê Olímpico Internacional (COI), para esses casos, era a atleta se apresentar a um “escritório central de controle da feminilidade” (interessante aqui observar o uso do termo controle, em diálogo com as contribuições de Butler acerca das sanções sociais que operam nas definições de homens e mulheres).

Nesse escritório, o procedimento para verificação do sexo era a raspagem de células da bochecha (esse método era considerado um avanço frente ao que era praticado pelo COI até 1968, quando as mulheres tinham que desfilar nuas na frente de um grupo de examinadores). Voltando à nossa corredora, ela foi chamada para refazer o teste, sem receber maiores explicações, e somente quando ia entrar na pista foi barrada e avisada de que havia sido reprovada no teste.

Apesar de possuir todas as características fisiológicas atribuídas às mulheres (seios, cintura estreita e quadris largos), o exame cromossômico celular havia indicado que ela possuía um cromossomo Y. Sem entender o que se passava, ela foi desclassificada das Olimpíadas, teve seus

7 Lembrando que, nas Olimpíadas, os esportes são classificados em versões para homens competirem e versões femininas.

títulos anteriores revogados, perdeu a remuneração de atleta do governo espanhol, perdeu o alojamento que recebia como atleta e o namorado a deixou. Tudo isso porque, apesar de ter características físicas associadas ao feminino e ter crescido como mulher, o exame cromossômico apontou um cromossomo Y.

A partir desse momento ela foi a diversos médicos e realizou diversos exames a fim de tentar entender o que havia ocorrido. Ela foi diagnosticada com uma síndrome de insensibilidade à testosterona. O corpo dela (os testículos) produzia testosterona, mas suas células eram incapazes de promover a absorção dessa testosterona. Na juventude o corpo passou a produzir também o estrogênio (produzido por “homens” e “mulheres”) e seu corpo adquiriu características fisiológicas identificadas como femininas.

Maria Patiño travou uma luta de dois anos com o COI, apresentando diversos laudos médicos que afirmavam que a largura de seus ombros, de seus quadris e sua estrutura física faziam dela mulher para competir nas Olimpíadas. Ela pôde voltar a competir após dois anos, mas o COI não reviu a política do “teste de sexo”, alegando ser ainda a melhor forma de identificar o sexo do atleta.

Esse exemplo⁸, apresentado por Sterling, mostra o quão difícil é definir o sexo, mesmo sob um ponto de vista estritamente biológico/fisiológico/natural. Ou seja, mesmo uma definição baseada na natureza que se propõe a ser simples e objetiva é, na realidade, complexa e aberta a nuances.

Ao debater o teste realizado pelo COI, Sterling coloca essa complexidade biológica na definição de sexo da seguinte forma:

“O problema, porém, é que esse teste, e também a reação em cadeia de polimerase, mais sofisticada para detectar pequenas regiões do associadas com o desenvolvimento de regiões do DNA mais associadas com o desenvolvimento de testículos que o COI usa hoje, não podem fazer o que o COI quer que façam. O sexo de um corpo é simplesmente complexo demais. Não existe isso ou aquilo. Antes, existem nuances de

8 A polêmica em torno da definição sexual de atletas permanece, conforme vemos na notícia a seguir: Foto de transgênero isolada no palco_BBC. Acesso em 20/08/2022.

diferença, rotular alguém homem ou mulher é uma decisão [...] social. Podemos utilizar o conhecimento científico para nos ajudar a tomar a decisão, mas só nossas crenças sobre o gênero – e não a ciência – podem definir nosso sexo” (Sterling, 2000; p. 15).

Sterling propõe ainda mais uma discussão prática acerca da definição da diferença sexual, com base na biologia e na ciência/medicina: quando nasce uma criança e os médicos têm dúvidas acerca de seu sexo, a autora afirma que eles usam, como primeiro critério de aferição, as capacidades reprodutivas (no caso de uma menina em potencial) ou do tamanho do pênis (no caso de um menino). Existem situações, por exemplo, de crianças que nascem com dois cromossomos X, ovários, um útero na parte de dentro, mas com um pênis e uma bolsa escrotal na parte de fora. Nesse caso, deve ser considerado um menino ou uma menina? Ela afirma que a maioria dos médicos dirá que é uma menina, a despeito do pênis, por causa de seu potencial para dar à luz. E para “enquadrar” esse corpo como feminino, a medicina intervém usando cirurgia e hormônios para confirmar sua decisão. “A escolha dos critérios a utilizar na determinação do sexo, e a escolha de simplesmente fazer essa determinação, são decisões sociais para as quais os cientistas não podem oferecer regras absolutas” (Sterling, 2000).

Esses corpos intersexos, que desafiam as convenções binárias de sexo, são “corrigidos” pela Medicina, pois a sua mera existência coloca em xeque as divisões de gênero que são adotadas pela nossa sociedade. Ao fazer essas reflexões, Sterling está propondo algo muito similar às propostas de outras autoras, como Judith Butler, de que a própria noção de dois sexos está imbricada no nosso tecido social, mais do que puramente definida pela natureza. Ela dialoga também com Moore ao afirmar que concorda com o entendimento de que o conceito de gênero não se resume a elementos linguísticos e cognitivos, mas sim a natureza corporificada das experiências e das identidades (Sterling, 2000).

Outra autora com a qual Sterling dialoga é Oyerónke Oyèwùmí. Trata-se de uma antropóloga nigeriana que propõe a discussão de que a organização social se dá em torno dos corpos binários, macho e fêmea. No entanto, na cultura Yorubá há uma perspectiva de organização social

baseada nos corpos, mas nas idades relativas, muito mais do que numa perspectiva de gênero. Ou seja, o principal marcador social nessa cultura está baseado numa experiência corpórea, mas de tempo e não de sexo/gênero. Ela dá o exemplo dos pronomes na cultura Yorubá, que se referem à idade para explicitar quem está falando - pode ser uma pessoa mais velha e uma mais nova - independentemente do sexo (Oyěwùmí, 2020).

Sterling critica ainda as noções dualistas (sexo/gênero, natureza/cultura, real/construído) de interpretação do pensamento ocidental moderno, assim como diversas outras autoras com as quais estamos trabalhando nesse capítulo.

A problematização das discussões fisiológicas e biológicas acerca dos corpos, e da divisão binária dos sexos e do gênero trazida por uma autora do campo de conhecimento da biologia, enriquece as discussões realizadas neste capítulo e reforça a noção da construção de uma experiência de gênero, inclusive na concepção biológica que temos sobre os corpos humanos. Os limites de distinção corporal entre homens e mulheres, são tênues e por vezes se interpõem, sofrendo nesses momentos intervenção imediata da ciência e da medicina para que seja restaurada a configuração padronizada de dois sexos que embasa a divisão em dois gêneros.

A divisão sexual no tempo e na medicina

Vimos o sexo pela ótica da biologia, agora veremos a interpretação do corpo e do sexo ao longo de algumas sociedades, até chegar na visão Moderna dada pela Medicina. A antropóloga brasileira Fabíola Rohden (1998) apresenta essas duas perspectivas.

Em um ensaio bibliográfico sobre Thomas Lacquer, Rohden (1998) trata de um autor de grande relevância para uma compreensão de como as sociedades entendem os corpos e, conseqüentemente, os sexos. Para Rohden, Lacquer adota uma abordagem historicista.

Lacquer, nessa perspectiva histórica, remonta aos gregos e apresenta o entendimento que a sociedade grega possuía acerca da distinção sexual. Para os gregos, o sexo era apenas um, e homens e mulheres não se distinguiam por características biológicas, mas sim por grau de perfeição.

O sexo masculino era interpretado como um corpo completo e perfeito. O sexo feminino era o mesmo corpo, mas incompleto. A completude e perfeição dos corpos seria definida pela quantidade de calor atribuída aos corpos. O corpo feminino possuiria menos calor e, portanto, os órgãos sexuais permaneceriam internos. A interpretação dos gregos sobre os órgãos sexuais também é bastante interessante: para eles, homens e mulheres possuíam os mesmos órgãos, mas no corpo feminino esses órgãos estavam invertidos e para dentro. Ou seja, os ovários seriam testículos internos e a vagina um pênis para dentro. Havia, nesse modelo, uma hierarquização clara entre os gêneros. Um corpo com escalas de perfeição, sendo o masculino o topo da escala (Lacquer apud Rohden, 1998).

Essa percepção dos corpos e do sexo mudou com o Renascimento, quando se passa a considerar um modelo de dois sexos e não mais de um corpo hierarquizado. A partir desse período propaga-se fortemente a noção de dois sexos radical e biologicamente distintos (Lacquer apud Rodhen, 1998).

Na visão anterior ao Renascimento, então, as distinções entre homens e mulheres se davam mais no campo do gênero do que da biologia. A manutenção da hierarquização entre homens e mulheres no contexto do iluminismo (cujos expoentes e instituições afirmavam que as mulheres não eram cidadãs) precisou se dar em outras bases. A nova justificativa para a exclusão das mulheres da arena pública e da política se deu por meio da Ciência, que surgia nesse período, e que fundamentou na biologia a distinção sexual. E a partir desse fundamento e dessa diferenciação, os teóricos sociais desenvolveram as suas teorias sobre as diferenças inatas entre homens e mulheres, e sobre a necessidade de diferenciação social para respeitar a natureza. Essa era a justificativa para que as mulheres fossem consideradas incapazes de possuírem responsabilidades cívicas.

Essa linha de análise coloca em questão a neutralidade da ciência moderna e da biologia como parte dessa ciência. Além da biologia, a medicina também é alvo de questionamentos. Em outro texto, “Uma ciência da diferença sexo e gênero na medicina da mulher”, Fabíola Rohden (2001) trata dessa questão. Sobre a criação da especialidade médica de ginecologia, a autora escreve: “Além de tratar dos fenômenos relativos aos órgãos reprodutivos na mulher, constituía também uma verdadeira

ciência da feminilidade e da diferenciação entre homens e mulheres” (Rohden, 2001; p. 221). Nesse mesmo texto, a autora tratou ainda das teses apresentadas à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e percebeu nesses documentos a relevância e a preocupação da Academia com a delimitação de traços distintivos entre os sexos.

Segundo Rohden (2001), os médicos reafirmam a todo instante a existência de uma diferença natural entre homens e mulheres. No entanto, afirmam que tal diferença não é estática e está sujeita a intervenções externas (principalmente da medicina) para ser reforçada e para ter sua integridade garantida. No vocabulário médico analisado por ela, isso também transparece: os médicos se referem à necessidade de “administrar” a puberdade feminina, de “dirigir os impulsos” das mulheres e de garantir que elas não “contrariem as forças da natureza” e sejam dóceis, femininas e mães. Por meio dessa análise percebemos os vieses presentes na medicina ao analisar os corpos das mulheres e a distinção entre os sexos.

Gênero: uma visão não-etnocêntrica

A autora Oyerónke Oyèwùmí (2020), em seu texto “Conceituando o gênero: os fundamentos eurocêtricos dos conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas” se propõe a analisar o conceito de gênero pela ótica de epistemologias culturais africanas, em uma visão crítica sobre os fundamentos eurocêtricos dominantes.

A autora nigeriana discute a relação entre gênero e a noção de família nuclear. A chamada família nuclear é composta de um homem chefe da família e de uma mulher subordinada a ele que cuida dos afazeres domésticos. Não há categorias transversais de gênero nessa conjugalidade e nessa família nuclear. A partir dessa discussão, Oyèwùmí problematiza a noção de gênero euro-estadunidense que advém desse modelo ocidental europeu de conjugalidade e família nuclear. Ela traz diversos outros modelos de laços familiares de regiões da África para problematizar esse conceito estanque de gênero.

Além da cultura Yorubá (conforme já vimos com Sterling, que trata da divisão por senioridade existente nessa cultura em vez da divisão generificada), analisa ainda a cultura shona e suas mulheres que possuem

“status” patriarcal, levantando a questão de como então é definida a categoria mulher nessa sociedade. Da mesma forma, analisa a cultura dos *okyeames* e de que forma é definido o chefe e a esposa do chefe, os quais podem ser homem e mulher ou mulher e homem, mantendo a nomenclatura de chefe e esposa.

A partir desses exemplos africanos discutidos pela autora são colocados, como ela mesma escreve:

“Vários desafios aos universalismos injustificados dos discursos de gênero feministas. Os casos apresentados mostram que as categorias sociais africanas são fluidas, extremamente situacionais e não são determinadas por tipos corporais. Além disso, a linguagem do casamento, que é utilizada para classificação social, não é baseada em gênero, como interpretações feministas da ideologia e organização familiar poderiam sugerir.” (Oyèwùmí, 2020; p. 94).

Essa perspectiva inovadora sobre o conceito e a interpretação do gênero, como marcador e divisor social, trazida pela análise de culturas e sociedades não ocidentais traz a possibilidade de um novo olhar sobre o modelo social baseado no gênero que vivenciamos. Traz ainda uma nova perspectiva sobre como poderia se dar a subversão desse modelo vigente, em uma própria inflexão nos paradigmas atualmente preponderantes na literatura e, por que não dizer, nos próprios movimentos feministas.

Considerações finais

O intuito desse capítulo introdutório era apresentar um breve panorama das discussões que permeiam o conceito de gênero na literatura. Espera-se que os artigos deste livro sejam lidos, tendo essas perspectivas como plano de fundo para pensarmos os temas de saúde da mulher que serão abordados. Como se viu, não há consensos sobre o conceito de gênero, e os debates mostram que faltam respostas e sobram questionamentos para entendermos a origem das desigualdades entre homens e mulheres, largamente percebidas no cotidiano social. No entanto, as autoras selecionadas buscaram, cada uma em seu campo de estudo, problematizar de maneira crítica a forma como encaramos a divisão sexual

binária, que impera na nossa sociedade. Por meio de reflexões acerca de questões genéticas, fisiológicas, culturais, políticas, sociais e corporais, as autoras trazem novas perspectivas e promovem reflexões sobre como definimos homens, mulheres e o conceito de gênero. E ao fazerem isso, nos ajudam a refletir sobre formas e agendas para superar a situação de opressão, atualmente imposta ao gênero feminino.

Referências

Alvarenga D. Mulheres ganham em média 20,5% menos que os homens no Brasil. G1 [internet]. 2022 [acesso em 10 jan 2023]. Disponível em: <https://g1.globo.com/dia-das-mulheres/noticia/2022/03/08/mulheres-ganham-em-media-205percent-menos-que-homens-no-brasil.ghtml>.

Butler Judith. Atos performáticos e a formação dos gêneros: um ensaio sobre fenomenologia e teoria feminista. In: Hollanda HB, organizador. Pensamento feminista: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo; 2019. p. 221-240.

Correa S. O conceito de gênero: teorias, legitimação e usos. In: Basted LL, Pitanguy J, organizadores. O progresso das mulheres no Brasil: 2003-2010. Rio de Janeiro: CEPIA; 2011. p. 339-345.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública - FBSP [internet]. 2022 [acesso em 14 de fev 2023]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=5>.

Haraway D. Gênero para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. Cadernos PAGU. 2004; (22):201-246.

Haraway D. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: Hollanda HB, organizador. Pensamento feminista: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo; 2019. p. 163-220.

Harding S. A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista. In: Hollanda HB, organizador. *Pensamento feminista: conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo; 2019. p. 96-123.

Moore H. Understanding sex and gender. In: Tim I, editor. *Companion Encyclopedia of Anthropology*. Londres: Routledge; 1997. p. 813-830.

Oyěwùmí O. Conceituando o gênero: os fundamentos eurocêntricos dos conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas. In: Hollanda HB, organizador. *Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo; 2020. p. 94-109.

Piscitelli A. Gênero: a história de um conceito. In: Almeida HB, Szwako J, organizador. *Diferenças, igualdade*. São Paulo: Editora Berlendis & Vertecchia; 2009.

Rago M. Descobrimo historicamente o gênero. *Cadernos PAGU*. 1998; (11):89-98.

Rohden F. O corpo fazendo a diferença. *Mana*. 1998; 4(2):127-141.

Rohden F. A ginecologia: uma ciência da mulher e da diferença. In: *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher* [internet]. 2 ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2001. (Antropologia & Saúde collection). p. 49-108.

Rubin G. O tráfico de mulheres: notas sobre a Economia Política do sexo. Recife: SOS Corpo; 1993.

Scott J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Recife: SOS Corpo; 1995.

Sterling AF. Dualismos em Duelo. *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. Nova Iorque: Basic Books; 2000.

Gênero, raça, classe, e seus impactos na vida da mulher negra no Brasil

Marselle Nobre de Carvalho¹

No contexto de uma leitura hegemônica sobre o mundo (leia-se colonialista, branca, ocidental e heteronormativa), os debates acerca das desigualdades sempre gravitaram – e ainda gravitam em alguns meios, quase que exclusivamente em torno da categoria classe social, fundamentalmente focados em leituras binárias da vida social, a partir das relações entre corte e plebeus, burguesia e proletariado, capitalistas e trabalhadores, centro e periferia, ricos e pobres. As relações de dominação não seriam, portanto, baseadas nas desigualdades raciais e nem nas diferenças entre homens e mulheres, mas, sim, nas relações entre quem explora e quem vende a força de trabalho, como se os trabalhadores compusessem um bloco monolítico de indivíduos subalternizados explorados por outro bloco monolítico de pessoas igualmente privilegiadas.

O pensamento colonialista, em que a classe social desempenha papel central e a exploração baseia-se na noção de superioridade racial e cultural, sustentada por teorias eurocêntricas e racistas, que legitimam a exploração das pessoas colonizadas, tem sido duramente criticado pelos movimentos negro e feminista. Durante os séculos XV a XX, as potências europeias Portugal, Espanha, Inglaterra, França e Holanda estabeleceram impérios em várias partes do oriente, explorando recursos naturais, escravizando grupos étnicos, controlando rotas comerciais e impondo a sua cultura.

¹ Marselle Nobre de Carvalho (marsellecarvalho@uel.br). Farmacêutica, mestra em Planejamento do Desenvolvimento Regional (NAEA/UFPA), Doutora em Ciências Farmacêuticas (UnB), Professora do Departamento de Saúde Coletiva (DESC) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Não é incomum, sobretudo em países miscigenados e com grande concentração de renda e riqueza como o Brasil, que grupos étnico-raciais considerados “minorias” (negros e indígenas)² não consigam acessar a educação superior e sejam destinados a subempregos e empurrados a viver nas periferias dos centros urbanos, enquanto os brancos estão nos mais altos estratos sociais, garantindo seus privilégios no sistema capitalista.

Se todas as opressões ocorrem apenas no campo da classe social, o que explica as relações de subordinação de um homem branco e um homem negro? Ou de uma mulher branca e uma mulher negra? Se as relações se estabelecem apenas em uma matriz ou outra, ou seja, na matriz analítica baseada exclusivamente na classe social ou no gênero, como se explica, interpreta e analisa as violências praticadas por homens contra mulheres dentro do mesmo estrato social?

Se apenas a classe social ou o gênero dessem conta da complexidade das relações desiguais entre os diferentes grupos sociais, bastava resolvermos a distribuição de riqueza ou reduzirmos as iniquidades entre homens e mulheres. Mas a realidade concreta, experimentada pela diversidade de pessoas, identidades e relações sociais, mostra que os marcadores sociais de classe, gênero e raça se sobrepõem em camadas dispostas de forma variada e complexa. É por isso, que, assim como classe social, gênero e raça isoladamente não são suficientes para explicar as relações de subordinação e de hierarquia estabelecidas entre homens e mulheres e entre grupos racializados na nossa sociedade.

Uma mulher negra experimenta formas de opressão e discriminação diferentes daquelas vivenciadas por uma mulher branca ou um homem negro. Ela pode ser alvo – e certamente é no seu cotidiano – da discriminação racial, do sexismo e de inúmeros desafios associados à sua classe social. Portanto, gênero, raça e classe social estão entrelaçados e a

2 O termo ‘minorias’ aparece entre aspas para problematizar o seu uso vulgar e recorrente em vários espaços sociais, inclusive acadêmico, baseado quase que exclusivamente no julgamento de que determinados grupos étnico-raciais existem em menor número na sociedade. Considerando que 54% da população brasileira se autodeclara negra (<https://jornal.usp.br/radio-usp/dados-do-ibge-mostram-que-54-da-populacao-brasileira-e-negra/>), por que insistimos em tratá-la como minoria? Na verdade, o tratamento à população negra como minoria está mais fortemente atrelado ao sistema de opressão e subalternização racial que à quantidade de indivíduos contabilizados pelas estatísticas oficiais do país.

interseção entre eles – e outros marcadores sociais – precisa ser considerada nas discussões relacionadas à equidade de gênero, antirracismo e justiça social.

Feminismo negro norte-americano e a teoria interseccional

A teoria interseccional surgiu na metade do século XX, quando mulheres negras, ativistas e intelectuais, criticaram duramente o feminismo ocidental, basicamente estruturado por mulheres brancas, heterossexuais, de classe média ou alta. As décadas de 1970 e 1980 foram extremamente produtivas para as feministas negras norte-americanas, especialmente as estadunidenses, no que diz respeito à produção acadêmica e desenvolvimento das teorias feministas negras. A entrada das mulheres negras em maior número no meio acadêmico foi importante para expansão do feminismo negro como corrente teórica e tornou possível o acesso ao pensamento de mulheres negras que já estavam há muito tempo no ativismo e militância do movimento negro (Assis, 2019; Collins, Bilge, 2020).

Angela Davis escreveu *Mulheres, raça e classe*, no início dos anos 1980, como crítica ao primado da classe às demais formas de opressão, antes mesmo de Crenshaw nomear interseccionalidade às análises produzidas a partir da intersecção gênero, raça e classe. Embora submetidas à opressão de classe como os homens pretos, as mulheres pretas experimentaram ao longo dos diferentes sistemas sociais, desde a escravidão até o capitalismo, outras formas de opressão e violência (Davis, 2011).

No sistema escravista, por exemplo, o povo preto era definido como propriedade, e meninas e meninos, mulheres e homens pretos estavam submetidos igualmente ao trabalho pesado nas lavouras e aos açoites como corretivo à baixa produtividade ou à insolência. Ainda, Angela Davis nos lembra no trecho a seguir que as meninas e mulheres pretas eram vítimas de abuso sexual e mutilações.

“Como mulheres, as escravas eram inerentemente vulneráveis a todas as formas de coerção sexual. Enquanto as punições mais violentas impostas aos homens consistiam em açoitamentos e mutilações, as mulheres eram açoitadas,

mutiladas e também estupradas. O estupro, na verdade, era uma expressão ostensiva do domínio econômico do proprietário e do controle do feitor sobre as mulheres negras na condição de trabalhadoras” (Davis, 2011, p. 26)³.

No livro *Sister Outsider*, Audre Lorde⁴ – pensadora negra e lésbica – faz um importante tensionamento sobre a sexualidade das mulheres negras nas análises interseccionais, evidenciando a diversidade dessas mulheres.

“Dentro da comunidade lésbica eu sou negra, e dentro da comunidade negra eu sou lésbica. Qualquer ataque contra pessoas negras é uma questão lésbica e gay, porque eu e centenas de outras mulheres negras somos partes da comunidade lésbica. Qualquer ataque contra lésbicas e gays é uma questão negra, porque centenas de lésbicas e homens gays são negros. Não há hierarquias de opressão” (Lorde, 1984, apud Assis, 2019, p. 17).

O termo interseccionalidade foi cunhado pela professora de direito e ativista Kimberlé Crenshaw, em 1989, no artigo “Desmarginalizando a intersecção de raça e sexo: uma crítica feminista negra da doutrina anti-discriminação, teoria feminista e políticas antirracistas”. O trecho a seguir deixa evidente que o referencial de análise, produzido pelo movimento feminista, a partir de uma perspectiva exclusivamente de gênero e/ou das relações entre classe social e gênero, não dava conta – e efetivamente não dá – das experiências das mulheres negras em um modelo social forjado basicamente pelas pessoas brancas:

“As mulheres negras às vezes são excluídas da teoria feminista e do discurso político antirracista porque ambos são baseados em um conjunto discreto de experiências que muitas vezes não reflete com precisão a interação de raça e gêne-

3 Original publicado em inglês: “As females, slave women were inherently vulnerable to all forms of sexual coercion. If the most violent punishments of men consisted in floggings and mutilations, women were flogged and mutilated, as well as raped. Rape, in fact, was an uncamouflaged expression of the slaveholder’s economic mastery and the overseer’s control over Black women as workers.” Embora Angela Davis use *slave women* (escravas em português), atualmente a forma mais correta a ser utilizada é *mulheres escravizadas* (enslaved women).

4 *Em português*: Lorde, A. *Irmã outsider*. 1 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019. Título original: *Sister Outsider*. Disponível em: <https://grupoautentica.com.br/download/extras/Irma-Outsider.pdf>.

ro. Estes problemas de exclusão não podem ser resolvidos simplesmente com a inclusão de mulheres negras dentro de uma estrutura analítica já estabelecida. Como a experiência interseccional é maior que a soma do racismo e do sexismo, qualquer análise que não leve em conta a interseccionalidade não pode abordar suficientemente a maneira particular em que as mulheres negras são subordinadas” (Crenshaw, 1989, p. 140).

No documento escrito para a Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, em Durban⁵, Crenshaw (2002) aprofunda as críticas ao feminismo branco e aponta que gênero intersecta com outras identidades e que experiências específicas de mulheres de grupos étnicos ou raciais são muitas vezes invisibilizadas por categorias mais amplas.

A interseccionalidade pode servir de ponte entre diversas instituições e eventos e entre questões de gênero e de raça nos discursos acerca dos direitos humanos. Diferentemente da forma separada e hierarquizada entre as diferentes formas de opressão⁶, é fundamental que as instituições trabalhem em conjunto para garantir que a discriminação de gênero que afeta mulheres e a discriminação racial que afeta mulheres negras sejam consideradas mutuamente e não de uma maneira excludente. Esse é o desafio da interseccionalidade, porque, na verdade, nem sempre lidamos com grupos distintos de pessoas e sim com grupos sobrepostos (Crenshaw, 2012).

Outra importante pensadora do feminismo negro estadunidense é

5 A Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada em Durban, na África do Sul, em 2001, foi um importante evento internacional que teve como objetivo abordar questões relacionadas ao racismo e à discriminação racial em todo o mundo. A conferência foi organizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), contou com a participação de representantes de governos, organizações não governamentais (ONGs) e sociedade civil de diferentes países, e teve como um dos resultados a Declaração de Durban, que reafirmou o compromisso dos participantes em combater todas as formas de racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerâncias correlatas. Ela reconheceu a importância de enfrentar as causas e consequências do racismo e destacou a necessidade de ações coletivas para a promoção da igualdade e da justiça racial. Para saber mais, acesse <https://brazil.unfpa.org/pt-br/conferencia-de-durban>.

6 Crenshaw menciona duas importantes convenções internacionais que trabalharam gênero e raça de forma separada: a **Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial** (1965) e a **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres** (1979).

Patricia Hill Collins. Para ela, a interseccionalidade é fundamental para uma análise completa das formas como a opressão e o privilégio são vivenciados e reproduzidos na sociedade e a matriz de dominação consiste em quatro componentes principais que trabalham juntos para perpetuar os sistemas de opressão e marginalização: estrutura de dominação; representação simbólica; controle de conhecimento; e experiência cotidiana. Por exemplo, as estruturas de dominação podem incluir o racismo, o sexismo e a classe social, enquanto a representação simbólica abrange as imagens e estereótipos que são atribuídos a diferentes grupos sociais. O controle de conhecimento refere-se aos discursos e narrativas dominantes que moldam nossa compreensão do mundo, e a experiência cotidiana engloba as formas como as pessoas vivenciam e resistem à opressão em suas vidas diárias (Collins, 2019; Pereira, Costa, 2021).

No primeiro capítulo do livro “Interseccionalidade”, Patricia Collins e Sirma Bilge reconhecem a imensa heterogeneidade conceitual do termo e que, apesar das diferenças, existe algum consenso que pode ser genericamente expresso da seguinte maneira:

“A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas” (Collins, Bilge, 2020, p. 16).

Para Collins e Bilge (2020), as pessoas compreendem que, de modo geral, em determinada sociedade e período, as relações de poder que envolvem raça, classe e gênero, por exemplo, não se manifestam como entidades distintas e excludentes. Pelo contrário, elas se sobrepõem e, apesar de invisíveis, as intersecções de poder afetam o convívio social.

Pensamento interseccional no Brasil

O feminismo negro brasileiro produziu – e ainda produz – muitas ativistas e intelectuais negras fundamentais para o pensamento interseccional, entre as quais destaco Lélia Gonzales e Sueli Carneiro, que trouxeram as intersecções de gênero, raça e classe, mesmo sem usar o termo interseccionalidade, nas suas produções intelectuais, e Carla Akotirene, que publicou o livro “Interseccionalidade”, em 2018.

Lélia Gonzalez foi uma importante intelectual, ativista – uma das fundadoras do Movimento Negro Unificado (MNU) – e pesquisadora brasileira, que teve um papel imprescindível na luta pelos direitos das mulheres negras no Brasil. Desenvolveu o conceito de “Amefricanidade”⁷, que buscava valorizar a identidade e a cultura afro-brasileira e resgatar a autoestima das mulheres negras. Criticou o feminismo branco-heteronormativo-classista por não considerar a experiência e as demandas das mulheres negras e defendia a necessidade de uma abordagem que levasse em conta a intersecção gênero e raça, porque as mulheres negras sofrem uma opressão específica que é resultado da interação do racismo e do machismo (Cardoso, 2014).

Nascida em 1950, Sueli Carneiro, é uma das principais referências no movimento negro e feminista brasileiro, e fundadora do Geledés - Instituto da Mulher Negra⁸, organização que busca promover a igualdade racial e de gênero e combater todas as formas de discriminação.

Ao longo de sua trajetória e até hoje, Sueli Carneiro aborda as múltiplas formas de opressão enfrentadas pelas mulheres negras, denunciando a invisibilidade e o *racismo estrutural*⁹ presentes na sociedade brasileira, além de chamar a atenção para a necessidade de políticas públicas que promovam a igualdade de oportunidades e o combate ao preconceito. Também discute a representatividade das mulheres negras nos espa-

7 A Amefricanidade se refere à experiência comum de mulheres e homens negros na diáspora e à experiência de mulheres e homens indígenas contra a dominação colonial (Cardoso, 2014).

8 Para mais informações: <https://www.geledes.org.br/>.

9 Ao contrário do racismo individual, que se manifesta em atitudes e ações discriminatórias de indivíduos, o racismo estrutural está enraizado nas estruturas, instituições e normas sociais. Um exemplo é a discriminação racial no sistema de justiça criminal, em que pessoas negras são desproporcionalmente presas, condenadas e submetidas à tratamento injusto em comparação com pessoas brancas, mesmo quando enfrentam circunstâncias semelhantes.

ços de poder, como a política, a academia e os meios de comunicação. Ela defende a importância de ampliar a participação e o protagonismo dessas mulheres em todos os setores da sociedade (Akotirene, 2018; Assis, 2019).

Mesmo sem trazer expressamente a palavra interseccionalidade, Sueli Carneiro trata evidentemente das intersecções classe, gênero e raça no livro "Racismo, Sexismo e Desigualdade no Brasil", publicado em 2011. Só para citar, destaco os capítulos "Pobreza tem cor no Brasil", que começa com a afirmação que existem dois Brasis, baseada em um estudo apresentado no II Foro Global de Desenvolvimento Humano, realizado no ano 2000, que concluiu que a desigualdade social é tão intensa que se brancos e negros tivessem as mesmas condições de vida, o país subiria 26 degraus na lista da ONU, e "O matriarcado da miséria", que ela inicia com a Conferência de Durban e diz que a declaração constata que "a conjugação do racismo com o sexismo produz sobre as mulheres negras uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida" (Carneiro, 2011).

"A expressão 'matriarcado da miséria' foi cunhada pelo poeta negro e nordestino Arnaldo Xavier para mostrar como as mulheres negras brasileiras tiveram sua experiência histórica marcada pela exclusão, pela discriminação e pela rejeição social, e revelar, a despeito dessas condições, o seu papel de resistência e liderança em suas comunidades miseráveis em todo o país" (Carneiro, 2011, n. p.).

A análise interseccional ganhou força logo na primeira década do século XXI, quando passou a ser adotada amplamente por ativistas, militantes, profissionais, estudantes e docentes. Nas universidades, docentes e estudantes de áreas interdisciplinares, como por exemplo, de grupos de estudos feministas e ou raciais, acabaram encontrando a interseccionalidade em cursos, livros e artigos. No ativismo e no movimento social, a interseccionalidade se tornou um princípio fundamental e tem encontrado espaço nas mídias e redes sociais. Grupos marginalizados e oprimidos estão cada vez mais conscientes de que as lutas não podem ser realizadas de forma isolada e tem defendido a abordagem interseccional como ferramenta de análise e luta.

Carla Akotirene, intelectual negra baiana, de geração mais nova que Lélia Gonzalez e Sueli Carneiro, propôs uma revisão do conceito de interseccionalidade no livro intitulado “Interseccionalidade”, publicado pela Coleção Feminismos Plurais, em 2018. Para ela, é “da mulher negra o coração do conceito de interseccionalidade” (Akotirene, 2018, p. 17).

“Acompanho Kimberlé Crenshaw, pois uma vez protegidos do racismo, podemos nos proteger de toda e qualquer violência e lutar por mais tempo contra as necropolíticas. Por mais que argumentem que a interseccionalidade reitera o discurso da punição, no campo prático, nenhuma de nós gostaria de ver o assassino da feminista negra lésbica vereadora Marielle Franco em liberdade, aquela mulher negra atingida na encruzilhada do racismo, sexismo e lesbofobia, atirada ao trânsito colonial voltado contra mulheres negras. A interseccionalidade é a autoridade intelectual de todas as mulheres que um dia foram interrompidas. A interseccionalidade é sofisticada fonte de água, metodológica, proposta por uma intelectual negra, por isto é tão difícil engolir os seus fluxos feitos, mundo afora” (Akotirene, 218, p. 64 - 65).

A interseccionalidade nos mostra, como e quando mulheres negras são discriminadas e estão mais vezes posicionadas nas encruzilhadas identitárias, que fazem delas vulneráveis à colisão das estruturas. Uma mulher negra pode enfrentar formas distintas de discriminação e opressão com base em sua raça e gênero ao mesmo tempo, criando uma experiência única que não pode ser reduzida apenas a uma dessas dimensões (Akotirene, 2018).

Encruzilhada interseccional na vida das mulheres negras

A interseccionalidade é uma importante ferramenta analítica fundada numa práxis-crítica que permite enxergarmos que classe social, raça, gênero, sexualidade, capacidade física, nacionalidade, idade, entre outras, estruturam e moldam diversos fenômenos e problemas sociais.

Aqui neste capítulo tratamos exclusivamente das intersecções classe, raça e gênero, que se entrelaçam e se reforçam mutuamente na vida

da mulher negra, criando uma experiência única e múltipla de opressão e desigualdade.

As mulheres negras frequentemente enfrentam discriminação e opressão de gênero baseados em estereótipos e expectativas específicas ligadas à feminilidade e sexualidade. Expressões como “a mulher negra é boa para parir e amamentar” ou “as mulheres negras são fogosas e sempre sexualmente ativas e dispostas” são exemplos da herança maldita da escravidão: a hipersexualização e objetificação dos corpos das mulheres negras, rotulados como violáveis e destinados à satisfação e prazer sexuais dos homens, sobretudo dos ricos e brancos.

De fato, as mulheres negras são as maiores vítimas de violência sexual e por parceiro íntimo no Brasil. Dados relacionados a estupro e estupro de vulneráveis no Brasil, em 2021, apontam que, entre as vítimas, 52,2% eram mulheres negras (FBSP, 2022). Além da violência sexual, um estudo publicado por Vasconcelos et al. (2021) evidenciou que as mulheres jovens, negras e de baixa escolaridade são as maiores vítimas de violência por parceiro íntimo.

A classe social desempenha um papel fundamental na vida das mulheres negras e impacta enormemente na manutenção das violências de gênero, sobretudo aquela praticada por parceiro íntimo na esfera doméstica das relações. A desigualdade econômica e a falta de acesso a recursos financeiros podem limitar suas oportunidades de trabalho e educação. A falta de representação em cargos de poder e a segregação socioeconômica contribuem para a perpetuação da pobreza, marginalização e subalternização das mulheres negras.

Quando olhamos para a interseccionalidade de gênero, sexualidade e outros aspectos da identidade, reconhecemos que as experiências das pessoas são moldadas por múltiplas formas de opressão e privilégio. Por exemplo, uma mulher negra lésbica pode enfrentar opressão devido ao seu gênero, raça e orientação sexual, o que resulta em uma forma específica de discriminação e desafios em sua vida cotidiana.

As mulheres negras estão sujeitas à discriminação racial e ao racismo estrutural em várias esferas da vida, como educação, emprego, acesso à saúde e justiça. Ela pode enfrentar barreiras no mercado de trabalho, incluindo salários mais baixos, menor representação em cargos de lide-

rança e maior exposição ao desemprego.

As interseções de classe, gênero e raça também afetam a saúde das mulheres negras, o que pode se manifestar em menor acesso a serviços de qualidade e maior exposição a condições de saúde desfavoráveis. Por exemplo, as mulheres negras têm taxas mais altas de morbidade e mortalidade em relação a várias doenças, incluindo doenças cardíacas, câncer e mortalidade materna.

Por falar em mortalidade materna, o artigo “Impacto desproporcional do COVID-19 entre mulheres negras grávidas e puérperas no Brasil através da lente do racismo estrutural”¹⁰, publicado em 2021, demonstrou que a morte materna em mulheres negras pela COVID-19 foi quase duas vezes maior do que a observada em mulheres brancas, evidenciando que a interseção de gênero, raça e classe social não deve ser ignorada na formulação e implementação de políticas públicas de saúde, sobretudo em um país como o Brasil, marcado por profundas desigualdades sociais.

Considerações

De modo geral, a interseccionalidade busca entender como as diferentes formas de opressão e privilégio se entrelaçam e se reforçam mutuamente, criando experiências e realidades complexas. Para a sua prática, é fundamental incluir e ouvir as vozes e perspectivas das pessoas que enfrentam múltiplas formas de opressão, a fim de promover uma mudança social mais inclusiva e equitativa.

A interseccionalidade tem sido aplicada em várias áreas, incluindo estudos de gênero, estudos raciais, justiça social, política pública e ativismo, porque nos lembra da importância de reconhecer a diversidade e a complexidade das experiências humanas e de combater as desigualdades e a opressão de forma abrangente e holística.

A luta de Sueli Carneiro, Lélia Gonzáles e de outras mulheres negras no Brasil trouxe importantes avanços para a visibilidade e o reconhecimento das pautas das mulheres negras. No entanto, ainda hoje, as

10 Santos DS et al. Disproportionate Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Among Pregnant and Postpartum Black Women in Brazil Through Structural Racism Lens, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 72, Issue 11, 1 June 2021, Pages 2068–2069. Disponível em <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1066>.

mulheres negras enfrentam múltiplas formas de discriminação e desigualdades. Elas estão mais suscetíveis à violência, têm menor acesso à educação e ao mercado de trabalho, e são sub-representadas nos espaços de poder e decisão.

Apesar dos avanços conquistados, as mulheres negras ainda enfrentam desafios consideráveis, como a violência, o acesso limitado à educação de qualidade, a pouca representatividade política e a discriminação no mercado de trabalho. Movimentos e organizações continuam a trabalhar para combater o racismo estrutural e promover a equidade de gênero e racial, buscando garantir a inclusão e o reconhecimento das mulheres negras em todos os aspectos da sociedade. A vida das mulheres negras no Brasil é marcada por desafios diários, mas também por resistência e luta por direitos.

Referências

Akotirene, C. Interseccionalidade [internet]. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019 [acesso em 20 nov 2020]. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1154/o/Interseccionalidade_\(Feminismos_Plurais\)_-_Carla_Akotirene.pdf?1599239359](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1154/o/Interseccionalidade_(Feminismos_Plurais)_-_Carla_Akotirene.pdf?1599239359).

Assis DNC. Interseccionalidades [internet]. Salvador: UFBA; Instituto de Humanidades, Artes e Ciências; Superintendência de Educação a Distância; 2019 [acesso em 20 nov 2020]. Disponível em <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/554207/2/eBook%20-%20Interseccionalidades.pdf>.

Barros L. III Conferência Mundial contra o Racismo. Revista Estudos Feministas [internet]. 2002 [acesso em 10 fev 2020]; 10(1). 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100010.

Cardoso, CP. Amefricanizando o feminismo: o pensamento de Lélia Gonzalez. Revista Estudos Feministas [Internet]. 2014 set; 22(3); 965-986. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ref/a/TJMLC74qwb37tnWV9JknbkK/?lang=pt#>.

Carneiro S. Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil [internet]. São Paulo: Selo Negro; 2011 [acesso em 20 maio 2020]. Disponível em <https://institutoressurgir.org/wp-content/uploads/2018/07/Racismo-Sexismo-e-Desigualdade-Sueli-Carneiro-1.pdf>.

Collins PH. Pensamento feminista negro [internet]. São Paulo: Boitempo; 2019 [acesso em 10 jun 2020]. Disponível em https://boitempoeditorial.files.wordpress.com/2019/12/minilivroboitempo_patricia-hill-collins.pdf.

Collins PH. Bilge, S. Interseccionalidade [internet]. São Paulo: Boitempo; 2021 [acesso em 10 jul 2022]. Disponível em https://edisiplinas.usp.br/pluginfile.php/7625902/mod_resource/content/1/Patricia%20Hill%20Collins%20-%20Interseccionalidade%20%28portugu%C3%AAAs%29.pdf.

Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: a Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. University of Chicago Legal Forum [internet]. 1989 [acesso em 10 jun 2022]; (1):139-67. Disponível em: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>.

Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Revista Estudos Feministas [internet]. 2002 [acesso em 20 jul 2022]; 10(01): 171-88. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100011&lng=pt&nrm=iso.

Crenshaw K. A Interseccionalidade na Discriminação de Raça e Gênero [internet]. [acesso em 20 jul 2022]. Disponível em: https://edisiplinas.usp.br/pluginfile.php/4253342/mod_resource/content/1/InterseccionalidadeNaDiscriminacaoDeRacaEGenero_KimberleCrenshaw.pdf.

Davis AY. Women, Race, & Class. Knopf Doubleday Publishing Group [internet]. 2011 [acesso em 20 set 2022]. Disponível em <https://legalform.files.wordpress.com/2017/08/davis-women-race-class.pdf>.

FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública [internet]. 2022 [acesso em 10 mar 2023]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/07/11-anuario-2022-uma-decada-e-mais-de-meio-milhao-de-vitimas-de-violencia-sexual.pdf>.

Pereira BCJ, Bernardino-Costa J. O feminismo negro de Patrícia Hill Collins: uma conversa sobre conhecimento, poder e resistência. *Sociedade e Estado* [internet]. 2021 [acesso em 10 jan 2022];36(3):1085–111. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202136030011v>.

Vasconcelos NM, Andrade FMD, Gomes CS, Pinto IV, Malta DC. Prevalence and factors associated with intimate partner violence against adult women in Brazil: National Survey of Health. 2019. *Rev. bras. epidemiol.* [internet]. 2021 [acesso em 10 abr 2022]; 24:e210020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210020.supl.2>.

Políticas de Saúde da Mulher - Histórico e importância do movimento de mulheres

Fabiana Santos Lucena¹, Angela Amanda Nunes Rios²,
Carmen Simone Grilo Diniz³

Apresentação

Esse capítulo tem como objetivo apresentar um panorama histórico da construção das políticas de saúde da mulher, articulando com o momento histórico em que elas foram constituídas, levando em consideração a importância da luta do movimento de mulheres para a sua construção. Ao final, trazemos alguns desafios ainda presentes na implementação das políticas de saúde da mulher, com ênfase no desafio para a redução da mortalidade materna.

Histórico

A saúde da mulher não pode ser compreendida sem levar em consideração o lugar que esta ocupa na sociedade. As políticas em geral e as políticas de saúde são reflexos de lutas sociais e conquistas e/ou retrocessos a depender do momento histórico. Para compreender as políticas de saúde da mulher é necessário entender os movimentos ocorridos no

-
- 1 Fabiana Santos Lucena (fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br), enfermeira, mestre em Cuidados em Saúde pela EEUSP, doutoranda pelo programa de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde - SES/SP.
 - 2 Angela Amanda Nunes Rios (angelarios2@gmail.com), fisioterapeuta, especialista em saúde da mulher, doutora pelo programa de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP.
 - 3 Carmen Simone Grilo Diniz (sidiniz@usp.br), Médica, Pós-doutora em Saúde Materno-Infantil pelo Cemicamp e pelo King's College London, Women's Health Division. Professora titular do Departamento de Saúde e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

século XX e XXI e as conquistas alcançadas pelas mulheres em direitos políticos e em participação social.

A desigualdade entre homens e mulheres foi constituída historicamente e nesse capítulo nos debruçaremos a alguns fatos históricos brasileiros ocorridos num passado ainda bastante recente.

O Código Civil, estabelecido em 1916, determinava o homem como chefe de família, cabendo a ele determinar o lugar de residência da esposa e dos filhos, bem como administrar o patrimônio familiar, ou seja, era ele o responsável por administrar os bens das mulheres em caso de herança por parte dela. Cabia também ao homem autorizar sua mulher a exercer uma atividade profissional fora do lar (Marques, Melo, 2008).

Foi em 1932, que a mulher passou a ter direito de votar e ser votada, entretanto as mulheres casadas deveriam ter autorização de seu marido, e as solteiras e viúvas necessitavam ter renda própria para usufruir desse direito. Em 1933, dentre as mulheres que se candidataram à Assembleia da Constituinte, apenas Carlota Pereira de Queiroz conseguiu ser eleita como deputada federal pelo Estado de São Paulo (Pereira, 2021).

A partir da Constituinte de 1946, o voto passou a ser obrigatório para brasileiros e brasileiras, entretanto Limongi (2019) destaca que apenas a partir de 1965 o direito pleno à participação foi alcançado, já que antes desse período existiam restrições que impediam o pleno direito.

O cuidado recebido pelas mulheres a partir das políticas públicas de saúde vai ao encontro do entendimento de seu papel na sociedade, assim como os demais direitos civis. Nas décadas de 1930 a 1970, a visão hegemônica era de que o papel das mulheres estava relacionado exclusivamente ao âmbito privado, cabendo a ela o cuidado com os filhos e demais familiares. Nesse sentido, as políticas de saúde da mulher eram restritas a demandas relativas à gestação e ao parto (Brasil, 2004).

Outra característica desses programas materno-infantis era o seu caráter verticalizado, onde as políticas e ações eram definidas em nível central sem avaliar a especificidade e necessidades de saúde locais, resultando em uma assistência fragmentada com baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (Brasil, 2004).

Esses programas foram duramente criticados pelo movimento feminista da época, por sua perspectiva reducionista da mulher, que ficava

sem assistência à saúde na maior parte de suas vidas. Nesse sentido, o movimento de mulheres teve uma atuação essencial para a transformação das políticas de saúde para mulheres a partir da década de 1980. Esse movimento trouxe a discussão das desigualdades nas relações entre homens e mulheres e das desigualdades sociais, além de levar a discussão relacionada às dificuldades de contracepção, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, sobrecarga de trabalho relacionada ao trabalho doméstico e cuidado dos filhos (Brasil, 2004).

A partir desses argumentos foi proposto que as políticas de saúde da mulher incorporassem essa perspectiva de transformação das relações entre homens e mulheres. Sendo assim, o movimento organizado de mulheres reivindicava acesso a políticas de saúde que levasse em consideração sua condição de sujeito de direito, com necessidades de saúde que estão além do cuidado durante o ciclo gravídico puerperal, garantindo acesso a melhores condições de saúde durante todos os ciclos de sua vida (Brasil, 2004).

Foi nesse contexto que, em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que marcou uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde da mulher vigente. O PAISM incorporou importantes princípios e diretrizes que embasariam, mais tarde, a formulação do SUS, sendo eles: descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, integralidade e equidade da atenção (Brasil, 2004).

Esse movimento de mulheres brasileiras se deu no bojo de um movimento internacional de mulheres, com o crescimento de consciência destas de seu papel social, historicamente constituídos, adotando o enfoque de gênero, trazendo a discussão sobre o planejamento reprodutivo e sobre o direito ao aborto legal. Uma conquista importante do movimento de mulheres, na formulação do PAISM, refere-se à separação entre a Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente, e a Área Técnica de Saúde da Mulher (Rattner, 2014).

A nova política de saúde da mulher previa ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, incluindo assistência ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, entre outras necessidades a depender do perfil populacional (Brasil, 2004).

Ainda na década de 1980, a Constituição Federal de 1988 foi uma grande conquista social e das mulheres, assegurando direitos como: educação, saúde, alimentação, proteção à maternidade e infância e criação do SUS, resultado da mobilização de profissionais, professores e usuárias e usuários de saúde através do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

A década de 1990 foi marcada pela regulamentação do SUS a partir das Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), tendo a NOB 96 um papel importante na municipalização das ações e serviços em todo o país. A municipalização da gestão de saúde teve um importante papel na operacionalização das políticas de saúde, assim como na implementação das políticas de saúde da mulher, apesar dos desafios ainda presentes (Brasil, 2004).

É a partir da NOAS 2001, que ficou estabelecida a responsabilidade do município para a atenção ao pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção de câncer de colo de útero. A NOAS também estabeleceu a garantia de acesso a ações de maior complexidade, através da conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde por meio da organização dos territórios estaduais (Brasil, 2004).

Em 2004, o Ministério da Saúde, a partir da Área Técnica de Saúde da Mulher, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que teve sua raiz ancorada no PAISM. A política de 2004 trouxe alguns avanços preenchendo importantes lacunas ao incluir o diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil, levantando questões de saúde ainda de grande impacto na vida das mulheres, como: mortalidade materna; precariedade da atenção obstétrica; abortamento em condições de risco; precariedade da assistência em anticoncepção; infecções sexualmente transmissíveis; violência doméstica e sexual; saúde das mulheres adolescentes; saúde da mulher no climatério/menopausa; saúde mental e gênero; doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico; saúde das mulheres lésbicas; saúde das mulheres negras; saúde das mulheres indígenas; saúde das mulheres residentes e trabalhadoras na área rural; saúde da mulher em situação de prisão (Brasil, 2004).

Entre os objetivos gerais da PNAISM temos:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004; p.67).

Essas transformações foram possíveis através da mobilização dos movimentos feministas que reforçaram a necessidade da compreensão da mulher como sujeito de direitos, com necessidades que extrapolam o cuidado na gestação e parto e que demandam ações de melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. O quadro 1 mostra um resumo com as principais características das políticas de saúde da mulher constituídas.

A PNAISM possibilitou que outros programas fossem criados com o intuito de aprimorar a saúde das mulheres. Um importante exemplo foi a criação da Rede Cegonha, em 2011. A Rede Cegonha reafirma importantes princípios como: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna infantil em desenvolvimento nos Estados. Entre os objetivos da Rede Cegonha temos a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; garantia de acesso à rede, com acolhimento e resolutividade; e a redução da mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal (Brasil, 2011).

Quadro 1. Histórico das políticas de saúde da mulher

Histórico das Políticas de Saúde da Mulher		
1975 - PNSMI	1984 - PAISM	2004- PNAISM
Programa Nacional de Saúde Materno Infantil	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
Enfoque biológico	Ruptura do modelo de atenção materno-infantil	Baseada no PAISM - Mais abrangente
Focado no papel social da mulher privado - mãe e responsável pelos cuidados dos filhos e familiares	Importância da mobilização dos movimentos feministas	Diretrizes técnico-políticas que orientassem a assistência à saúde das mulheres
Ações de saúde focadas na gestação e parto	Ações educativas, preventivas, diagnóstico, tratamento e recuperação	Definição de prioridades baseada em um diagnóstico de saúde das mulheres no Brasil, com diferenças inerentes ao contexto em que a mulher está inserida
Falta de integração com outros setores para além do setor saúde	Assistência em todas as fases da vida	Assistência norteada pela perspectiva de gênero, raça/etnia
	Enfoque em questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva: clínica ginecológica, ciclo gravídico- puerperal, climatério, planejamento familiar, DSTs, câncer de colo de útero e de mama	Rompe as barreiras da saúde sexual e reprodutiva para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher

Fonte: Adaptado de aula de Bastos SHP, 2023

Um segundo exemplo importante refere-se à criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, também no ano de 2011. Essa política representa um grande avanço e tem como objetivo promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS, como sistema universal, integral e equitativo. A política reconhece que a discriminação e exclusão incide no

processo saúde-doença dessa população, e propõe medidas concretas a serem adotadas por todas as esferas de governo (Brasil, 2013).

A Portaria Interministerial n.º 210, de 16 de janeiro de 2014, instituiu a Política Nacional de Atenção às Mulheres em situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional - Pnampe. Essa política tem o objetivo de reformular as práticas do sistema prisional brasileiro, contribuindo para a garantia dos direitos das mulheres (Ministério da Justiça, 2014).

Apesar dos avanços desde a formulação do PAISM, os anos de 2018 a 2022 foram marcados por retrocessos nas políticas em saúde e, também, nas políticas de saúde da mulher. Em maio de 2022, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Materno Infantil (Rami), que representou a reintrodução de uma visão hospitalocêntrica e medicocêntrica no cuidado às mulheres durante o período gravídico-puerperal. A partir da análise da portaria, Zveiter et al. (2022) destacam que ela representava um retrocesso, sendo perceptível a substituição de uma concepção humanizada de assistência às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, por uma concepção pautada no poder médico, possibilitando intervenções desnecessárias mesmo em mulheres saudáveis.

No contexto da aprovação da portaria que instituiu a Rami, houve o lançamento da sexta edição da Caderneta da Gestante, onde fica ainda mais evidente os retrocessos impostos. A caderneta omite informações importantes de procedimentos inadequados ainda presentes na assistência às mulheres durante o parto como a manobra de Kristeller (pressão no fundo do útero para forçar a saída do bebê). A caderneta também tirou informações sobre a presença de doula e estimula a episiotomia (corte no períneo para “facilitar” a saída do bebê), hoje considerada como uma forma de mutilação genital, já que não há evidências científicas que comprovem a eficácia em seu uso de rotina (Ministério da Saúde, 2022).

Em janeiro de 2023, com a mudança de governo, o Ministério da Saúde revogou a portaria que instituiu a Rami, retomando a Rede Cego-nha. Também foi publicada a 7ª edição da Caderneta de Gestante, retomando informações importantes para as gestantes relacionadas aos seus direitos, cuidados durante o ciclo gravídico-puerperal, assistência humanizada, baseada em evidências, e autonomia da mulher nas escolhas sobre seu parto (Ministério da Saúde, 2023).

Desafios

Um estudo de revisão de literatura encontrou muitos desafios relacionados a uma atenção de fato integral à saúde das mulheres, podendo ser mais limitada a depender da ideologia política do local onde as práticas são operacionalizadas. O cuidado em saúde hegemônico é ainda orientado pelo modelo biomédico e centrado na saúde sexual e reprodutiva. Um dos estudos citados demonstrou que as mulheres acima de 50 anos ficam menos assistidas, já que a vinculação assistencial é majoritariamente voltada a demandas materno-infantis. Esse mesmo estudo também apontou que continua sendo um desafio garantir acesso a uma atenção de qualidade às mulheres indígenas, lésbicas, privadas de liberdade, tendo os serviços de saúde dificuldade em se organizar para atender as mulheres em suas diferentes especificidades (Santana et al., 2019).

Rattner (2014) chama atenção para os desafios ainda presentes na assistência à saúde materna. Apesar de sua publicação ter sido realizada em 2014, esses desafios continuam atuais, sendo eles:

- Dificuldade de acesso a métodos contraceptivos em muitas regiões brasileiras.
- Embora tenha acontecido uma ampliação da cobertura pré-natal ainda é necessário aprimorar a sua qualidade, diminuindo a sífilis congênita e a mortalidade materna.
- Mal atendimento às mulheres em situação de abortamento, onde deveria ser garantido um tratamento humanizado.
- Dificuldade de acesso ao aborto legal.
- Assistência ao parto com a presença de intervenções desnecessárias, resultando em insatisfação na assistência ao parto e altos índices de mortalidade materna.
- Não reconhecimento do trabalho das parteiras tradicionais.

Outro importante desafio ainda não superado refere-se à garantia do direito à assistência à saúde das mulheres negras, que continua sendo negligenciada. As mulheres negras são as que possuem pior assistência à saúde e que mais sofrem violências obstétricas, além de terem piores índices de mortalidade materna e menor acesso ao pré-natal adequado. Em relação à percepção do racismo sofrido, há uma percepção das mulheres pretas e pardas quanto à diferença de tempo e qualidade nos atendimentos recebidos, em comparação com as mulheres brancas (Oliveira, Kubiak, 2019).

O desafio da redução da mortalidade materna

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a mortalidade materna pode ser considerada uma forma de medir o status que a mulher ocupa na sociedade, o seu acesso a cuidados de saúde adequados e a capacidade do sistema de saúde responder às suas necessidades. Informações sobre os níveis e tendências da mortalidade são necessárias, entretanto, não apenas para que se possa conhecer os riscos sobre gestação e parto, mas também sobre a saúde das mulheres em geral e seu status econômico e social (WHO, 1996).

Podemos considerar que a morte de uma mulher, durante o período gravídico puerperal, revela graves falhas do Estado na proteção da vida e saúde e aponta desigualdades entre os gêneros quanto ao custo atribuído à mulher no processo reprodutivo. A vulnerabilidade socialmente produzida pode ser considerada como um determinante da morbimortalidade materna, em especial quando se tem restrições à autonomia reprodutiva, como poder reduzido para se proteger de infecções sexualmente transmissíveis e gestações indesejadas, alto índice de violência sexual, falta de acesso à interrupção de gestação indesejada, entre outros (Ventura, 2008).

Diniz (2009) discute o paradoxo perinatal, chamando atenção para a contradição relacionada à falta de cuidados adequados a quem necessita e o problema do excesso de intervenções desnecessárias, ocasionando também riscos à saúde das mulheres. O artigo é de 2009 e continua atual quando afirma que não há evidências de que a gravidez e parto estão

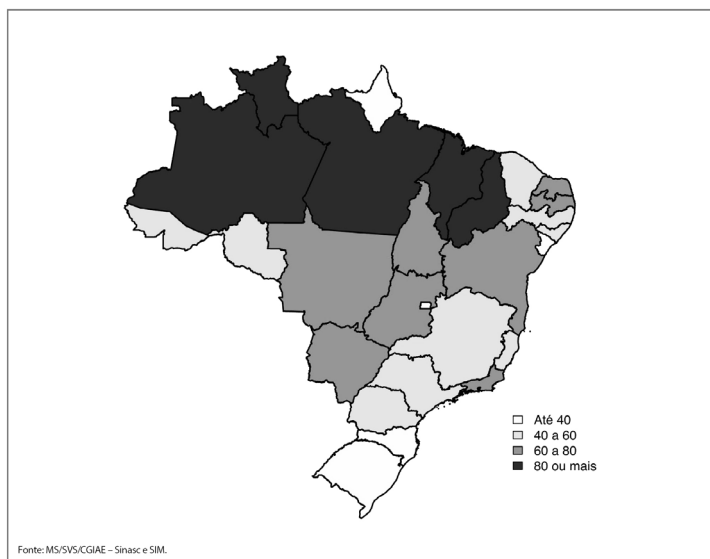
ficando mais seguros no Brasil. Ao longo das últimas décadas pode-se verificar uma melhora de diversos indicadores de saúde materna, como acesso aos serviços de saúde, melhor nutrição, número menor de filhos, com maiores intervalos entre as gestações, maior número de consultas pré-natal, entre outros. Porém, os indicadores de mortalidade materna têm decrescido de forma bastante lenta, tendo declinado de forma mais acentuada entre os anos de 1990 e 2000 e permanecido praticamente estável nos anos subsequentes (Leal et al., 2022), com forte agravamento durante a pandemia de covid-19 (UNFPA, c2023).

Atualmente, o alto número de mortes maternas acontece com mulheres que vivem em regiões pobres e em áreas rurais, sendo que as mais jovens e adolescentes enfrentam maior risco de complicações e morte como resultado da gestação (OPAS, c2023).

Quando são analisadas as causas da mortalidade materna, fica clara a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, tanto entre países em desenvolvimento e países desenvolvidos, quanto dentro de um mesmo país a depender da classe social em que a mulher está inserida. Em 2015, a taxa de mortalidade materna de países em desenvolvimento era de 239/100.000 nascidos vivos, sendo que em países desenvolvidos a taxa era de 12/100.000 nascidos vivos (OPAS, c2023).

O mapa abaixo mostra como a mortalidade materna se apresenta de forma desigual entre as unidades da Federação. Em 2019, as maiores RMM foram observadas no Piauí, Pará, Roraima, Amazonas e Maranhão. As melhores RMM foram encontradas no Distrito Federal, Santa Catarina, Amapá, Sergipe, e Rio Grande do Sul, respectivamente (Ministério da Saúde, 2021).

Figura 1. Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos. Unidades da Federação, 2019



Fonte: Extraído de Ministério da Saúde, 2021.

No Brasil, em 2019, a principal causa de morte materna direta foi a hipertensão, com 20% dos óbitos maternos, seguida de hemorragia (12,4%), infecção puerperal (4,4%) e aborto (2,7%). Entre as causas indiretas, destacam-se as doenças do aparelho circulatório com 8,3% dos óbitos maternos, doenças do aparelho respiratório (4,1%) e doenças infecciosas e parasitárias (2,9%) (Ministério da Saúde, 2021).

Entre os anos de 1990 e 2019 a principal causa de morte no Brasil foi a hipertensão gestacional, com uma notável transição para a mortalidade por causas indiretas, que inclui diversas condições, como diabetes ou doenças infecciosas (Leal et al., 2022)

Segundo o Fundo de População das Nações Unidas Brasil, a razão da mortalidade materna aumentou 94% na pandemia de covid-19, chegando, segundo dados preliminares de 2021, a uma razão de 107,53 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (UNFPA, c2023). No ano de 2020, 459 gestantes e puérperas morreram de covid-19, contabilizando uma média

semanal de 10,6 óbitos. No período de janeiro a julho de 2021 foram contabilizadas 1153 mortes, com uma média semanal de 44,3 óbitos. Nesse período a média semanal de mortes na população também teve um aumento, mas é importante destacar que enquanto o aumento de óbitos da população em geral foi de 60,05%, o grupo de gestantes e puérperas teve um aumento de 151%. Chama atenção também que a principal causa de óbitos maternos foi a falta de acesso adequado ao tratamento do vírus, sendo que 20% das gestantes e puérperas internadas por covid-19 não tiveram acesso à Unidade de Terapia Intensiva e 36% delas não foram intubadas (Michels e Iser, 2022).

A RMM revela também as desigualdades raciais presentes em nosso país. Segundo o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), a morte materna de mulheres negras brasileiras foi de 8 a mais a cada 100 mil nascidos vivos do que as mulheres brancas no período de 2014 a 2019. A pandemia de covid-19 também aprofundou ainda mais as desigualdades de acesso entre mulheres brancas e negras, quando as mulheres pretas e pardas tiveram um índice ainda maior de pré-natal inadequado (IEPS, c2023).

A redução da mortalidade materna é um problema complexo e exige o envolvimento de diferentes sujeitos, de diferentes instituições, além do movimento de mulheres. Ainda que tenham sido constituídas políticas de saúde para o enfrentamento da morte materna evitável, como a vigilância de óbitos e o estabelecimento de Comitês de Mortalidade Materna, essas iniciativas parecem insuficientes para se chegar a uma redução da morte materna.

Considerações finais

A partir deste capítulo pudemos compreender como se deu a construção das políticas de saúde da mulher a partir de um contexto histórico. Apesar dos desafios ainda presentes, podemos verificar muitos avanços no decorrer dos últimos 40 (quarenta) anos, desde a primeira política pública descrita para a saúde da população de mulheres.

Esses avanços foram conquistados através do engajamento e luta do movimento de mulheres, para a inserção de uma concepção de mu-

lher pautada em direitos iguais. Entretanto, não estamos isentas de retrocessos, como vimos através da criação da Rami, em 2022. Com essa análise podemos afirmar a importância da organização e mobilização das mulheres para que os direitos não sejam perdidos e para que avanços sejam alcançados.

Referências

Diniz CSG. Gênero Saúde Materna e o paradoxo perinatal. Rev. bras. crescimento e desenvolv. hum. 2009; 19 (2):313-326.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados [internet]. c2023 [acesso em 28 fev 2023]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/sao-paulo.html>

Leal LF et al. Maternal Mortality in Brazil, 1990 to 2019: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study. 2019. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2022; 55 (Supl. 1); e0279.

Limongi F, Oliveira JS, Schmitt ST. Sufrágio universal, mas... só para homens. O voto feminino no Brasil. Rev. Sociol. Polit. [internet] 2019 [acesso em 31 maio 2023];27 (70). Disponível em <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/FYkrhym6TpRzRf78q7F7Mmq/>

Marques TCN, Melo, HP. Os direitos civis das mulheres casadas no Brasil entre 1916 e 1962: ou como são feitas as leis. Rev. Estud. Fem. [internet]. 2008 [acesso em 31 maio 2023]; 16(2); 463- 488. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mkBHYrM8HVHMbwHsYTDmzKz/?format=pdf&lang=pt>

Michels BD, Iser BPM. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil: atualizações. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2022; 22 (2): 445-446.

Ministério da Justiça (BR), Secretaria de Políticas para as Mulheres. Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação

de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 17 jan. 2014; Seção 1:75.

Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes [internet]. Brasília (DF); 2004 [acesso em 31 maio 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais [internet]. Brasília (DF); 2013 [acesso em 31 maio 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf

Ministério da Saúde (BR). Caderneta da Gestante [internet]. 6 ed. Brasília (DF); 2022 [acesso em 10 abr 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante-versao_eletronica_2022.pdf

Ministério da Saúde (BR). Caderneta da Gestante [internet]. 8 ed. Brasília (DF); 2023. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderneta_gestante_8ed.pdf

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [internet]. 2011 [acesso em 10 jan 2022]. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019 [internet]. Brasília (DF); 2021 [acesso em 14 fev 2023]. v. 59. (Boletim Epidemiológico; 29). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf

Oliveira BMC, Kubiak F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde debate*. 2019; 43(122): 939-948.

OPAS - Organização Panamericana de Saúde. Saúde materna [internet]. c2023 [acesso em 24 fev 2023]. Disponível em <https://www.paho.org/pt/node/63100>

Pereira LMB. A mulher do fim do mundo: a evolução dos direitos humanos das mulheres. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação* [internet]. 2023 [acesso em 31 maio 2023]; 7 (9): 81- 91. Disponível em <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/2169/854>

Rattner D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília. 2014; 8 (2): 103-108.

Santana TDB, Silva GR, Nery AA, Martins Filho IE, Vilela ABA. Avanços e desafios da concretização da Política Nacional da Saúde da Mulher: uma revisão de literatura. *Rev. Atenção*. São Caetano do Sul. 2019; 17(61): 135-141.

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas. A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia. Fundo de População da ONU alerta para grave retrocesso [internet]. c2023 [acesso em 01 mar 2023]. Disponível em <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu>.

Ventura M. A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina. *Rev. Bioét*, [internet]. 2008 [acesso em 08 fev 2023];16 (2): 217-228. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/69/72

WHO - World Health Organization. Revised 1990 estimates of Maternal Mortality. A new approach by WHO and UNICEF [internet]. Geneva: World Health Organization; 1996 [acesso em 09 mar

2023]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63597/WHO_FRH_MSM_96.11.pdf;jsessionid=A8D469AADC1CDB6001BB2D23D8972659?sequence=1

Zveiter M, Mouta RJ, Medina ET, Almeida LP, Silva SCS, Martins EL. O fim anunciado da Rede Cegonha: que decisões tomaremos para o nosso futuro? *Rev. enferm. UERJ*. 2022; 30: e66769.

Integralidade em saúde da mulher

Angela Amanda Nunes Rios¹, Daphne Rattner²,
Carmen Simone Grilo Diniz³

Introdução

As questões de gênero têm sido estudadas na interseccionalidade de fatores como raça, idade, escolaridade e renda. Reconhecer o impacto desses fatores é fundamental para o planejamento e execução das políticas públicas de saúde. As mulheres são a maioria da população brasileira e são as principais usuárias do SUS, seja como pacientes ou como cuidadoras dos membros da família ou da comunidade, assim como a maioria das trabalhadoras na área (Diniz; D'Oliveira; Lansky, 2012).

As relações de gênero estão presentes na cultura da sociedade e afetam os serviços de saúde, onde o corpo feminino é frequentemente considerado inferior e necessitado de correção. A medicina historicamente exerceu um controle autoritário sobre o corpo feminino. As práticas de saúde refletem as relações sociais, com uma hierarquia entre os profissionais da equipe e as mulheres, especialmente aquelas de baixa renda e escolaridade, negras e indígenas. É importante reconhecer essas relações de gênero para entender suas implicações na assistência à saúde (Mattar; Diniz, 2012).

O Ministério da Saúde do Brasil tem elaborado projetos específicos para atender às demandas de diferentes grupos da população, considerando suas especificidades sociais e biológicas. Os cuidados em saúde

-
- 1 Angela Amanda Nunes Rios (angelarios2@gmail.com), fisioterapeuta, especialista em saúde da mulher, doutora pelo programa de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP.
 - 2 Daphne Rattner (daphne.rattner@gmail.com), médica epidemiologia, professora da pós-graduação em saúde coletiva da Universidade de Brasília.
 - 3 Carmen Simone Grilo Diniz (sidiniz@usp.br), Médica, Pós-doutora em Saúde Materno-Infantil pelo Cemcamp e pelo King's College London, Women's Health Division. Professora titular do Departamento de Saúde e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

para adolescentes são diferentes dos cuidados para mulheres na menopausa ou idosas, e ambas têm necessidades distintas relacionadas à gestação. Além disso, homens transexuais podem requerer atendimento em ginecologia e obstetrícia devido ao corpo biológico feminino, enquanto pessoas com deficiência podem precisar de adaptações estruturais ou cuidados específicos nesses campos. Em termos sociais, é importante planejar ações para mulheres em situação de vulnerabilidade, como aquelas em prisões, em situação de rua ou que sofrem violência sexual ou doméstica.

Para fins didáticos, este capítulo foi organizado em quatro eixos: o primeiro aborda políticas de integralidade na atenção às mulheres em suas especificidades; o segundo aborda políticas de saúde para populações específicas e políticas de rastreamento de doenças na população feminina; o terceiro analisa as políticas de saúde sexual e reprodutiva; e o quarto eixo contém entrevistas com especialistas em temas emergentes e sensíveis. Para este último eixo, teremos as contribuições de Cláudia Araújo de Lima sobre atendimento às vítimas de violência, aborto legal e população de fronteira, a experiência de gestação transmasculina de Kaio Lemos e os saberes dos povos indígenas Guarani-Kaiwa sobre integralidade em saúde, pelo olhar da antropóloga indígena Lúcia Pereira.

Integralidade na atenção às mulheres em suas especificidades

O Brasil historicamente teve movimentos sociais bem articulados e capazes de pautar as políticas públicas, e o trânsito de pessoas entre governos, academia e movimentos sociais ajuda a fomentar políticas inovadoras. Um exemplo disso é o Movimento Sanitário que, no final dos anos 1980, concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), antecipado pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que, em 1984, propôs uma agenda feminista para a saúde pública. “Todas as ações destinadas a prevenir doenças ou promover e recuperar a saúde da mulher e da criança deverão nortear-se pelo princípio da **integralidade da assistência**” (Brasil, 1984, p. 14).

A integralidade em saúde é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Esse princípio se refere à abordagem do paciente como um todo, considerando todos os aspectos biológicos, psicológicos e sociais envolvidos em sua saúde e bem-estar. Na formulação feminista da integralidade em saúde da mulher, além dos aspectos biopsicossociais, deveriam estar incluídas a atenção primária, secundária e terciária e, posteriormente, quaternária (e não apenas a atenção curativa e médico-centrada), assim como a atenção a todas as idades da mulher (não apenas a idade reprodutiva). O PAISM contribuiu muito para a inserção do conceito de integralidade como um dos princípios do SUS, com os princípios da universalidade do acesso e equidade nas ações de saúde e participação social e autonomia dos sujeitos (Rattner, 2014).

O SUS oferece serviços de saúde específicos para mulheres, como assistência pré-natal, planejamento familiar, consultas ginecológicas, tratamento de doenças, cirurgias e atendimento de emergência. Desde 2010, a atenção à saúde é organizada em redes de atenção, incluindo a Rede Cegonha e a Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, com foco na prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero.

Saúde das adolescentes

As ações de saúde para jovens devem incluir cuidado em saúde, promoção de hábitos saudáveis e atenção aos aspectos clínicos do desenvolvimento. É importante oferecer serviços de qualidade que abordem a saúde sexual e reprodutiva de forma individualizada, respeitando a privacidade e com linguagem acessível. A atenção primária e as escolas podem fornecer informações sobre saúde, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, aconselhamento e prescrição de métodos contraceptivos (Brasil, 2018).

A promoção de um estilo de vida saudável, como orientação para alimentação e a prática regular de exercícios físicos, é uma estratégia fundamental para prevenir doenças crônicas. Além de espaços físicos adequados para a convivência social e prática de esportes é importante fornecer informações sobre os riscos associados ao uso de drogas e álcool, assim como fornecer suporte para aqueles que precisam de ajuda para se recuperar de hábitos prejudiciais.

Outra ação importante é a prevenção de doenças mentais, com a oferta de suporte psicológico e emocional para adolescentes que enfrentam problemas de saúde mental, além de campanhas de conscientização e programas de prevenção que podem ajudar a identificar e tratar problemas precocemente. Neste mesmo sentido, devem-se incluir programas para prevenir a violência juvenil e doméstica, assim como combater o *bullying* e assédio escolar, que são fatores determinantes para a saúde integral.

Saúde pós-climatério e idosas

Climatério é a fase de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher, estendendo-se até os 65 anos. Menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último período menstrual, somente reconhecida após passados 12 meses da sua ocorrência. A idade média de ocorrência da menopausa é 50 anos. O climatério/menopausa não é uma doença e sim uma fase da vida da mulher, sendo que a maioria das mulheres passa por ela sem apresentar queixas e sem necessitar de medicamentos.

A medicalização do corpo das mulheres, com uso de hormônios durante climatério/menopausa encontra um campo fértil no imaginário feminino pelas falsas expectativas que coloca, a exemplo da eterna juventude e beleza. O abuso da prescrição de estrógenos, para os sintomas do climatério/menopausa, acarreta sérios problemas para a saúde (como o risco aumentado de câncer de mama). Assim, as mulheres devem ser corretamente informadas para que possam decidir pela adoção ou não da terapia de reposição hormonal.

O aumento da expectativa de vida e seu impacto sobre a saúde da população feminina, tornam imperiosa a necessidade da adoção de medidas visando à obtenção de melhor qualidade de vida durante e após o climatério. Nesse sentido, o combate ao sedentarismo e a redução do consumo de alimentos ultraprocessados ocupam lugar de destaque para a prevenção de doenças crônico-degenerativas, de elevada morbimortalidade. A saúde das mulheres no climatério também pode ser afetada por fatores sociais. Por exemplo, o hábito de fumar provoca maior risco de

câncer de pulmão, que, a depender do estilo de vida e da alimentação, podem aumentar o risco para doenças cardiovasculares.

A única iniciativa da política pública com relação a esse período da vida das mulheres foi a publicação do “Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa”, em 2008 (Brasil, 2008). Porém, essa iniciativa não foi acompanhada de implantação de serviços específicos, ou treinamento da equipe da atenção básica no acompanhamento de mulheres climatéricas.

Rastreamento e tratamento de câncer de mama

O câncer de mama é a principal causa de morte por câncer em mulheres em todo o mundo e não existem medidas de prevenção primária para a doença. A organização da linha de cuidado do câncer de mama apresenta duas estratégias de detecção precoce: o rastreamento e o diagnóstico. O rastreamento é feito por exame físico e mamografia em indivíduos assintomáticos com o intuito de identificar doenças em sua fase pré-clínica. Já o diagnóstico precoce é a estratégia de identificação das pessoas com sinais e sintomas iniciais do câncer mama o mais prematuramente possível (INCA, 2001).

A política pública de prevenção e monitoramento do câncer de mama é liderada pelo INCA e pela área técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, com foco na cobertura de mamografia de rastreamento na população-alvo de mulheres entre 50 e 69 anos. A prevenção da doença pode ser alcançada através da redução de fatores de risco, como tabagismo, uso de álcool, obesidade, sedentarismo, consumo de alimentos ultraprocessados e ausência de amamentação. O uso de terapia hormonal e terapia com radiação no peito podem aumentar o risco da doença. A pandemia de coronavírus pode ter afetado o acesso das mulheres ao rastreamento e tratamento e, em 2022, o INCA estimou 66.280 novos casos de câncer de mama, o que significa uma incidência 61,61 por 100 mil mulheres (INCA, 2022).

Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento, é necessário questionar algumas estratégias de rastreamento inseguro e inefetivo, que podem aumentar a morbidade e mortalidade relacionada ao sobre diag-

nóstico e tratamentos desnecessários. Um exemplo é a oferta indiscriminada e sazonal de mamografia em campanhas como o “outubro Rosa”, que muitas vezes apelam para o *marketing* e medicalização sem a devida pactuação com a rede para exame clínico, diagnóstico e tratamento. É preciso ter clareza que essa rotina pode oferecer danos à saúde das mulheres, tanto pela exposição desnecessária à radiação, quanto à falta de seguimento dos achados radiológicos.

Vários estudos apontam que o rastreamento por mamografia não reduz a mortalidade por câncer de mama, tampouco reduz o número de cirurgias mutiladoras. Estudo realizado em São Paulo evidenciou uma provável superestimação dos benefícios e subestimação dos riscos associados à mamografia como rastreamento. As mulheres mais ricas e escolarizadas tiveram maior mortalidade, especialmente as usuárias do setor suplementar, que são mais frequentemente submetidas a mais reposição hormonal, mais mamografias com falsos-positivos, podendo sofrer danos relacionados aos procedimentos potencialmente danosos relacionados à assistência, como hormônios, quimioterapia e radiação. É necessário expandir a escolha informada para os pacientes e as ações de prevenção primária e rastreamento individualizada para o câncer de mama (Diniz et al., 2017).

Rastreamento e tratamento de câncer de colo de útero

O câncer de colo do útero é uma das condições de saúde na Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas, e sua prevenção pode ser alcançada por meio de educação em saúde, vacinação contra HPV e detecção precoce do câncer e de suas lesões precursoras para prevenção de agravamento. Apesar de medidas de prevenção de fácil execução e baixo custo, a redução da mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil tem sido um desafio, sendo necessário mobilizar as mulheres para comparecerem aos postos de saúde e implementar sistemas de referência para encaminhamento (INCA, 2001).

O exame citopatológico é o método de rastreamento do câncer do colo do útero indicado para a população-alvo de 25 a 64 anos, uma vez a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos normais. É neces-

sário que as mulheres tenham vida sexual ativa para serem incluídas no rastreamento, uma vez que a infecção persistente por tipos oncogênicos do HPV é um fator de risco para a doença. É importante que os profissionais de saúde da atenção primária conheçam o método, a periodicidade e a população-alvo recomendados, além de saber orientar e encaminhar para tratamento as mulheres de acordo com os resultados dos exames (INCA, 2001).

Para 2022, foram estimados pelo INCA, 16.710 casos, equivalendo a uma taxa bruta e ajustada de incidência 16,35 e 15,38 por 100 mil mulheres, respectivamente. Em 2020, a taxa padronizada de mortalidade pela população mundial na região Norte foi de 9,52 mortes por 100 mil mulheres, representando a primeira causa de óbito por câncer feminino nessa região. No Nordeste e Centro-Oeste, o câncer do colo do útero foi a terceira causa de morte (INCA, 2022).

Rastreamento de HIV, sífilis e hepatites virais

O Brasil possui protocolo para triagem de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), especialmente da sífilis, das hepatites virais B e C e da infecção pelo HIV. A triagem é feita por testes rápidos na atenção básica do SUS nas gestantes para reduzir a transmissão vertical. Os testes rápidos oferecidos em postos de saúde são simples, seguros e podem ser realizados em poucos minutos. Caso o resultado seja positivo, o paciente pode ser encaminhado para tratamento imediato (Brasil, 2020).

Como uma ação fundamental da atenção primária, é importante que os profissionais de saúde estejam capacitados para realizar diagnósticos e tratamentos que sejam acessíveis à população. Em casos positivos, é importante que haja acompanhamento médico para garantir a eficácia do tratamento e prevenir a recorrência da doença. Além disso, o Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde são responsáveis por promover campanhas de conscientização sobre a importância do rastreamento e prevenção de ISTs, com distribuição de preservativos, testes rápidos e outras ações de prevenção.

Políticas de saúde para populações específicas

População rural

As dificuldades das mulheres rurais no acesso às informações e ações de saúde estão relacionadas, dentre outros fatores, às desigualdades das relações de gênero e de trabalho; às grandes distâncias entre a residência ou trabalho e os serviços de saúde; à maior precariedade dos serviços locais; e à pouca sensibilização e organização da rede de saúde para lidar com os agravos decorrentes do trabalho no campo e com as necessidades de métodos de contracepção. Dentre os fatores de deterioração da saúde, a exposição aos agrotóxicos, seja ambiental ou ocupacional, aguda ou crônica, constitui-se em uma das especificidades relacionadas aos agravos de saúde da população rural, tais como cânceres e outros problemas.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) foi instituída em 2011, fruto do debate com representantes dos movimentos sociais, reconhece as condições e os determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença dessas populações. São populações caracterizadas por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra (Brasil, 2013).

“É uma diversidade de pessoas que inclui tradicionais quilombolas, povos indígenas, povos das florestas (agroextrativistas, seringueiros), povos do cerrado, do semiárido, da caatinga, dos campos, das montanhas, dos pampas e do pantanal, pelas comunidades ribeirinhas, pelas vilas litorâneas de pescadores artesanais e dos manguezais e pelas mulheres quebradeiras de coco babaçu das florestas de palmares” (Brasil, 2013; p.9).

Os aspectos de ordem econômica, social, cultural, política e ambiental compõem os determinantes sociais da saúde, no campo e na floresta, ainda existem limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde, bem como uma deficiência na área de saneamento ambiental. Uma

das estratégias apontadas pela política é a articulação entre os diversos níveis de gestão para a ampliação dos serviços de atenção básica, para garantir o acesso da população ao atendimento das necessidades de saúde.

População negra

A população negra é marcada por diversos fatores que restringem o acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, fazendo com que as mulheres negras tenham maior risco de contrair ou morrer de determinadas doenças, quando comparadas às mulheres brancas. Mulheres negras têm menos acesso aos cuidados pré-natais, inclusive às cesarianas e anestesia para parto normal. No capítulo 2 deste livro, esse assunto foi tratado com mais profundidade.

Por hora, cabe ressaltar que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, publicada em 2009 e revisada em 2017, reconhece e assume a necessidade da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra, e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS. Para identificar as necessidades dessa população, o primeiro passo é adotar o critério da autodeclaração, ou seja, o(a) próprio(a) usuário(a) define qual é a sua raça/cor. Isso permite que os sistemas de informação do SUS consolidem indicadores relevantes para o princípio da equidade no SUS (Brasil, 2017).

Povos indígenas

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi publicada em 2002 com o objetivo de superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população. As diretrizes da política incluem a criação de Distritos Sanitários Especiais (DSEI) e Polos-Base nos territórios indígenas, onde a atenção primária e os serviços de referência são oferecidos por Agentes Comunitários de Saúde indígenas.

A formação de recursos humanos é crucial para a atuação em contexto intercultural, bem como a articulação com a rede de saúde e ações específicas em situações especiais. O controle social é outra medida im-

portante para garantir a qualidade e a efetividade dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas. As especificidades do cuidado com pessoas indígenas precisam ser compreendidas a partir da narrativa delas próprias. Nesse sentido, daremos maior ênfase a esse assunto na parte final deste capítulo, na entrevista com Lúcia Pereira.

Pessoas vítimas de violências

A violência sexual é um dos principais indicadores de discriminação de gênero contra a mulher. Já em 2002, há mais de duas décadas, uma pesquisa coordenada pela OMS relatava índices de 29 a 34% de mulheres que relataram algum episódio de violência cometido pelo parceiro ou ex-parceiro, e dados mais atuais ratificam a proporção de um terço das mulheres. As mulheres agredidas apresentam complicações como dores ou desconfortos crônicos, problemas de concentração e tontura, tentativa de suicídio e abuso de álcool. É um grave problema de saúde pública, que não necessariamente traz as mulheres aos serviços de saúde. A oferta de serviços e divulgação das formas de acesso podem melhorar esse cuidado.

O estudo publicado em 2023 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) estima que 2 mulheres são estupradas a cada minuto no Brasil. Dos 822 mil casos por ano, apenas 8,5% chegam ao conhecimento da polícia e 4,2% são identificados pelo sistema de saúde, o que sugere que muitas destas pessoas não receberam atendimento emergencial e não tiveram suas necessidades atendidas integralmente (Ferreira et al., 2023). O MS já publicou diretrizes para atenção a mulheres e adolescentes vítimas de violência, além de uma matriz pedagógica para formação de redes, uma vez que a abordagem deve ser intersetorial, além de organizar serviços e capacitações (Brasil, 2006).

Pessoas transgêneros

O atendimento a transexuais no SUS tem como principal norteador a Portaria 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o processo transexualizador no SUS. A integralidade da atenção a transexu-

ais e travestis não está restrita às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas, mas também o acompanhamento por equipe interdisciplinar e multiprofissional e integração com as ações e serviços, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação.

O poder hegemônico da medicina determina como a sociedade deve entender a identidade transgênero, forçando as pessoas a se identificarem com o gênero que lhes é imposto. Isso acontece porque a psiquiatria é vista como a fonte mais autorizada de conhecimento sobre pessoas trans na sociedade. A medicina exerce controle sobre a população e faz com que sua maneira de interpretar a situação das pessoas trans seja vista como a mais correta, mesmo que haja outras formas de interpretação, como a arte ou as diferentes culturas (Santos, 2021). No entanto, em anos mais recentes, a população trans tem tido mais visibilidade, construindo novas narrativas a respeito de suas necessidades de saúde, como veremos ainda neste capítulo.

Mulheres privadas de liberdade

Desde 2015, os ministérios da Saúde e da Justiça estabeleceram em conjunto a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Apesar de ainda não plenamente implementada, seu objetivo é levar os princípios do SUS para dentro das prisões e oferecer tratamento integral aos que precisam, focado na atenção primária e saúde mental (Brasil, 2014). No entanto, o sistema prisional continua a ser um reflexo da desigualdade, das injustiças sociais e do sofrimento humano em grau extremo.

A grande parte das mulheres encarceradas provém das camadas menos favorecidas da sociedade, com poucas oportunidades de educação, baixa renda e acesso limitado aos serviços de saúde. Elas estão expostas a diversos fatores de risco à saúde, ocorrendo um número significativo de casos de IST/Aids, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas e doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus, bem como situações de abuso sexual e necessidades reprodutivas.

Estima-se que existam aproximadamente 38 mil mulheres vivendo em prisões no Brasil, e este número veio aumentando exponencialmente nas últimas décadas. Reconhecendo os papéis das presas como mães e esposas e o número de pessoas que delas dependem, a necessidade de abordar as questões de saúde na prisão é ainda mais importante. Uma das poucas pesquisas com essa população aponta a necessidade da vigilância para o diagnóstico e tratamento dos mais diversos problemas de saúde que afetam esta população, especialmente as questões de saúde reprodutiva. Em termos de políticas para essa população, há algumas publicações do MS, incluindo-as na Rede Cegonha e orientando sobre amamentação (Brasil, 2014a, 2014b, 2014c).

Políticas de saúde sexual e reprodutiva

A Convenção Internacional para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, adotada pela ONU em 1979, inaugurou o processo de conceituação dos direitos reprodutivos das mulheres, que foram posteriormente desenvolvidos em conferências internacionais da ONU. A Conferência sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas, em 1994, estabeleceu um plano internacional para investir em mulheres e meninas, com foco na saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar e fim da violência baseada no gênero. Hoje, as políticas públicas são guiadas pelos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável para 2030, que visam alcançar a igualdade de gênero e empoderar mulheres e meninas, por meio do acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos (ONU, 2022; Rattner, 2014).

Políticas amplas de direitos reprodutivos são necessárias para promover igualdade de gênero e suporte social, permitindo que a maternidade seja voluntária, segura, socialmente amparada e prazerosa. No entanto, a falta de políticas adequadas de planejamento familiar e leis proibitivas do aborto impedem muitas mulheres, homens trans e pessoas não binárias brasileiras de exercerem sua autonomia reprodutiva, resultando em gestações indesejadas ou inoportunas (Mattar; Diniz, 2012).

As características como raça/etnia, classe, idade e parceria sexual influenciam a posição da mulher na hierarquia social em relação à re-

produção e maternidade. Mulheres consideradas "vulneráveis", muitas vezes, são vistas como objetos de intervenção médica, em vez de sujeitos de direitos. A decisão de incluir dispositivos LARC no SUS para essas populações vulneráveis tem sido criticada, sendo importante que estejamos atentas para observar os argumentos daquelas que duvidam, indagam ou recusam tais dispositivos (Brandão, 2022).

O planejamento reprodutivo é o conjunto de ações para regulação da fecundidade, garantindo direitos de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, homem ou casal. Porém, muitos municípios falam em implantar estratégias para fornecer orientação e insumos anti-concepcionais para a população, tampouco garantir o acompanhamento das usuárias sobre saúde sexual. As práticas clínicas e educativas devem estar fundamentadas pelas diretrizes das políticas públicas e pelas normativas legais, para garantir o acesso aos recursos com equidade e respeito às escolhas reprodutivas individuais, evitando abordagens coercitivas. As atividades de aconselhamento devem abordar todas as informações legais e práticas sobre os métodos contraceptivos oferecidos pelos serviços nacionais de saúde pública, com ênfase nos métodos considerados eficazes ou muito eficazes (Brasil, 2002).

A pobreza menstrual está relacionada não apenas à saúde e ao autocuidado, mas também aos direitos humanos e à promoção da igualdade de gênero. A falta de acesso a produtos de higiene pessoal impacta negativamente a vida escolar e profissional de mulheres adolescentes e adultas, bem como de homens trans e pessoas não binárias que menstruam. Esses desafios representam desigualdade de acesso a direitos e oportunidades, contribuindo para retroalimentar ciclos de inequidades de gênero, raça e classe social, e prejudicando a trajetória educacional e profissional (UNFPA; UNICEF, 2021).

Oferta de métodos contraceptivos

O acesso à anticoncepção, apesar de um direito garantido constitucionalmente no Brasil, não é amplamente atendido. A incidência de gravidez indesejada ou inoportuna tem sido um problema de saúde no Brasil, reportada por mais da metade das mulheres entrevistadas na pes-

quisa “Nascer no Brasil” (Theme-Filha et al., 2016).

O estímulo à participação dos homens nas ações de planejamento reprodutivo é ainda muito limitado. Dentre todos os métodos contraceptivos disponíveis no SUS, apenas dois são indicados para os homens: a camisinha (cuja disponibilidade e uso tem caído em todos os grupos etários) e a vasectomia. A política nacional de saúde dos homens é muito breve em abordar a questão, afirmando apenas que é necessário conscientizar os homens do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo, e no exercício da paternidade.

Os principais obstáculos ao cumprimento da lei para obtenção da laqueadura tubária no SUS são a falta de serviços credenciados, a inadequada interpretação da lei, a discordância do profissional com os critérios da lei, a eventual oposição do parceiro e a desistência do processo. Todo indivíduo que requeira a esterilização cirúrgica deve passar pelo aconselhamento, durante o qual deverá ser informado sobre o procedimento e suas implicações, bem como sobre os métodos reversíveis (Caetano, 2014).

A Lei do Planejamento Familiar, de 1996, estabeleceu regras para a esterilização voluntária e treinamento dos profissionais para implementar o planejamento familiar. Em 2022, uma atualização da lei (Lei nº 14.443/2022) permitiu que a laqueadura e a vasectomia possam ser realizadas sem o consentimento do/a companheiro/a e que a esterilização durante o parto seja garantida se observados prazos e condições médicas adequadas.

“em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce” (Brasil, 2022).

Aborto seguro nos casos previstos em lei

No Brasil, o aborto é legal apenas em casos específicos, como em casos de estupro, risco de morte para a mãe ou anencefalia do feto, mas muitas mulheres desconhecem esse direito e enfrentam dificuldades para acessar serviços que realizam o procedimento legalmente. A falta de informação sobre hospitais que realizam o aborto legal é um obstáculo grave para a efetivação dos direitos das mulheres e representa um risco para a saúde pública. A situação da ilegalidade do aborto dificulta a implementação de políticas públicas e pesquisas na área, além de gerar desigualdades socioeconômicas no acesso aos serviços de aborto seguro (Diniz; Medeiros; Madeiro, 2017).

Em 2005, o Ministério da Saúde publicou a norma técnica para "Atenção humanizada ao abortamento", que visa oferecer atendimento e orientação adequados às mulheres em situação de aborto e evitar a repetição do procedimento. O documento também orienta que os profissionais de saúde não podem comunicar o aborto à autoridade policial, judicial ou ao ministério público. Essa orientação foi reforçada, em 2023, pelo STJ, que fixou entendimento que um médico não pode acionar a polícia para investigar pacientes que procuram atendimento e relatam ter realizado um aborto fora da previsão legal (Brasil, 2005).

A Pesquisa Nacional sobre Aborto, de 2012, mostrou que uma em cada cinco mulheres aos 40 anos já realizou pelo menos um aborto, com a faixa etária típica do segundo aborto entre 18 e 24 anos. O medicamento mais utilizado é o Cytotec, embora haja poucos dados sobre como as mulheres adquirem e utilizam o medicamento, além de quem as auxilia no processo. A utilização do Cytotec pode ser combinada com chás e ervas, cujo efeito é difícil de controlar. As complicações severas ocorrem com frequência desproporcional entre mulheres mais pobres, enquanto as com maior escolaridade e renda acessam técnicas seguras e têm menor risco de complicações. As narrativas de dor e sofrimento são comuns a todas as mulheres (Diniz; Medeiros, 2012).

Em caso de necessidade de internação, são frequentes os maus-tratos às mulheres e pessoas com útero que abortam, descritos como julgamento moral, ameaças de denúncia à polícia, maneiras brutas no contato

físico, internação em quartos coletivos com puérperas com recém-nascidos ou longa espera até o atendimento, tanto para usuárias de serviços públicos como de serviços privados. As prostitutas têm maior vulnerabilidade, com frequência duas vezes maior de aborto do que entre a população feminina em geral (Diniz; Medeiros, 2012).

Entrevistas

Saúde integral de mulheres indígenas

Para conhecer melhor a realidade da saúde dos povos indígenas, entrevistamos a antropóloga Lúcia Pereira (em Guarani: Kuñataĩ Mbo'y Jegua), formada em Ciências Sociais e em Serviço Social, com mestrado em Antropologia. Ela é pesquisadora do seu povo, Guarani-Kaiowa, do Mato Grosso do Sul, cujas principais referências em saúde das mulheres indígenas são os conhecimentos transmitidos por pessoas mais velhas, benzedeiras, rezadoras e rezadores.

“Sem essas pessoas a gente não acessa o conhecimento, a gente sempre fala que eles são biblioteca. Muitas vezes eles morrem e a gente não consegue acessar o conhecimento deles, então por esse viés sempre que busco conhecer. Eu sou muito curiosa e busco entender o que que eles querem passar, valorizar e respeitar o conhecimento deles”.

Os Guarani-Kaiowa tem sua própria noção do que é saúde integral: Lúcia chama de Tesãi, que significa saúde, viver bem. E o que é preciso para ter Tesãi (saúde)? “A gente precisa ter alegria, respeito, estar no território, ter o que comer, ter água para beber. Esse é o espírito de tesãi. Uma família que vive bem, que é cheia de saúde, ela tem tudo isso.” Com seus estudos, a Lúcia fortalece as mulheres do seu povo e as inspira a enfrentar os desafios, a enfrentar o medo e questionar as políticas públicas para elas atendam os povos indígenas também, sendo que “é muito importante que essa política seja construída em conjunto, não que tragam prontas para nós”.

Ela observou em suas pesquisas que a principal necessidade das mulheres indígenas é o acolhimento, seja no atendimento do sistema de

saúde indígena (SESAI), seja no SUS como um todo. Destaca que: “Ambiente hospitalar é um espaço muito estranho para uma mulher indígena, então quando ela chega ela já está vulnerável no sentimento, não deve ouvir mais palavras que entristecem.” Uma das principais barreiras encontradas dentro do subsistema indígena e na saúde em geral é a barreira da língua e dos costumes. “É um desafio porque o paciente não consegue explicar em português, não consegue perguntar sobre ‘por que isso?’, ‘por que aquilo?’, ‘como é isso?’. Além de maus tratos relacionados à discriminação, preconceito e racismo, o sistema de saúde indígena está sucateado, faltam insumos e equipamentos.

Os principais avanços no atendimento a essa população, estão relacionados à formação e contratação de profissionais indígenas nos serviços de saúde, e a troca de saberes entre os saberes tradicionais e a medicina ocidental, mais presente no cuidado pré-natal: “Essa é a orientação que o profissional da saúde compartilhe o cuidado no pré-natal com a parteira tradicional. Isso é muito importante porque a gente vai costurando os dois conhecimentos, pois no nosso costume, as mulheres mais experientes passam pela massagem, as mulheres gestantes se banham na erva, esse é o nosso pré-natal.” Mas ela pondera que apesar de estar escrito na política de saúde indígena, ainda há uma resistência por parte dos profissionais em relação às práticas tradicionais de saúde.

As pessoas que moram em aldeias e áreas de retomada estão em situação extremamente vulnerável e têm diversos fatores que precisam ser melhorados. Os movimentos sociais são organizados através de conselhos indígenas dentro de cada região, que se organizam para propor as políticas públicas que atendam as especificidades das mulheres indígenas dentro do território. Existem mulheres e homens indígenas que têm construído essas políticas que atenderão suas necessidades ocupando os lugares importantes, com destaque para a atual Ministra dos Povos Indígenas do Brasil, Sônia Guajajara, que mostra que as mulheres, inclusive as indígenas, podem chegar aonde quiserem.

Mulheres vítimas de violências sexuais

Sobre esse assunto, entrevistamos Cláudia Araújo de Lima, que é pedagoga, com especialização e mestrado e doutorado pela Fiocruz na área de reabilitação de pessoas com deficiência por violências, tem experiência de mais de 30 anos na gestão de redes de atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica, de violência sexual e aborto previsto em lei.

Quando uma mulher sofre qualquer tipo de violência e chega no serviço de saúde, todos os profissionais devem estar sensibilizados para aquela questão. Cláudia aponta que as principais demandas nas áreas de assistência às violências contra mulheres na saúde estão relacionadas a organização das redes de atendimento de violências, como a doméstica ou sexual. Como esse cuidado não faz parte do currículo das formações profissionais, os serviços de saúde precisam promover a formação continuada de suas equipes.

A formação é necessária, porque são situações que precisam ser aprendidas pelos profissionais de várias áreas da assistência e da gestão para identificar as vítimas, das variações imensas que existem das violências e os tipos de atendimento que devem ser prestados. “Quando a resposta do profissional é ‘não sei o que fazer’ ou ‘isso ou este é um problema da polícia’, a essência do problema é a falta de qualificação dos profissionais para lidar com essa questão. Também é importante a publicação de manuais de atenção às vítimas violência para ajudar as Secretarias de Saúde a compreender os sinais e achados para o devido atendimento no contexto da saúde pública.

Na maioria dos estados do Brasil, existem movimentos organizados da sociedade que discutem os temas de violência contra mulher. No âmbito nacional, os aliados mais fortes apontados pela Cláudia são: a Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (Rede Saúde); a Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras; a Rede Unida; e os Conselhos Federais de Medicina, Psicologia e Enfermagem. No Ministério da Saúde existiu um fórum integrado e multiprofissional com profissionais e mulheres do país inteiro, suprapartidário. Outro espaço importante é o Conselho Nacional de Saúde, que tem uma Câmara Técnica de Saúde

da Mulher, com representações das equipes dos estados que articulam os interesses dos movimentos de mulheres e dos profissionais de saúde.

Atualmente, o mais grave é a quase inexistência de serviços de atendimento à violência sexual e de serviços de aborto previsto em lei, o que é uma brutalidade absoluta com pessoas vulneráveis, uma grave violação de direitos humanos do SUS, que precisa ser revisada urgentemente. A retomada dos marcos legislativos de 1940 pode ser um ponto de partida para reverter esse cenário.

Nos casos de gravidez decorrente de violência sexual, o aborto previsto em lei é considerado uma estratégia de mitigação dos danos causados pela violência sexual. Desde a década de 1940, nós temos, no código penal brasileiro, a autorização das mulheres a fazerem um aborto quando em situação de violência sexual, ou em risco de morte para a mulher. Esta mesma lei atravessou o século 20 inteiro e entrou no século 21 sem alteração. Sinal de que é uma questão importante na sociedade.

Porém, atualmente, temos retrocessos pela desorganização das redes de serviços de atenção às vítimas de violências no país. Em suas pesquisas, Cláudia aponta que a questão emblemática em muitos contextos é que o atendimento à violência depende da vontade do gestor. Ela observou atitudes que gestor faz ou deixa de fazer impactam na saúde das pessoas que estão em situação de violência social e necessitam do aborto previsto na lei. O sistema de saúde precisa garantir esse atendimento, que é um direito da mulher. Dentre outros fatores, uma questão muito complexa é a disposição individual dos profissionais médicos em relação ao procedimento. Assim, na objeção de consciência, outro profissional deveria assumir o caso, porém isso depende da mobilização e interesse dos gestores dos serviços.

Cláudia afirma que os momentos mais marcantes para implementação destas políticas ocorreram a partir da década de 1980, com a criação do primeiro serviço de aborto legal do Brasil no Hospital Jabaquara, em São Paulo, e a criação da primeira Delegacia da Mulher, também em São Paulo, no governo de Luiza Erundina. Nesse período o Ministério da Saúde criou a primeira norma de atendimento à violência sexual contra mulheres e adolescentes.

Entre 2005 e 2012, houve avanços em aspectos legais, na criação de normas técnicas mais apuradas, constituindo equipes, criando procedimentos dentro da tabela de procedimentos do SUS, criando serviços dentro do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde com qualificação das equipes. O Sistema de Informações Hospitalares (SIH) mostra que nesse período aproximadamente 800 hospitais realizaram atendimentos de violência sexual e 60 realizam abortos previstos em lei. Depois do golpe de 2016, quando o Ministério e o Governo Federal, como um todo, começam a ter prejuízos técnicos e políticos, levando ao completo caos no atendimento à violência sexual no SUS, milhares de pessoas tiveram seus direitos sexuais e direitos reprodutivos violados, por falta de distribuição de métodos contraceptivos em quantidades suficientes para o atendimento das mulheres e pessoas com útero do país.

É papel da gestão, na Secretaria de Saúde, estabelecer protocolos de atendimento dentro dos serviços com a equipe qualificada, com os medicamentos organizados e rede de serviços para realização do aborto previsto em lei quando necessário. Uma das estratégias pode ser a estruturação dos hospitais regionais de fronteira, com formação, para gestores, em temas específicos para o atendimento as pessoas vítimas de violências.

Saúde integral das pessoas transgêneros

Para compreender quais ações são demandadas nos serviços de saúde que precisam de um olhar mais atento dos profissionais, entrevistamos Kaio Lemos – homem trans, nordestino, antropólogo e pesquisador cursando doutorado na Universidade de Brasília – que escreve sobre a experiência de gestar após a terapia hormonal transexualizadora.

Kaio aponta que os principais avanços nas políticas públicas em relação a esse grupo da população são: O direito ao nome social, que desde 2016 deve ser utilizado em todas as repartições públicas e privadas; o atendimento ao processo transexualizador regulamentado no SUS e a modificação da Declaração de Nascido Vivo (DNV), que substituiu o termo “mãe” por “parturiente” e substituiu “Nome do pai” por “Filiação”, fortalecendo o reconhecimento das identidades e as corporalidades de pessoas trans, pessoas intersexo e pessoas não binárias na ocasião do

atendimento ao parto.

No entanto, as barreiras enfrentadas pela população trans masculina relacionadas à saúde na gravidez são diversas. Primeiro a sociedade parte do princípio de que a gravidez é dada unicamente para a identidade feminina, toda concepção de gravidez se faz na leitura do corpo feminino. Isso impossibilita muitas vezes que profissionais – e a própria população – entendam um corpo trans masculino grávido. Ao não entender, as pessoas não aceitam sua incumbência de atender esse corpo no serviço de saúde. “Os profissionais de saúde precisam entender que aquela pessoa se vê como uma identidade masculina, mas ela tem uma condição biológica uterina que não confronta com a identidade dessa pessoa.”

Algumas pessoas trans masculinas utilizam tecnologias hormonais e cirúrgicas para modificar seus corpos, o que pode afetar a compreensão e o processo de gravidez. No entanto, há falta de estudos sobre os impactos dessas tecnologias na gravidez e é preciso aprofundar o conhecimento sobre o pré-natal dessas pessoas. Embora seja um desafio, algumas pessoas trans masculinas, que mantiveram as suas mamas, conseguiram amamentar após a gravidez, sendo importante acolher suas experiências dentro da ótica trans masculina.

Outra questão presente no processo de gravidez trans masculina é a disforia de gênero, que é muito presente devido às mudanças corporais, como aumento das mamas e alargamento dos quadris. Essa disforia pode acontecer durante ou após a gestação, e precisa ser reconhecida e acompanhada dentro do cuidado em saúde.

“O ato de engravidar para as pessoas trans masculinas é ao mesmo tempo existente e inexistente. É existente porque é um acontecimento, uma realidade. E é inexistente pelo apagamento, a invisibilidade, o não pertencer (...). A gravidez de homens trans, mesmo que planejada, pode ser uma gravidez muito sofrida, com o dilema de não ser reconhecido pela sociedade e pelos dispositivos de saúde como um homem grávido.”

Kaio identifica três cenários possíveis de gravidez em homens trans: primeiro, aqueles que engravidaram após serem vítimas de abuso sexual, o que é problemático. Em segundo, aqueles que engravidaram enquanto

mantinham suas identidades de gênero em segredo. E terceiro, um grupo mais recente de homens trans que planejaram suas gravidezes e defendem isso como uma questão de direitos humanos e política. A discussão sobre a gravidez em homens trans visa promover o pertencimento social e a saúde integral.

O movimento de pessoas trans masculinas é de provocar as discussões sobre medidas práticas, que assegurem os direitos reprodutivos da pessoa a ter uma gravidez saudável e com atendimento humanizado. O problema de acesso ao cuidado em saúde na gravidez, no parto, no pós-parto e amamentação está muito próximo de outras mulheres.

“Todas as pessoas precisam de acesso e acolhimento, todos os corpos falam e eles falam a partir do seu lugar e eles vão trazer suas particularidades, suas subjetividades e isso a gente tem que encarar com pluralidade.”

Conclusão

O Brasil, tem uma história gloriosa de programas e políticas em saúde da mulher, construídas na parceria entre movimentos feministas, gestores e pesquisadores, o que permitiu um conjunto de inovações no desenvolvimento dos programas e uma ampliação dos seus objetos de atuação, muito além de uma visão reducionista e médico-centrada. O movimento de construção das políticas de saúde das mulheres, homens trans e pessoas não binárias também nos trouxe conceitos fundadores do SUS como a integralidade e a humanização.

Estes últimos anos, repletos de ataque aos movimentos sociais, como o feminismo, e de desmonte de políticas públicas, resultou em importantes retrocessos e desmontes da implementação dessas políticas, que precisam ser reconstruídas depois destes anos de ruína. A gestão desastrosa da saúde no período da pandemia de covid-19 resultou em mortes evitáveis; atrasos na detecção de problemas de saúde (como o câncer de mama e colo de útero) e conseqüentemente, seu agravamento; entraves ao funcionamento dos serviços de assistência aos casos de violência sexual e aborto previsto em lei; descaso com a manutenção da qualidade

nos sistemas de informação, que dificultam o acompanhamento de vários indicadores, como por exemplo, a cobertura vacinal nos vários grupos etários.

Felizmente, podemos contar com um vasto arsenal de recursos, experiências, documentos normativos para a reconstrução das políticas das mulheres, o que vai demandar um esforço de colaboração, reconstruindo as parcerias históricas, que viabilizaram estes programas inovadores, que merecem ser revisitados e atualizados para fazer frente aos desafios da reconstrução de uma política de atenção integral à saúde das mulheres, homens trans e pessoas não binárias.

A retomada do programa Mais Médicos, o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, os mutirões de cirurgias que foram represadas na pandemia, além da revogação de portarias e a reconstrução das equipes, nos dão esperança de que as políticas sejam retomadas e que, efetivamente, haja avanços no sentido de fortalecimento dos direitos das mulheres no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Referências

Azevedo e Silva G. et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. *Cad. saúde pública*. 2014;30(7):1537-1550.

Brandão ER. Contracepção reversível de longa duração para mulheres em situação de vulnerabilidade: racismo institucional no Sistema Único de Saúde (SUS). *Anuário Antropológico*. 2022;47(2):185-204.

Caetano AJ. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei de planejamento familiar e demanda frustrada. *Rev. bras. estud. popul.* 2014;31(2):309-331.

Diniz CS, et al. Breast cancer mortality and associated factors in São Paulo State, Brazil: an ecological analysis. *BMJ Open*. 2017;7(8).

Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017;22(2):653-660.

Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012;17(7):1671-1681.

Diniz SG, D'Oliveira AFP, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reproductive Health Matters.* 2012;20(40):94-101.

Ferreira H, et al. Elucidando a Prevalência de Estupro no Brasil a Partir de Diferentes Bases de Dados Publicação preliminar. Brasília (DF); 2023.

INCA. Dados e Números sobre Câncer de Mama [internet]. 2022 [acesso em 10 abr 2023]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dados_e_numeros_site_cancer_mama_setembro2022.pdf.

INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [internet]. 2001 [acesso em 10 abr 2023]. E-book. Disponível em: www.inca.gov.br.

Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface comun. saúde educ.* 2012;16(40):107-120.

Ministério da Justiça (BR), Secretaria de Política para as Mulheres da Presidência da República. Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, 2014. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF*, 17 jan. 2014. Seção 1, p. 75.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério [internet]. Menopausa. Brasília (DF); 2008. [acesso em 18 jul 2020]. E-book. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>.

Ministério da Saúde (BR). PAISM Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília (DF); 1984.

Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP); 2014a.

Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral da população do Campo e da Floresta. Brasília (DF); 2013.

Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília (DF); 2017.

Ministério da Saúde (BR). Proteger e cuidar da saúde dos adolescentes na atenção básica. Brasília (DF); 2018.

Ministério da Saúde (BR). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST); 2020.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica. Brasília (DF); 2005.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Aleitamento materno para mulheres privadas de liberdade. Brasília (DF); 2014a.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Inclusão das mulheres privadas de liberdade na Rede Cegonha. Brasília (DF); 2014c.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. Brasil (DF); 2002.

ONU. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil. Igualdade de gênero [internet]. 2022 [acesso em 4 jan 2023]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>

Rattner D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. *Tempus* (Brasília). 2014; 8(1):103.

Santos CC. Pobreza Menstrual no Brasil: desigualdades e violações de direitos. Brasil: UNFPA; 2021 [acesso em 18 maio 2023]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/pobreza-menstrual-no-brasil>

Santos RS. Cartilha Nacional de Serviços Públicos de Saúde para a Pessoa Trans [internet]. Itabuna; 2021 [acesso em 20 jun 2022]. Disponível em: https://ufsb.edu.br/proaf/images/SEPSE/documentos/Cartilha_Nacional_de_Serviços_Públicos_de_Saúde_para_a_pessoa_trans.pdf.

Theme-Filha MM, et al. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: Cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. *Reproductive Health*; 2016.

A Nova Era do Gelo¹: as tecnologias reprodutivas e o congelamento de óvulos

Marian Salles Gomes Bellamy²,
Carmen Simone Grilo Diniz³

Apresentação

O presente capítulo trata da expansão das tecnologias reprodutivas na última década, em especial do congelamento de óvulos. Propõe-se uma análise sobre os elementos que se relacionam com o aumento da preocupação das mulheres acerca do seu potencial reprodutivo à luz do desenvolvimento das tecnologias reprodutivas, das evidências médicas disponíveis e da teoria da biomedicalização.

As dúvidas e inquietações, em especial das mulheres, acerca de sua capacidade reprodutiva têm se multiplicado e cada vez mais os serviços de saúde e os profissionais da área, têm enfrentado a responsabilidade de orientar sobre questões afetas à fertilidade. O objetivo deste capítulo é analisar de que forma, e por meio de quais atores, se constrói a noção de que a fertilidade é uma condição natural a ser preservada, uma potencialidade dos corpos femininos e de que a infertilidade é uma patologia. Considera-se, para tanto, que tais construções são permeadas pelo mercado das tecnologias de reprodução assistida (TRAs) e são objeto

1 Agradeço à Sandra Mara Garcia pelo título deste artigo.

2 Marian Salles Gomes Bellamy (marianbellamy@gmail.com), Gestora pública, Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), Analista de Políticas Públicas e Gestão Governamental - PMSP.

3 Carmen Simone Grilo Diniz (sidiniz@usp.br), Médica, Pós-doutora em Saúde Materno-Infantil pelo Cemcamp e pelo King's College London, Women's Health Division. Professora titular do Departamento de Saúde e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

de regulamentação nacional e internacional. Pretende-se ainda discutir quais são as evidências acerca desse tema, tanto com relação à idade reprodutiva das mulheres quanto com relação à indicação e efetividade das tecnologias reprodutivas (congelamento de óvulos, fertilização in vitro). Ademais, faz-se necessária essa compreensão, pois na medida em que a sociedade e o mercado consolidam a definição de doenças como a infertilidade e os procedimentos adotados para o seu tratamento, cria-se uma demanda potencial para o Sistema Único de Saúde.

Esse capítulo é resultado da dissertação de Mestrado⁴ “A Construção da Infertilidade como Doença: Ciência, Regulamentação e Mercado” apresentada à Faculdade de Saúde Pública da USP em 2021 pelas autoras (aluna e orientadora), cuja metodologia foi de caráter qualitativo, baseada na análise documental de informações de fontes primárias e de referencial teórico, em especial sobre a(s) teoria(s) da medicalização.

Como é definida a Infertilidade?

A definição epistemológica de infertilidade é objeto de controvérsias (Kukla, 2017). A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2009, classificou a infertilidade em um trabalho conjunto com o Comitê Internacional para Monitoramento de Técnicas de Reprodução Assistida (ICMART) da seguinte forma: “uma doença do sistema reprodutivo definida pelo fracasso na tentativa de engravidar após 12 meses ou mais de relações sexuais sem o uso de preservativos” (Zegers-Hochschild et al., 2009).

Observa-se que o período de 12 meses, utilizado nessa definição, representa uma alteração do período de 24 meses que foi anteriormente adotado pela OMS para a mesma definição. Essa alteração de prazo para a definição de um diagnóstico de infertilidade foi realizada sem maiores justificativas técnicas, e menos ainda matemáticas, pois estatisticamente, em um ano o casal tem aproximadamente 80% de chances de engravidar, a depender da idade da mulher, podendo ser menos ainda de 80%. Ou seja, matematicamente, seriam necessários mais de 12 meses de tentativas para que a gravidez ocorresse. Atualmente, a Sociedade Americana

4 Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-07042021-101644/pt-br.php>

de Medicina Reprodutiva está começando a adotar o período de 6 meses de tentativas para mulheres acima de 35 anos. E mais uma vez isso é feito sem a apresentação de justificativas técnicas ou evidências que comprovem ser esse um período suficiente para que o casal engravide (ASRM, 2017).

A OMS é responsável pela Classificação Internacional de Doenças (CID), que é adotada pelos Estados Membros da ONU nos quais está incluído o Brasil⁵. A versão mais recente da CID é a 11. Nessa versão a infertilidade feminina aparece sob a codificação **GA31** com a mesma definição apresentada acima - “uma doença do sistema reprodutivo definida pelo fracasso na tentativa de engravidar após 12 meses ou mais de relações sexuais sem o uso de preservativos”. Em contrapartida, a infertilidade masculina possui outra definição na CID 11 sob a codificação **GB04**, que é “qualquer disfunção do sistema reprodutivo dos homens caracterizada pela disfuncionalidade na ejaculação ou uma ausência anormal nos níveis de espermatozoides no sêmen” (WHO, 2019). Essa distinção na definição da doença mostra que ela não é neutra do ponto de vista do constructo sexo/gênero.

É interessante observar que a definição de infertilidade masculina na CID não faz menção à gravidez nem à habilidade de ter filhos, diferentemente da classificação de infertilidade feminina. Na classificação mais ampla da OMS sobre infertilidade – a qual na CID é apropriada apenas para a infertilidade feminina – a doença infertilidade nada mais é do que a impossibilidade de ter filhos quando estes são desejados (Kukla, 2017). Ela pressupõe um forte componente subjetivo – o desejo. Ademais, essa classificação de doença pode ser aplicada a um casal, conforme apresentado nos códigos GB04Z e GA310Z, GA311Z, que definem a infertilidade sem causa aparente, ou ainda o GA31Z, que trata da infertilidade feminina associada a fatores do parceiro. Nesses casos, é por meio da união/relação de duas pessoas que a patologia se configura.

Percebemos, portanto, que essas definições não são estanques e têm alterações ao longo do tempo, não sendo neutras do ponto de vista do

5 A CID-11, que foi apresentada para adoção dos Estados Membros em maio de 2019 (durante a Assembleia Mundial da Saúde), entrou em vigor em 1º de janeiro de 2022 (<https://www.anamt.org.br/portal/2018/06/18/oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11/>)

gênero. Não é à toa que as definições de infertilidade feminina e masculina na nova Classificação Internacional de Doenças (CID 11) são distintas e que a infertilidade feminina possui onze códigos na CID, enquanto a masculina possui três, apesar das causas de infertilidade serem consideradas igualmente incidentes entre os sexos. As tecnologias de reprodução assistida mencionadas acima são aplicadas majoritariamente nos corpos das mulheres, e causam diversos efeitos colaterais e problemas de saúde. Estes problemas possuem código específico na CID sob o número GA32.

Ademais, muitos atores são parceiros da OMS na elaboração dessas definições, parceiros sujeitos a diversos tipos de conflitos de interesses.

Parceiros da OMS

A infertilidade é definida na CID e possui diversos códigos de diagnósticos, conforme apresentado anteriormente, e a OMS não realiza esse trabalho sozinha. O Comitê Internacional para Monitoramento de Técnicas de Reprodução Assistida (ICMART) é seu parceiro nessa elaboração, ademais eles elaboraram também um glossário da infertilidade.

O Comitê se declara uma organização internacional neutra, sem fins lucrativos (ICMART, 2019), cujo objetivo é prover informação fidedigna sobre as Tecnologias de Reprodução Assistida em termos de sua eficácia e segurança. Em seu material institucional disponível no website do Comitê estão listados os seus patrocinadores.

Observa-se a presença de diversas instituições sem fins lucrativos, no entanto, elas são majoritariamente formadas por profissionais e estabelecimentos responsáveis pela aplicação das TRAs: médicos e clínicas de Reprodução Assistida. Nota-se, ainda, o patrocínio direto de duas companhias do complexo industrial tecno-científico biomédico, a *Ferring Pharmaceuticals* e a *Abott*. Além dos seus patrocinadores, o ICMART também disponibiliza a relação de suas organizações parceiras, entre elas está a *American Fertility Association* e a *RESOLVE*, que são associações de pacientes. Ambas essas associações são patrocinadas também pela empresa Ferring, sendo que a segunda além desse patrocínio possui o patrocínio da Merck.

Além do ICMART, a OMS possui outros parceiros no tema da in-

fertilidade, são eles: *International Federation of Fertility Societies* (IFFS), a *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM) e a *International Federation of Obstetrics and Gynaecology* (FIGO).

A IFFS se declara como: “Um ator não estatal que promove iniciativas educacionais no campo da saúde reprodutiva em conjunto com a OMS apoiando o trabalho dela e à priorização dada pela organização na definição da infertilidade como doença”. Percebe-se nessa autodeclaração da Federação a relevância e o apoio desta, dados à definição pela OMS da infertilidade como doença.

A IFFS surgiu em 1951, no Rio de Janeiro, tendo sido na época chamada de *International Fertility Association* (IFA). Seus membros são inúmeras associações médicas do campo da Medicina Reprodutiva do mundo e entre eles estão a ASRM e a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. No entanto, merecem destaque seus patrocinadores: *Ferring, Merck, Guert e Cryos Int.* As três primeiras são grandes companhias do complexo industrial biomédico, as quais têm relação direta com as TRAs. A última é o maior banco internacional de congelamento de gametas do mundo e atua em 100 países.

Além desses patrocinadores, a OMS possui ainda um rol de colaboradores no tema. Um deles é a Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia – ESHRE. Ela apresenta, em um documento que conta a sua história (Brown, 2005, p. 10), o esforço da instituição – criada por médicos e cientistas da área de Reprodução Humana – em conseguir o apoio da indústria farmacêutica, a fim de obter patrocínio para a sua constituição e existência.

O quarto colaborador da lista é a Instituição de Apoio ao Consumidor para Infertilidade – ICSI – em tese se trata de uma instituição que congrega diversas associações de pacientes contra a infertilidade no mundo. A missão da Instituição é: “empoderar pacientes para que se tornem parceiros no uso das TRAs e no estabelecimento de políticas públicas nesse campo, por meio de parcerias efetivas com fornecedores, governos e a mídia.” No *website* da instituição também é possível encontrar os parceiros dela nessa empreitada, com destaque para as empresas do complexo industrial biomédico - *Merck e Ferring Pharmaceuticals*.

O financiamento de associações de pacientes pela indústria é

uma prática documentada de “disseminação” de conceituação de doenças e de demanda por tratamentos. Tal prática é denominada de *astro-turfing* e é vista também na área da infertilidade e dos tratamentos para a infertilidade, conforme apresentado acima, sendo que os patrocinadores apresentados pela ICSI são as duas maiores companhias no mercado de tratamentos/procedimentos para infertilidade.

A Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ASRM) é um parceiro importante da OMS. Ela se intitula uma organização sem fins lucrativos, composta majoritariamente por profissionais da área da medicina reprodutiva, e a visão institucional da associação é “ser reconhecida nacional e internacionalmente como líder no fornecimento de informações multidisciplinares, educação, *advocacy* e no estabelecimento de padrões no campo da medicina reprodutiva”. Com isso, fica claro o propósito de ser uma associação que pratica o *lobby/advocacy* na área da Reprodução Assistida e de ser uma associação que se propõe a definir padrões, práticas e políticas no campo da medicina reprodutiva (Bellamy, 2021).

É relevante destacar quem são os patrocinadores dessa Associação. O Congresso Científico de 2019, organizado pela Associação, que também promoveu a celebração de 75 anos de existência dela, foi patrocinado, conforme informações do seu website institucional por: Serono, Ferring Pharmaceuticals Inc., Cooper Surgical, AbbVieMyovant Sciences, Inc. Sema Vitrolife, Inc., America Medic & Science, California Cryobank, Coast Science, Esco Technologies Inc., Freedom Fertility Pharmacy, FUJIFILM Irvine Scientific, Future Family, Hamilton Thorne, Inc., Kitazato, Merck & Co., Inc. NextGen, Life Labs, Roche Diagnostics Therapeutics MDTMRW Life Sciences. Observa-se nesta lista a presença de diversas companhias do complexo científico industrial biomédico.

A ASRM é uma das Associações mundialmente mais influentes na área da Medicina Reprodutiva, tanto que a decisão de 2012, de autorizar a criopreservação de gametas femininos com a finalidade de planejamento reprodutivo impactou o uso da técnica em diversos países e as perspectivas de crescimento do mercado para esse segmento da indústria, conforme apresentado no Relatório da *Crystal Market Research*. Da mesma forma, o conceito de infertilidade adotado para mulheres acima de 35 anos pela ASRM é mais restritivo do que o da OMS, pois prevê apenas 6 meses

de tentativas de engravidar, conforme descrito na página 3 do “Guia de Infertilidade” elaborado pela ASRM, para a obtenção do diagnóstico de infertilidade, em vez dos 12 meses adotados pela OMS. E essa definição é usada, por exemplo, nos relatórios de mercado da indústria e por alguns serviços privados de Reprodução Assistida no Brasil (ASRM, 2017).

Percebe-se, assim, que os atores que participam com a OMS dessas definições, não são isentos de interesses próprios, muitas vezes conflitantes com uma visão mais técnica e imparcial. Ademais, tais definições não são necessariamente baseadas em evidências científicas e são essas definições que embasam os tratamentos e orientações, que são dados nos serviços de saúde para as mulheres e casais em busca de informações acerca de sua capacidade reprodutiva.

A Biomedicalização dos Corpos

Para além dessa reflexão e análise da infertilidade como doença (que a CID nos auxilia a fazer), e dos conflitos de interesse acerca dessas questões, há outra reflexão interessante sobre a infertilidade em um paradigma da saúde. Pode-se argumentar que há uma transformação, nas últimas décadas, da ideia de saúde como a ausência de doença para a saúde como uma meta em si. Busca-se a saúde, promove-se uma noção de estilo de vida saudável, ela se torna uma obrigação moral do indivíduo (Clarke et al., 2003). A saúde como meta é inatingível e se torna algo a ser perseguido pelas pessoas, ela deixa de ser apenas a recuperação de uma condição patológica que “atingiu” o indivíduo.

Essa reflexão pode ser desdobrada para o campo da infertilidade, pois associada a essa noção de promoção da saúde, há também uma ideia de transformação dos corpos visando ao “pleno uso de suas capacidades” (Clarke et al., 2003). Esse fenômeno pode ser denominado de biomedicalização e é definido da seguinte maneira:

“descreve os processos de medicalização, cada vez mais complexos, multidirecionais, tanto prolongados como restituídos pelas novas formas sociais de uma biomedicina altamente tecno-científica” (Clarke et al., 2003, p. 161)

Segundo as autoras, esse fenômeno ocorre no Ocidente, em especial nos EUA. Para elas, há cinco processos-chave para a biomedicalização e que a diferenciam do conceito de medicalização – e que para elas implica a expansão da jurisdição médica. Os cinco processos-chave identificados por elas são:

“.. a constituição político-econômica de um complexo Bio-médico; a biomedicina enquanto uma Ciência focada nas noções de saúde, de risco e de vigilância; as inovações tecnológicas da Biomedicina; a transformação da produção, do consumo e do conhecimento na área da Biomedicina; e a transformação de corpos e identidades” (Clarke et al., 2003, p. 166).

O primeiro processo trata das características contemporâneas da indústria da saúde, que envolve as seguradoras, a indústria farmacêutica e o gasto geral da economia e da população com saúde (Clarke et al., 2003).

O segundo processo aborda uma perspectiva mais social, e trata da noção de saúde que passa a imperar. A saúde passa a ser uma obrigação moral, as pessoas devem buscá-la, cultivá-la, isso se torna quase um dever moral. Entre diversas características envolvidas nesse processo está a criação de categorias de risco. A saúde deve ser vigiada e para isso são criados perfis de risco para determinadas doenças, dessa forma as pessoas passam a ser enquadradas ou como doentes ou “em risco” para determinadas doenças. Dentro dessa perspectiva de vigiar e cultivar a saúde, por exemplo, é que são solicitados os “exames de rotina” para muitas mulheres (Clarke et al., 2003).

Em contraposição a essa lógica, em São Paulo, foi fundado o Coletivo de Saúde Feminista Sexualidade e Saúde, uma organização não governamental, que desenvolve, desde 1981, um trabalho com especial foco na atenção primária em saúde das mulheres, com uma perspectiva feminista e humanizada. Ademais, o Coletivo pauta sua atuação em evidências científicas, ou seja, sua prática clínica é respaldada pela Ciência. Para apoiar a prática realizada por esse Coletivo, uma de suas integrantes, a médica Luiza Magalhães Cadioli, formulou o quadro a seguir que

demonstra a lista de pedidos de exames médicos habitualmente feitos às mulheres e, na sequência, aqueles que o Coletivo entende serem realmente necessários. Esses quadros exemplificam o segundo processo abordado por Clarke (2003) dos “exames de rotina” que são solicitados às mulheres.

Quadro 1. Lista de Exames de Rotina para Mulheres

Exames desnecessários, que são habitualmente solicitados por ginecologistas para mulheres jovens assintomáticas⁶

colpocitologia oncótica anual
 ultrassonografia transvaginal
 ultrassonografia das mamas
 ultrassonografia de tireoide
 colposcopia e vulvoscopia com biópsia
 TGO, TGP
 vitamina D
 hemograma completo
 glicemia de jejum, colesterol total e frações
 ferritina
 sorologias

Fonte: Quadro técnico elaborado pela médica Luiza Magalhães Cadioli.

Quadro 2. Lista de Exames Necessários para Mulheres

Exames que deveriam ser pedidos para mulheres assintomáticas até os 40 anos sem fatores de risco específicos

sorologias se sexualmente ativa
 colpocitologia oncótica a cada 3 anos (após dois exames, de 2 anos consecutivos, normais)⁷

Fonte: Quadro técnico elaborado pelas médicas Luiza Magalhães Cadioli e Nathalia Cardoso.

6 Disponível em https://www.choosingwisely.org/clinician-lists/#parentSociety=American_College_of_Obstetricians_and_Gynecologists&topic-area=Gynecology

7 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/topic_search_results?topic_status=P&grades%5B%5D=A&age_group%5B%5D=10&gender%5B%5D=13&searchterm=

O terceiro processo – as inovações tecno-científicas da Biomedicina – discorre sobre como a computação, a análise de dados, o desenvolvimento da genética e do design de medicação, além da distribuição de tecnologia médica avançaram, e sobre como eles são empregados especificamente na Biomedicina (Clarke et al., 2003).

O quarto processo – a transformação da produção, do consumo e do conhecimento na área da Biomedicina – se refere à proliferação de informações sobre saúde e doença na mídia, ao ponto de isso já fazer parte da cultura de massas. Esse processo inclui a perspectiva de propaganda de medicação e de doenças, feita pela indústria farmacêutica - DTC (*Direct to Consumer*).

O quinto e último processo identificado pelas autoras é a transformação de corpos e identidades. Segundo as autoras, ocorre uma mudança de uma perspectiva de controle sobre os corpos (na medicalização) para uma perspectiva de transformação dos corpos (biomedicalização). O corpo deixa de ser percebido como estático e passa a poder ser “customizado” pela Biomedicina. As identidades são atreladas às possibilidades trazidas pela tecnociência, a infertilidade é, inclusive, mencionada pelas autoras, na medida em que casais homoafetivos buscam e podem obter uma identidade de “mãe” e/ou “pai” por meio da biotecnologia (Clarke et al., 2003).

A infertilidade se insere dentro desta lógica por meio da ideia de que a capacidade para gerar a ‘vida’ representa uma potencialidade dos corpos – fortemente associada ao corpo feminino – a qual pode e deve ser preservada/garantida por intermédio da manipulação do corpo. Dessa forma a incidência da biotecnologia, por meio das técnicas de congelamento de óvulos⁸, é apresentada como uma forma de preservar a saúde – entendida nessa forma ampla como potencialidade do corpo – a ser consumida por mulheres que se enquadram em um “grupo de risco para a infertilidade”.

O enquadramento dos indivíduos em grupos de risco é também uma faceta da obrigação moral de resguardar a saúde e da autovigilância

8 Congelamento de óvulos é usado, conforme termo corrente na linguagem, para designar o procedimento de congelamento de gametas femininos.

constante promovida para esse fim (Clarke et al., 2003). A ideia de grupos de risco significa enquadrar pessoas em condições pré-patológicas, elas não estão doentes, mas apresentam riscos específicos de se tornarem doentes. Propõem-se ações para que elas evitem a doença. Isso pode ser visto, por exemplo, com doenças crônicas, são os quadros pré-diabéticos, colesterol alto etc. (Moynihan et al., 2005).

Conforme nos explica a médica Natália Cardoso⁹: "no caso específico da saúde das pessoas com útero, o exame de captura híbrida para avaliar a presença do vírus HPV é um exemplo de uma prática comum que transforma, pelo discurso médico, um fator de risco em doença. Isso se dá, pois, a presença do HPV é um fator de risco para lesões do colo uterino que, numa pequena parcela das mulheres (e após longo período) podem progredir e se transformar em câncer de colo uterino. No entanto, para o HPV não há tratamento específico e, para o rastreamento do câncer, a colpocitologia oncótica, quando realizada na periodicidade correta, já cumpre essa função, conforme, inclusive recomendação do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2016). O que acontece, então, é que cada vez mais mulheres são submetidas a esse exame, recebem o diagnóstico da presença de vírus e acabam por sofrer os impactos psicológicos do diagnóstico quando, na verdade, a presença do vírus não é uma doença e, mais do que isso, não possui tratamento específico."

No caso da infertilidade, as mulheres acima de 30/35 anos estão sendo enquadradas como um grupo de risco para a infertilidade. A partir daí, a Biomedicina propõe ações que elas podem/devem tomar para se resguardarem da futura condição de inférteis; entre essas ações está o congelamento de seus óvulos. Mas quais as evidências científicas que respaldam esse enquadramento etário para a infertilidade? E quais as taxas de sucesso acerca do congelamento de óvulos e de outras tecnologias reprodutivas?

9 Natália Cardoso, médica da família e comunidade, atua no Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e em uma UBS da zona Oeste de São Paulo.

O Mito dos 35 anos e as Evidências acerca dos Tratamentos Reprodutivos

Mas será mesmo que os 35 anos são um marco incontestável da redução da fertilidade?

Esse marco dos 35 anos não é baseado em evidências, cada corpo envelhece de uma forma e em um ritmo. É difícil precisar uma idade e padronizá-la. Por exemplo, se observarmos as taxas de fecundidade das mulheres na década de 1970 em alguns países da África ou, por exemplo, o Afeganistão¹⁰, a taxa de fecundidade das mulheres não varia muito dos 30 aos 39 anos. Dos 40 aos 45 diminui, mas menos de 50%. E mais, elas continuam tendo filhos até os 49 anos. É evidente que a taxa de fecundidade nessa faixa etária, que vai dos 45 aos 49 anos diminuiu, mas ela ainda é significativa. Lembrando que as mulheres tinham mais filhos nessa época.

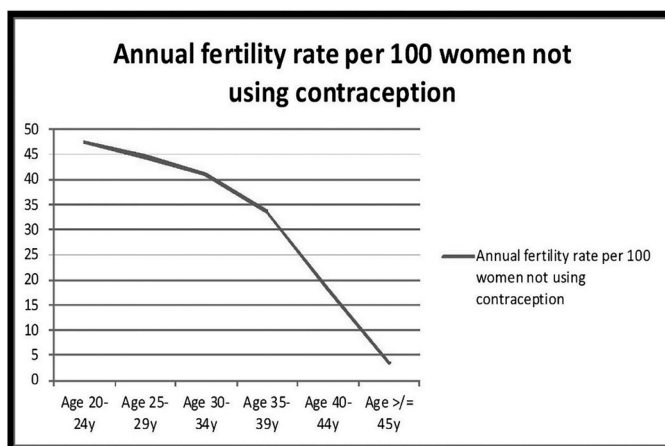
Ainda sobre essa questão da idade, conforme explica¹¹ a médica Nathália Cardoso¹²: “A origem dos 35 anos está associada ao desejo inicial de aconselhar as mulheres claramente sobre suas opções em relação ao teste de aneuploidia (que é um número anormal de cromossomos no feto), mas depois ela começou a ser usada como um reflexo do risco de mudança de problemas reprodutivos. Há muitos anos, a idade de 35 anos tem sido considerada, nos consultórios médicos, nas rodas entre amigas, nas redes sociais e no senso comum, a idade limite para que uma mulher tenha boas chances de gestar naturalmente, mas pouco se discute sobre a origem desse dado.”

10 Disponível em <https://population.un.org/dataportal/data/indicators/17/locations/4>.

11 Em depoimento dado às autoras em 16 de julho de 2022.

12 Nathália Cardoso, médica da família e comunidade, atua no Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e em uma UBS da zona Oeste de São Paulo.

Figura 1. Gráfico do efeito da idade materna na taxa média de gravidez baseado em dados dos séculos XVII e XX (Título em português: Taxa de Fertilidade anual por 100 mulheres sem o uso de contraceptivos).



Fonte: Heffner, 2014, baseado em Menken et al. 1986.

Existe inclusive um gráfico¹³ (Figura 1) que, ainda conforme a Nathália Cardoso: “costuma ser muito difundido e mostra uma queda abrupta da fertilidade aos 35 anos, mas ao procurar a origem desse gráfico, vemos que ele foi elaborado utilizando dados de populações entre os séculos XVII e XX, ou seja, muitas mulheres têm sido informadas sobre quando engravidar com base em estatísticas frágeis e muito antigas, que não levam em conta uma série de fatores que vão desde a mudança de desejo reprodutivo das populações até a chegada de novas tecnologias, como a contracepção. Não estou negando que ocorra de fato uma queda na fecundidade, o que eu estou problematizando é que ela não parece ser tão abrupta como colocado. Não funciona assim: se você tem menos de 35 anos, tudo bem; se você tem 35 anos ou mais, você tem uma série de problemas.

Com relação à literatura médica especializada sobre esse tema é

13 Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg156/resources/fertility-problems-assessment-and-treatment-pdf-35109634660549&sa=D&source=docs&ust=1674519870216005&usg=AOvVaw1dpZ76yzhG-9NU2FQicU-4m>.

muito difícil encontrar consenso, tem muitas informações controversas e estudos baseados em evidências frágeis. Mas alguns estudos recentes, com populações de mulheres nascidas no século XX, parecem trazer dados mais interessantes e aplicáveis a nossa atual realidade. O que eles têm mostrado é que as mulheres, entre 35 e 40 anos, têm uma taxa de fecundidade menor, portanto, elas demoram mais para gestar. Após 12 meses de tentativa houve insucesso na concepção para 18% dos casais, cujas mulheres tinham entre 35 e 40 anos, portanto, pelas classificações hoje utilizadas, esses casais haviam sido considerados inférteis. Entretanto, ao observar esses mesmos casais após mais 12 meses (ou seja, 24 meses no total), de 43 a 51% deles conseguiram ter uma gestação. Essa variação de 43 para 52 tem a ver com a idade do homem ser maior ou menor que 40 anos. E aí também já fica um novo dado. Não se fala muito sobre o impacto da idade do homem, mas ele existe (Bolumar et al., 1996).

Outros dados mostram que, em comparação com mulheres de 20 a 24 anos, as de 35 a 40 anos tiveram uma queda de 23% na taxa de fecundidade. E esse número pode ser ainda menor se há, nessas mulheres, fatores de mudança externos que compensam essa redução da fertilidade natural pela idade, diminuindo essa queda, como: cessação de tabagismo, atividade física regular, habilidade com percepção de fertilidade, coito programado (Bolumar et al., 1996).

Com relação aos tratamentos propostos para essas mulheres consideradas inférteis ou ainda em risco para a infertilidade temos como principais a fertilização *in vitro* (FIV) e o congelamento de óvulos, respectivamente, sendo que as evidências acerca desses procedimentos demandam análises mais rigorosas. No caso da FIV, procedimento que já vem sendo usado há décadas, há evidências de sua efetividade para certas situações de infertilidade. No entanto, há situações para as quais a FIV não funciona. Dentre estas merece destaque a indicação de FIV para infertilidade sem causa aparente (ISCA). Isso porque, conforme revisão sistemática intitulada "*In vitro fertilisation for unexplained subfertility*", que aborda as evidências de sucesso das TRAs, presente na biblioteca virtual Cochrane, não há evidência clínica consistente que embase a indicação de FIV nesses casos. Ainda assim, as clínicas de reprodução assistida indicam o tratamento nesses casos (Bellamy, 2021).

Com relação ao congelamento de óvulos, as evidências disponíveis (Bellamy, 2021) mostram que o congelamento é viável, por meio do desenvolvimento recente da técnica de vitrificação (diferente da técnica adotada para o congelamento de espermatozoides, disponível há mais tempo, pois os óvulos possuem grande percentual de água em sua composição o que dificulta o seu congelamento de forma adequada). No entanto, as evidências se limitam a essa análise, e não são robustas o suficiente para permitirem afirmar estatisticamente as possibilidades de que esse óvulo após o período de congelamento (que pode variar muito, a depender do desejo da mulher ou do casal que realizou o congelamento) vai ser fecundado com sucesso e vai se transformar em um “bebê em casa”.

Taxas de Sucesso

As clínicas de reprodução assistida, responsáveis pela venda e aplicação das TRAs, apresentam em seus *websites* o que denominam de taxa de sucesso dos tratamentos de fertilização *in vitro*. As taxas apresentadas giram em torno de 40 a 50% e são apresentadas como taxas de sucesso da FIV (Bellamy, 2021). Passa-se assim a impressão de que as mulheres que fazem o tratamento possuem chances de 40% de terem um bebê. Ou, ainda, que 40% das mulheres que fazem tratamento na clínica engravidam. No entanto, não é isso que esse percentual representa. Ele não é orientado por paciente. Na realidade ele representa o número de gravidezes dividido por óvulo retirado por ciclo. Não possui relação nem com a quantidade de bebês nascidos-vivos nem com a quantidade de mulheres atendidas no serviço médico. Não há uma avaliação mais crítica do poder público a respeito da taxa de sucesso apresentada pelas clínicas de Reprodução Assistida e nem da respectiva compreensão dessas taxas pelas mulheres usuárias dos serviços, sendo que essas taxas são as evidências apresentadas pelas clínicas da efetividade dos procedimentos.

É possível prever a infertilidade?

A médica, Luiza Magalhães Cadioli¹⁴, que atende pacientes que apresentam essas preocupações, discorre sobre a capacidade que a medicina tem de prever a infertilidade, ou melhor, a incapacidade¹⁵, baseada ainda nas evidências apontadas por Steiner (2017): “Nessa ânsia de prevenção, profissionais começaram a solicitar exames inadequados para prever a taxa de fertilidade das mulheres e propor intervenções precoces que pudessem resolver esse problema em potencial. É o caso do exame anti-mulleriano, que não é um exame adequado para prever essa fertilidade em mulheres previamente saudáveis e ajudar na escolha de decidir ou não engravidar ou congelar. Um resultado baixo não significa que a pessoa é necessariamente infértil ou que quando ela tentar engravidar, daqui a 5 anos, não vai conseguir. Da mesma forma, se ele vier normal, não significa que a gestação é garantida. É um exame com muita chance de falso positivo, preocupações desnecessárias e risco de medicalização, ou seja, não é um exame específico para diagnóstico de infertilidade ou de uma dificuldade futura. É um exame para ser solicitado em mulheres que já optaram por realizar FIV e avaliar qual será a resposta esperada do corpo ao estímulo hormonal.”

Sobre esse tema, a Dra. Luiza Cadioli, elaborou os quadros técnicos a seguir para nortear a atuação do Coletivo de Saúde Feminista Sexualidade e Saúde no atendimento a mulheres e casais que trazem questionamentos sobre a sua fertilidade.

14 Dra Luiza Magalhães Cadioli, médica da família e comunidade, atua no Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e em uma UBS da zona Oeste de São Paulo.

15 Em depoimento dado às autoras em 16 de julho de 2022.

Quadro 3. Hormônio anti-mulleriano

O hormônio anti-mulleriano

O hormônio anti-mulleriano é produzido pelas células granulosas dos folículos ovarianos primários — aqueles que ainda não foram recrutados para o desenvolvimento que precede a ovulação —, bem como pelos pequenos folículos antrais (com até 7 mm de diâmetro).

Seus níveis caem gradualmente na medida em que os folículos ovarianos diminuem com a idade.

Seus níveis parecem ser um indicador precoce e confiável do declínio da função ovariana. (DEWAILLY et al., 2014).

Fonte: Quadro técnico elaborado por Luiza Magalhães Cadioli.

Quadro 4. Indicação para realização do exame

Indicações de solicitar o hormônio anti-mulleriano

Em pacientes que planejam fertilização in vitro, o nível de AMH se correlaciona com o número de oócitos recuperados após a estimulação e é o melhor biomarcador para prever a resposta ovariana deficiente e excessiva.

No entanto, os níveis de AMH em mulheres sem infertilidade não se correlacionam com o potencial de fertilidade futura ou o tempo até a gravidez e não devem ser usados para prever o status reprodutivo ou o início da menopausa. (Steiner et al. 2017)

Fonte: Quadro técnico elaborado por Luiza Magalhães Cadioli.

E quem regulamenta esse mercado e o uso dessas tecnologias?

Foram apresentados anteriormente, os atores internacionais responsáveis pela elaboração das definições da infertilidade como patologia, que são os mesmos atores responsáveis pela regulamentação de práticas/procedimentos e tratamentos para a “doença” no âmbito internacional. Tais definições e regulamentações influenciam significativamente a percepção sobre a infertilidade e a adoção das TRAs no Brasil. No entanto, há especificidades na regulamentação local. E há, também, conforme veremos, lacunas regulatórias quando se trata de analisar a efetividade e a aplicação das tecnologias reprodutivas nos corpos das mulheres.

Assim como no âmbito internacional, no cenário nacional, as principais entidades responsáveis por regulamentar o tema são entidades médicas de classe, sendo a mais relevante o Conselho Federal de Medicina - CFM.

A Resolução CFM nº 1.998 de 2012 (CFM, 2012) é responsável pelo Regimento Interno do Conselho. Nesse Regimento está determinada a condição de personalidade jurídica de direito público para o CFM. O Art. 10 explicita as competências do órgão, e merece destaque o inciso XX, que discorre sobre *a competência para expedir resoluções normatizadoras ou fiscalizadoras do exercício profissional dos médicos e pessoas jurídicas, cuja atividade básica seja a Medicina.*

É graças a esse arcabouço institucional que o CFM emite resoluções publicadas em Diário Oficial, que regulamentam as práticas médicas em diversas áreas, inclusive na temática da Reprodução Assistida. Já na introdução da Resolução 2.168 de 2017 (CFM, 2017), em seu primeiro “considerando”, surge explicitamente a afirmação da infertilidade como problema de saúde, demonstrando a relevância da definição da patologia e a necessidade de reafirmar esse posicionamento para embasar a atuação médico-regulatória nesse campo.

Na sessão de Princípios Gerais da mesma norma, chama atenção o princípio três:

“3. As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para o(a) paciente ou o possível descendente.”

Os conceitos de taxa de sucesso e risco grave de saúde são discricionários e não são definidos nesta Resolução e nem pelo CFM. Outro princípio da Resolução que se destaca é o segundo:

“2. As técnicas de RA podem ser utilizadas na preservação social e/ou oncológica de gametas, embriões e tecidos germinativos.”

Entende-se que este é o princípio que autoriza o uso da criopreservação de ovócitos como método de postergação da maternidade, sendo que a postergação da maternidade é também mencionada em um dos “considerandos” da resolução.

Não há no país legislação específica que regule este tema, o que traz ainda mais relevância para a normativa estabelecida pelo CFM. O Estado brasileiro possui apenas programas de incentivo à Reprodução Humana, a política do Governo Federal foi estabelecida pela Portaria nº 426/GM de 22 de março de 2005 (Ministério da Saúde, 2005), que contém em seu inciso IV, no seu Art. 2º, a determinação para o SUS: fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica na área da reprodução humana assistida no Brasil.

No entanto, esse inciso, assim como outros da Portaria, não está devidamente implementado. A política foi criada sem financiamento garantido pelo SUS, as TRAs não estão incluídas no rol de procedimentos financiados pelo SUS. O financiamento dos poucos centros públicos de saúde, que ofertam alguns serviços de Reprodução Assistida, ocorre de maneira esporádica, como por exemplo, por meio da Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012 (Ministério da Saúde, 2012), ou ainda algum tipo de financiamento estadual ou municipal.

Além dessa Política de âmbito Federal, o Estado de São Paulo, por meio da Lei nº 16.885, de 21 de dezembro de 2018 instituiu o Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana (São Paulo, 2018). No entanto, assim como a política nacional, essa lei não está sendo aplicada na sua integralidade. Trata-se de uma lei que define apenas diretrizes gerais para o atendimento da população interessada em acessar tratamentos de infertilidade.

Papel da ANVISA

O principal ente público regulamentador dos serviços de reprodução assistida no Brasil, é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. No entanto, a atuação da Agência se restringe a parâmetros sanitários. O seu escopo de atuação está definido tanto na Constituição Federal, Art. 200: "Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador"(Ministério da Saúde, 1988), quanto na Lei 9.782 de 26 de janeiro de 1999 (Ministério da Saúde, 1999). Esta Lei determina o caráter de autarquia sob regime especial, vinculada ao Mi-

nistério da Saúde, e define o rol de competências da Agência em seu Art. 7º. As competências definidas para a ANVISA são extensas, no entanto, se restringem a temas de caráter sanitário.

Além desse arcabouço legal, há o regimento interno da ANVISA, que também disciplina o âmbito de sua atuação, a última versão, de 2018, é a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 255 (Ministério da Saúde, 2018).

Por meio da análise desses instrumentos jurídicos entendemos o papel institucional da Agência e o seu caráter de atuação, que é restrito às questões sanitárias. De acordo com tais normativas, cabe à Agência avaliar as condições laboratoriais de manuseio de tecido humano nos Bancos de Células e Tecidos Germinativos – BCTGs – os quais fazem parte da cadeia dos serviços de Reprodução Assistida. A ANVISA também é responsável por coletar alguns dados das clínicas, sendo que essa coleta depende em grande parte de um papel ativo dos BCTGs de envio de informações, nem todos realizam esse envio, e a Agência possui pouca capacidade de fiscalização sobre isso. Dentre os dados enviados destaca-se a quantidade de embriões que são congelados anualmente. Tais dados são apresentados anualmente em um relatório, o 12º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões referente a 2018, mostra um total de 88.776 embriões congelados no país. Isso representa um aumento de 13% em relação ao ano anterior (ANVISA, 2019).

A Agência não coleta informações sobre o total de gametas femininos congelados no país, portanto, não há registro sobre isso no Brasil. A ANVISA também avalia a qualidade dos serviços e os níveis de efetividade, no entanto, a qualidade avaliada por ela diz respeito à existência dos equipamentos adequados nos laboratórios, ao manuseio apropriado desses equipamentos e a outras condições de adequação sanitária. Para tanto, são elaboradas RDCs. A RDC nº 23 de 27 de maio de 2011 traz em seu Capítulo VIII as regras que definem os quesitos de qualidade dos BCTGs (Ministério da Saúde, 2011). Mesmo a chamada avaliação de efetividade se restringe a contabilizar os ciclos¹⁶ realizados nas mulheres, a

16 Ciclos significa a quantidade de períodos em que a mulher toma a medicação hormonal estimulante da ovulação.

quantidade de oócitos retirados e a taxa de fecundação desses oócitos com espermatozoides. É especialmente relevante compreender-se o que isso representa, pois esse é o método primordial de avaliar a efetividade/taxa de sucesso dos serviços de reprodução assistida; aliás, são os dados comumente publicados nos websites das clínicas.

Destaca-se o fato de que não é avaliada a quantidade de bebês nascidos vivos de FIV, também não há uma avaliação da indicação clínica dos tratamentos ofertados pelas clínicas, nem dos efeitos colaterais advindos dos tratamentos. Ademais, é interessante observar alguns dos dados coletados pela ANVISA e publicados no 12º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões referente ao ano de 2018: foram realizados 20.170 ciclos, foram produzidos 183.152 oócitos e foram transferidos 28.392 embriões. Percebe-se por meio destes números a discrepância de 600% entre a quantidade de oócitos que foram estimulados a serem produzidos com medicação hormonal e a quantidade de fato utilizada (ANVISA, 2019).

O trabalho realizado pela ANVISA é de fundamental importância, mas, como se viu, ele abrange determinados aspectos técnicos e não há outra Agência ou ente público responsável por avaliar as outras variáveis e/ou regulamentar outros aspectos dos serviços de Reprodução Assistida.

A Política Pública acerca desse Tema: a Atuação do Estado

A classificação da infertilidade como doença impacta a organização dos sistemas de saúde, pois atua ainda como legitimadora de demandas por assistência médica que inclua os tratamentos desenvolvidos para a infertilidade, notadamente as técnicas de reprodução assistida. Entre tais técnicas destaca-se a fertilização *in vitro*. Essas demandas são expressas inclusive em ações judiciais contra o Estado (caso do Brasil, que possui um sistema de saúde público, gratuito e universal) e contra planos de saúde. Outra característica relevante das tecnologias de reprodução assistida de alta complexidade é o seu alto custo e a demanda crescente para que os países que possuem serviços de saúde públicos universais, como é o caso do Brasil, forneçam esses serviços de maneira gratuita (Correa e Loyola, 2015).

No Brasil, esses procedimentos não fazem parte da tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto, alguns serviços públicos oferecem procedimentos de fertilização *in vitro*. Em 2012, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012 (Ministério da Saúde, 2012), que destinou um montante de R\$ 11,5 milhões de reais para nove serviços públicos de saúde que realizam procedimentos de reprodução assistida de alta complexidade. A oferta limitada desses procedimentos nos serviços públicos de saúde no Brasil dá margem à judicialização das demandas por acesso a esses procedimentos (Correa e Loyola, 2015).

Ao estabelecer a Política de Reprodução Humana o Estado se isentou das discussões acerca da conceituação da infertilidade como doença, da efetividade das tecnologias reprodutivas e dos reflexos desses tratamentos nos corpos das mulheres, criando para si uma demanda por tratamentos a serem financiados pelo SUS sem uma análise crítica baseada em evidências científicas.

Considerações finais

A partir das análises apresentadas foi possível identificar o caráter não-neutro da definição da infertilidade como doença, a nova perspectiva da fertilidade como potencial reprodutivo, a influência de atores do mercado na construção desses conceitos, assim como os impactos desses conceitos no mercado das tecnologias para reprodução assistida. Ademais, observou-se a fragilidade das evidências científicas nessa seara, tanto com relação aos procedimentos médicos quanto com relação à idade fértil das mulheres e a sua categorização em grupos de risco para a infertilidade a partir dos 35 anos.

Percebe-se, ainda, a frágil regulamentação existente nesse campo, tanto no cenário internacional como no cenário nacional e a atuação limitada do setor público nessa temática. O poder público está ausente das decisões sobre a adoção das TRAs e sobre a sua aplicação nos corpos das mulheres, da mesma forma que não intervém nas discussões conceituais acerca da condição patológica atribuída à infertilidade pelo campo biomédico. A regulamentação estatal se limita a questões sanitárias, por

meio da atuação da ANVISA, o que permite a autorregulamentação da classe médica e do mercado, os quais são permeados por contradições e conflitos de interesse.

A falta de evidências médicas e a falta de regulamentação, reforçada pela autorregulamentação da classe médica e os conflitos gerados por isso e pelos interesses dos atores responsáveis pelas definições em tese, técnicas, nessa temática, dificultam que as mulheres recebam informações isentas e fidedignas acerca dos riscos envolvidos nos procedimentos, na falta de garantias acerca de sua efetividade e na real necessidade da realização de procedimentos médicos na área da Medicina Reprodutiva.

Referências

Academy of Nutrition and Dietetics. Houston: International Federation of Fertility Societies [internet]. 2023 [acesso em 13 maio 2023]. Disponível em: <https://www.eatright.org/>.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR) - ANVISA. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. 1999.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR) - ANVISA. 12º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões: relatório técnico. Brasília (DF); 2019.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR) - ANVISA. 3º Relatório de Avaliação Sanitária Bancos de Células e Tecidos Germinativos - BCTG: relatório técnico. Brasília (DF); 2019.

American Society for Reproductive Medicine - ASRM. Asrm's mission, vision and values [internet]. 2019 [acesso em 10 jan 2022]. Disponível em: <https://www.asrm.org/about-us/vision-of-asrm/>

Infertility: An Overview A Guide for Patients, Revised 2017.

Bellamy MSG. A construção da infertilidade como doença: ciência, regulamentação e mercado [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2021.

Bolumar F, et al. Smoking reduces fecundity: A European multicenter study on infertility and subfecundity. *Am J Epidemiol.* 1996;143: 578-87.

Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

Brown Simon. ESHRE The First 21 Years, Belgium; 2005.

Clarke Adele E. et al. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review.* 2003; 68(2):161-194.

Conselho Federal de Medicina - CFM. Resolução CFM nº 2.168. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. 2017.

Resolução CFM nº 1.998. Aprova o regimento interno do Conselho Federal de Medicina; 2012.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012.

Correa MCDV, Loyola MA. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. *Physis* [internet]. 2015 [acesso em 01 out 2017]; 25(3):753-777. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01033312015000300753&lng=en&nrm=iso>

Dewailly D, Andersen CY, Balen A, Broekmans F, Dilaver N, Fanchin R, Griesinger G, Kelsey TW, La Marca A, Lambalk C, Mason H, Nelson SM, Visser JA, Wallace WH, Anderson RA The physiology and clinical utility of anti-Mullerian hormone in women. *Hum Reprod Update.* 2014;20(3):370. Epub; 2014.

European Society of Human Reproduction and Embryology - ESHRE [internet]. 2019 [acesso em 05 jan 2020]. Disponível em: <https://www.eshre.eu/Europe>

Ferring Pharmaceuticals [internet]. 2020 [acesso em 10 jul 2019]. Disponível em: <https://www.ferring.com/en/media/our-stories/paving-the-way-for-personalised-medicine-in-reproductive-health/>

Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries. Demographic and Health Surveys (DHS) Comparative reports [internet], No. 9 Authors: ORC Macro and the World Health Organization. [acesso em 10 jan 2023]. Disponível em <http://www.who.int/entity/reproductivehealth/publications/infertility/DHS_9/en/index.html>

International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies – ICMART [internet]. 2019 [acesso em 04 set 2019]. Disponível em: <http://www.icmartivf.org/>

Kukla R. Infertility, epistemic risk, and disease definitions. In: International Journal for Epistemology, Methodology and Philosophy of Science Synthese [internet]. 2017 [acesso em 13 fev 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11229-017-1405-0>.

Martin LJ. Anticipating Infertility: Egg Freezing, Genetic Preservation, and Risk. *Gender & Society*. 24(4):526-545; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 426, de 22 de março de 2005. Política Nacional de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida. Brasília (DF); 2005.

Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012. Ficam destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à reprodução humana assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides. Diário Oficial da União [internet]. 31 dez 2012 [acesso em 22 jan 2019]. Seção 1. Disponível em: <https://bit.ly/2ISuf9f>

Ministério da Saúde (BR). Resolução RDC nº 23 de 27 de maio de 2011. Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 mai. 2011.

Ministério da Saúde (BR). Portaria MS nº 497, de 09 de maio de 2016. Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Diário Oficial da União. 10 mai 2016.

Ministério da Saúde (BR). ANVISA. Resolução RDC nº 255 de 10 de dezembro de 2018. Aprova e promulga o Regimento Interno da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 10 dez. 2018.

Moynihan R, Cassels A. Selling sickness: how drug companies are turning us all into patients. Crows Nest: Allen and Unwin; 2005.

population.un.org [internet]. Houston: International Federation of Fertility Societies; 2023. [acesso em 13 maio 2023]. Disponível em: <https://population.un.org/dataportal/data/indicators/17/locations/4>

São Paulo. Estado. Lei 16.885 de 21 de dezembro de 2018. Institui o Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana e dá providências correlatas. 2018.

Steiner AZ, Pritchard D, Stanczyk FZ, Kesner JS, Meadows JW, Herring AH, Baird DD. Association Between Biomarkers of Ovarian Reserve and Infertility Among Older Women of Reproductive Age. JAMA. 2017;318(14):1367.

World Health Organization - WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. 2019 [acesso em 13 maio 2023]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

Zegers-Hochschild, F et al. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, Human reproduction (Oxford, England) [internet]. 2009 [acesso em 10 jan 2023]; 24(11):2683-7. DOI: 10.1093/humrep/dep343

Preparação para o parto para profissionais de saúde

Fabiana Santos Lucena¹

Apresentação

Há alguns anos tenho refletido sobre minha trajetória enquanto enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) e sobre como a preparação para o parto se dava nos locais onde trabalhei. Nos últimos anos, os profissionais da Atenção Básica vivem cada vez mais em um contexto de sobrecarga de trabalho, tendo que lidar com a falta de profissionais, e com um grande número de pessoas sob suas responsabilidades (Mendes et al., 2020).

Nesse contexto, cumprir todas as demandas e realizar um cuidado de forma integral e longitudinal é um grande desafio para quem está nos serviços da Atenção Básica. Somada a essa questão, há uma lacuna entre a formação dos profissionais de saúde e os princípios do SUS, interferindo em sua efetivação (Lucena et al., 2021). E é dentro desse contexto que tenho pensado e realizado a formação dos trabalhadores/trabalhadoras do SUS sobre a preparação para o parto.

A proposta desse capítulo se deu a partir da demanda de um material que pudesse apoiar os trabalhadores que realizam assistência pré-natal e assistência ao parto no Sistema Único de Saúde. O capítulo apresenta inicialmente a construção histórica de assistência ao parto, a organização da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal no SUS, o parto como evento fisiológico e o planejamento de processos educativos para preparação para o parto.

¹ Fabiana Santos Lucena (fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br). Enfermeira, mestre em Cuidados em Saúde pela EEUSP, Doutoranda em Saúde Pública pela FSP/USP, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde - SES/SP.

Importante destacar que utilizaremos em alguns momentos deste capítulo o substantivo “mulher”, mas as/os profissionais de saúde devem estar atentas/os e respeitar a identificação de gênero das pessoas gestantes, garantindo um atendimento acolhedor e respeitando o direito de todas as pessoas a um atendimento de qualidade e livre de qualquer tipo de discriminação.

Modelo de assistência ao parto - construção histórica e luta pela humanização do nascimento segundo Diniz (2005)

Antes da consolidação do modelo de assistência médica ao parto no século XX, no mundo ocidental, o modelo vigente era orientado a partir da concepção da Igreja Católica, que compreendia o sofrimento do parto como um desígnio divino, visto como um castigo pelo pecado original e por isso qualquer forma de alívio a esse sofrimento ou diminuição dos riscos relacionados ao parto era considerado ilegal.

Com o advento da obstetrícia médica, a mulher passa a ser compreendida como uma vítima de sua natureza e o cuidado médico é combater os perigos e salvar a mulher da dor do parto a partir de intervenções e instrumentos, como o fórceps, ainda utilizado atualmente, e muitos outros que não são mais utilizados. A partir dessa concepção, o parto fisiológico por si só é considerado um fenômeno violento e patogênico. É a partir dessa concepção que a obstetrícia masculina se coloca de forma superior ao cuidado feminino do partear.

Uma das “invenções” da obstetrícia médica, no início do século XX, foi o chamado “sono crepuscular” ou “*twilight sleep*”, onde as mulheres de classe média e alta do mundo industrializado davam à luz inconscientes, sob sedação total. As mulheres eram submetidas a injeção de morfina no início do trabalho de parto e em seguida eram medicadas com escopolamina, que é um amnésico. Com isso, a mulher sentia dor, mas não tinha lembrança consciente do que acontecia. Em geral, as mulheres submetidas a essa forma de assistência tinham seus partos induzidos com ocitócitos, o colo de seu útero dilatado instrumentalmente e o bebê era retirado com fórceps alto. A escopolamina é um alucinógeno e pode causar agitação intensa e por isso as mulheres passavam o trabalho de

parto amarradas, terminando o parto cheia de hematomas. Para não serem vistas nessa condição, os leitos eram cobertos como uma barraca. Após várias décadas esse modelo foi abandonado devido à alta morbimortalidade materna e perinatal.

Com a invenção de formas mais seguras de anestesia, o modelo de assistência ao parto foi se constituindo de forma intervencionista e, na metade do século XX, a hospitalização para o parto se consolidou, mesmo que não houvesse evidências de que fosse mais seguro que o parto domiciliar e as casas de parto. Apesar da resistência das parteiras, a assistência não médica passou a ser uma prática ilegal.

A partir da hospitalização do parto, as mulheres passaram a ser submetidas a uma “cascata de intervenções”, ou seja, o parto passa a ser vivenciado de forma consciente, com as mulheres imobilizadas, com as pernas levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido e assistido por pessoas desconhecidas. No Brasil esse é o modelo de assistência hegemônico, que pode ser prevenido por uma cesárea eletiva para as mulheres que podem ser atendidas no setor privado.

Ainda que esse modelo de assistência ao parto intervencionista tenha se constituído ao longo do século XX, houve também questionamento e resistência, em especial a partir da década de 1950, com destaque no papel do feminismo na luta pelos direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos. Temos como exemplo o movimento europeu pelo “parto sem dor”, o “parto natural” do movimento hippie e da contracultura nos EUA, a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres, também nos EUA.

Na década de 1980 teve início um movimento internacional discutindo a importância da qualidade da interação entre parturiente e as pessoas que prestam assistência, bem como a desincorporação de tecnologias danosas. Esse movimento possui diferentes nomes nos diversos países, e no Brasil, em geral, é chamado de “humanização do parto”.

Em 1979, com o Ano Internacional da Criança (ONU), a partir do Comitê Europeu, alguns grupos se organizaram para sistematizar estudos de eficácia e segurança na gravidez, parto e puerpério, apoiados pela OMS. A partir desse trabalho foi iniciada uma colaboração internacional, que desenvolveu um método de revisão sistemática, que pode ser consi-

derado o início do que conheceríamos como movimento pela medicina baseada em evidências. Esse foi um movimento importante para evidenciar as contradições existentes entre a efetividade e segurança e as práticas em saúde, além de trazer luz às questões econômicas e de poder na definição de políticas.

A partir da Medicina Baseada em Evidências, o corpo feminino que necessitava de intervenções por não ter um funcionamento adequado, é redescrito como um corpo capaz de dar à luz, na maioria das vezes sem intervenções.

No Brasil o movimento pela humanização do parto foi inspirado pela prática das parteiras tradicionais e indígenas na década de 1970. Já na década de 1980 foram criados diversos grupos ofertando cuidado humanizado à gestação e parto, propondo mudanças de práticas.

Um importante marco do movimento de humanização do parto foi a fundação da Rede de Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), que é formada por centenas de pessoas, entre profissionais de saúde e usuárias. Em seu documento de fundação foi realizada uma denúncia das práticas assistenciais ao parto, que transformaram um evento fisiológico em uma experiência de terror.

Apesar do termo “humanização do parto” ser amplamente utilizado e difundido, diversos são os seus sentidos. Não aprofundaremos essa questão, mas é importante apontar o que estamos dizendo ao citar esse termo. Podemos afirmar que um dos seus significados refere-se a busca por uma assistência que seja baseada em evidências. Nesse sentido, para compreender as práticas de assistência ao parto construídas ao longo da história, sem amparo científico, é necessário compreender que essas técnicas (imobilização, cortes desnecessários, desamparo, entre outros) foram construídas a partir das relações sociais, marcadas pela desigualdade de gênero, classe e raça.

O termo humanização do parto também é utilizado como uma reivindicação dos direitos das mulheres, onde estas reivindicam o poder de decisão sobre os procedimentos a serem realizados em sua assistência ao parto sem complicações. A utilização do termo parto humanizado também é uma forma de abrir o diálogo de forma menos acusatória do que falar em violência obstétrica, podendo facilitar o diálogo com os profissionais de saúde.

Outro sentido importante da humanização refere-se a sua legitimidade epidemiológica com um impacto na saúde da coletividade, ou seja, o cuidado pautado em evidências e direitos melhora os indicadores de saúde, resultando em menos agravos iatrogênicos maternos e perinatais.

Outros dois sentidos importantes referem-se à legitimidade profissional e financeira na assistência ao parto. O primeiro questiona o saber médico como exclusivo e superior, dando lugar ao cuidado realizado por enfermeiras obstétricas e obstetrizes na assistência ao parto de risco habitual. O segundo refere-se à relação custo-benefício, sendo possível gastar menos com procedimentos desnecessários e suas possíveis complicações, com melhores desfechos na saúde da mulher e recém-nascido.

Políticas públicas e a assistência ao parto no Brasil

A preocupação com a qualidade da assistência ao parto e puerpério tem sido demonstrada nacionalmente a partir das diversas políticas instituídas no Sistema Único de Saúde, estando entre elas: a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (1991); o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento de 2000; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher de 2004, o Programa Rede Cegonha instituído em 2011; as Diretrizes de Atenção Integral à Gestante: a operação Cesariana de 2015; a Diretriz Nacional de Assistência ao parto Normal de 2016; e o Projeto Apice on - Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia, de 2017.

Todos os esforços são de extrema importância para aprimorar a assistência obstétrica brasileira, que hoje é caracterizada pelo frequente emprego inapropriado de intervenções durante o processo de trabalho de parto, como uso indiscriminado de ocitocina, episiotomia de rotina, monitorização eletrônica fetal e excesso de cesáreas (Lobo et al., 2010). Atualmente o Brasil é conhecido mundialmente pelas altas taxas de cesáreas, que continuam aumentando de forma constante em todas as regiões do país, passando a ser a principal via de nascimento desde 2009.

As cesáreas, quando bem indicadas, contribuem para o aprimoramento dos indicadores materno-fetais. Porém, quando desnecessárias provocam um maior risco de: parto prematuro; mortalidade neonatal e

morbimortalidade materna; doenças imunológicas e metabólicas; alergia alimentar; sobrepeso e obesidade. Além desses riscos, a cesárea impacta negativamente na amamentação e suas altas taxas acarretam um maior custo para o Sistema Único de Saúde (Setti, 2019).

Atualmente muitas são as indicações desnecessárias para a realização de cesáreas. A professora Melania Amorim, professora da Universidade Federal de Campina Grande (PB), tem alguns artigos publicados sobre indicações reais e tem um blog chamado “ESTUDA MELANIA, ESTUDA” (estudamelaniaestuda, c2023). Nesse blog a pesquisadora se dedica a divulgar informações científicas ampliando o acesso para que as mulheres possam reivindicar uma assistência respeitosa e pautada na ciência. No blog tem uma lista de diversas indicações fictícias de cesárea. Algumas dessas indicações são bem conhecidas no imaginário popular como: falta de dilatação antes do trabalho de parto; bolsa rota; circular de cordão; diabetes mellitus. Entretanto, há diversas indicações fictícias absurdas da cultura cesarista: bacia estreita; baixa estatura materna; bebê pequeno demais; bebê não encaixado; entre muitas outras possibilidades.

Um estudo de abrangência nacional apontou que é possível reduzir cesáreas com recomendações favoráveis para o parto vaginal durante o pré-natal, como: indução do parto; uso de boas práticas durante o trabalho de parto (alimentação, liberdade de movimentos, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, presença de acompanhante, e monitorização do progresso do trabalho de parto usando o partograma) (Dias et al., 2016).

Em 2019 foi realizada a síntese de evidências “Reduzindo as taxas de cirurgia cesariana no Brasil”, onde foi demonstrada uma potencial redução de cesáreas a partir de programas de preparo para o parto normal e o incentivo ao exercício físico (Setti, 2019).

Quanto a assistência durante o trabalho de parto e parto, o Inquérito Nacional Nascer no Brasil, realizado entre 2011 e 2012, mostrou que apenas 25% das mulheres puderam se alimentar durante o trabalho de parto, apenas 44% puderam se movimentar, 27% receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor, e menos da metade (41%) das mulheres foram acompanhadas com o instrumento do “partograma” (Leal et al., 2014).

Estudos mais recentes demonstraram melhora nas boas práticas de

assistência ao parto, sendo que a presença de acompanhante durante o parto vaginal nos serviços públicos teve um aumento de 164% de 2011 a 2017. O estudo demonstrou, também, maior possibilidade de consumo de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto (47,6%), maior liberdade de deambulação (69,2%) e houve diminuição de episiotomia (de 47,3% em 2011/2012 para 27,7% em 2017) (Leal et al., 2019).

Ainda assim, o modelo de atenção obstétrica no Brasil, frequentemente, resulta em uma experiência negativa com o parto vaginal. Em outro estudo nacional de base hospitalar com mais de 15 mil mulheres, as que foram atendidas no serviço público relataram mais frequentemente insatisfação com o atendimento ao parto, incluindo sofrer violência obstétrica, maior tempo de espera para ser atendida, ser tratada com menos respeito, ter menos privacidade, menor clareza nas explicações, menor possibilidade de fazer perguntas e menor participação nas decisões durante o trabalho de parto e parto (D’Orsi et al., 2014).

Este modelo de atenção ao parto, no qual se intervém excessivamente, está em desacordo com as melhores evidências científicas que deveriam orientar as práticas obstétricas. A assistência ao parto no Brasil, frequentemente, está focada na decisão do médico sem respeito à fisiologia do parto, com um excessivo controle do tempo e imposição da dinâmica do trabalho de parto e parto (Leal et al., 2014).

Importante destacar a disparidade racial na assistência entre as mulheres, sendo as mulheres negras as que possuem maior risco de ter um pré-natal inadequado, as que terão consultas de pré-natal mais breves, que possuem o direito a ter acompanhante mais violado, além de serem as que mais sofrem violência obstétrica (Curi, 2020).

A assistência ao parto e as disparidades assistenciais a partir da raça/cor estão ancoradas em nossa construção social escravagista e colonialista. Não aprofundaremos essa temática nesse capítulo, e sugiro a leitura do capítulo 2 deste livro, que apresenta um importante arcabouço teórico e reflexivo que permite compreender como as desigualdades de gênero, raça e classe social foram forjadas em nosso país e como permeiam as práticas em saúde.

A literatura aponta que os cuidados apropriados à mulher durante o trabalho de parto e parto são fundamentais para o estabelecimento do

vínculo mãe/recém-nascido, e que experiências estressantes de parto estão associadas a menor sucesso na amamentação e retardo no início do processo de lactação (Salgado et al., 2013).

Apesar dos investimentos brasileiros, através de políticas públicas dirigidas à mudança da assistência ao parto, os resultados satisfatórios ainda são insuficientes e as taxas de morbimortalidade materna se mantêm altas e estagnadas, além do aumento constante das cesáreas e da prematuridade (Diniz et al., 2016). O Brasil apresentou uma redução das taxas de mortalidade materna e infantil, mas ainda sem atingir níveis desejáveis.

A razão da mortalidade materna, entre 2015-2017, ficou pouco abaixo das 60 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, sendo um valor muito acima do considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde (20 mortes por 100 mil nascidos vivos) (Ministério da Saúde, 2019). Durante a pandemia de covid-19, a razão da mortalidade materna aumentou 94%, chegando, segundo dados preliminares de 2021, a uma razão de 107,53 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (UNFPA, c2023). No ano de 2020, 459 gestantes e puérperas morreram de covid-19, contabilizando uma média semanal de 10,6 óbitos.

A taxa de mortalidade infantil também continua preocupante, tendo variado entre 12,39 a 13,43 mortes a cada 1000 nascidos vivos entre 2015 e 2017. Outras informações relacionadas à assistência à mulher, durante o ciclo gravídico-puerperal, entre 2015-2017, também trazem grande preocupação: 26,4% das mulheres não tiveram acesso ou o acesso foi inadequado, ou intermediário ao pré-natal; 55,7% dos nascimentos foram por cesariana; taxa de prematuridade superior a 10% dos nascimentos; cerca de 49 mil casos de sífilis materna, com 25.377 casos de sífilis congênita, dos quais 37,8% foram diagnosticados tardiamente – no momento do parto ou após o parto (Ministério da Saúde, 2019).

Esses dados demonstram que a assistência obstétrica brasileira ainda deve ser objeto de esforços para sua transformação e que também é necessário pensar estratégias integradas entre os diferentes serviços, ou seja, as mudanças assistenciais e organizacionais devem se dar a partir de toda a rede de atenção à saúde.

Rede de Atenção durante o ciclo gravídico-puerperal

Em 2010, o Ministério da Saúde instituiu as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, em 2011, da Rede Cegonha, como estratégia de organização e qualificação da atenção à saúde da mulher e da criança nas regiões de saúde (Ministério da Saúde, 2019).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) possuem o desafio de superar e enfrentar a fragmentação existente no Sistema Único de Saúde. Mendes (2019) aponta três elementos principais que constituem a RAS: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção em saúde. A população corresponde àquela que vive em um território singular, com vulnerabilidades e riscos sanitários específicos, estando cadastrada e vinculada a uma equipe de Atenção Primária à Saúde. A estrutura operacional envolve a Atenção Primária à Saúde (APS), a atenção especializada ambulatorial e hospitalar, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos, e o sistema de governança.

Nessa estrutura, a APS deve articular os fluxos de pessoas, produtos e informações da RAS, operando como um centro de comunicação entre todos os pontos de atenção. Por fim, os modelos de atenção podem ser entendidos como os sistemas lógicos que organizam o funcionamento da RAS, articulando as intervenções sanitárias entre os componentes da rede, a partir de uma concepção de saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde de um dado tempo histórico de uma determinada sociedade (Ministério da Saúde, 2019; Mendes, 2012).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, a partir do “Guia de Orientações em Saúde da Mulher na gestação, parto e puerpério” (Ministério da Saúde, 2019), propõe um esforço para que o cuidado às mulheres se dê de forma integrada. A Atenção Primária à Saúde é responsável pela identificação e acompanhamento precoce da gestação, devendo compartilhar esse cuidado com maternidades que realizam acompanhamento de alto risco em casos necessários. Segundo a orientação deste guia, também é a APS que é responsável por monitorar o período de parto e nascimento a partir de contato com familiares, ou a partir de contato direto com a maternidade de referência.

O Guia, citado acima, também orienta a elaboração de um plano de parto durante o pré-natal. O plano de parto é um documento escrito, de caráter legal, construído a partir da informação sobre os direitos assistenciais e considerando os valores e desejos pessoais. Ele é utilizado para pactuação da assistência recebida pelos profissionais durante o parto, sob condições normais. O plano de parto e nascimento é o eixo da relação clínica estabelecida entre a mulher grávida e os profissionais de saúde que a atenderão no momento do parto, e deve servir para orientar a atenção de saúde prestada ao longo de todo o processo (São Paulo, 2015; Suárez-Cortes et al., 2015).

Quanto ao acompanhamento durante o puerpério, apesar do Guia anunciar em seu título que haverá orientações relacionadas ao puerpério, há pouquíssimas informações e orientações relacionadas a esse período, estando relacionadas às consultas a serem realizadas após o nascimento do bebê, que devem acontecer na primeira semana após o nascimento e entre 30 (trinta) e 40 (quarenta) dias após o parto (Ministério da Saúde, 2019).

Apesar das poucas orientações no Guia, é importante destacar a importância do cuidado durante o puerpério e o quanto a qualidade de atenção na APS é fundamental para reduzir as taxas de mortalidade dessa população. A maioria dos óbitos maternos se concentra no puerpério imediato (1º ao 10º dia pós-parto), além do puerpério tardio e remoto (até o 45º dia) serem um período de morbidade significativa (Baratieri, 2018).

A Atenção Primária à Saúde, como ordenadora do cuidado, tem como responsabilidade a maior parte da resolução das intercorrências desse período. Porém, há evidências de que para melhorar a qualidade de assistência à mulher, esse nível de atenção necessita de adequações, como melhoria de estrutura física e material, gestão da assistência para um cuidado centrado na mulher, qualificação profissional e superação da atenção tecnicista e biologicista.

As mulheres demonstram insatisfação com esse modelo de atenção, e relatam a grande mudança de foco de atenção para a saúde do bebê após o nascimento, e para o papel de "mãe", negligenciando as demais necessidades de saúde da mulher (Baratieri, 2018). Além disso, a continuidade da assistência entre o pré-natal, o parto e o pós-parto é frag-

mentada, com uma comunicação precária entre as etapas da assistência, e sofrendo de uma descontinuidade do registro de dados de cada etapa.

Propomos abaixo um exercício que possibilita compreender melhor a assistência obstétrica brasileira predominante, bem como os movimentos por sua transformação.

Figura 1. Exercício 1 - Contexto de assistência ao parto no Brasil

Assistir o vídeo **“Nascer no Brasil: Parto, da violência obstétrica às boas práticas”**. Disponível em : <https://www.youtube.com/watch?v=Q9G5uyRKsyk>

Questões norteadoras:

Percepção das mulheres sobre a assistência ao parto
Práticas de assistência ao parto

Assistir os filmes - **“O renascimento do parto 1, 2 e 3”**
(Disponível pela plataforma Netflix)



Fonte: Elaborada pela autora.

O parto em sua dimensão singular - apropriação da experiência do parto

Além das questões políticas e sociais acerca da construção da assistência ao parto, é extremamente importante que as mulheres saibam o que vai acontecer em seus corpos durante o trabalho de parto. Como vimos, o parto passou a ser um evento que na grande maioria das vezes acontece no ambiente hospitalar, sendo cuidado por profissionais de saúde. Com isso, as mulheres foram apartadas dessa experiência, enquanto acontecimento da vida cotidiana.

Nesse contexto, os profissionais que acompanharão essas mulheres durante a gestação e parto possuem a responsabilidade de oferecer uma preparação para esse momento. Essa preparação inclui a discussão sobre a fisiologia do trabalho de parto e parto, com foco na experiência da mulher em suas diferentes fases.

A dor do parto

Primeiro é importante destacar que o parto é uma experiência dolorosa para a maior parte das mulheres. Fora do contexto do parto, a dor pode ser compreendida como um mecanismo de alerta de que algo não está bem e precisa ser cuidado. Quando relacionada ao parto, a dor pode variar a depender da cultura em que a mulher está inserida. Em algumas sociedades, a dor pode ser compreendida como um rito de passagem, como uma forma de vivenciar, sentir e nomear uma experiência. Nesse contexto há uma maior aceitação e tolerância. A dor é vivenciada na totalidade de seu processo e não como um fenômeno isolado (Russo, 2019).

Nesse sentido, não é possível dissociar a dor fisiológica sem levar em consideração a forma como a mulher é assistida durante esse processo. Nos países ocidentais há uma interpretação bastante negativa relacionada às dores do parto. Vivemos um excesso de medicalização das dores psíquicas e físicas, em grande medida influenciada pelo modelo médico hegemônico e pelo modelo de assistência ao parto (Russo, 2019). Em partos em que a mulher se sente respeitada e acolhida é possível que a percepção de dor dela seja minimizada.

Sinais de que o parto está próximo

Antes que o trabalho de parto inicie, o corpo da mulher pode dar alguns sinais de que o parto está próximo. Algumas mulheres podem ter o chamado “falso trabalho de parto”, conhecido também por contrações de Braxton Hicks ou contrações “de treinamento”, ou ainda como pródromos. Esse processo é caracterizado por contrações não ritmadas, com alguma intensidade de dor, mas que ainda não causam uma dilatação efetiva do colo do útero. Algumas mulheres procuram os serviços de saúde nesse momento por desconhecerem a fisiologia do parto e não terem certeza se estão em trabalho de parto (Leifer, 2013).

Outro sinal que o corpo pode dar de que o trabalho de parto se aproxima é a perda de tampão mucoso (que é uma secreção espessa que protege o interior do útero). Na medida em que o colo do útero tem algu-

ma dilatação, o tampão mucoso pode se desprender. Entretanto, esse é apenas um sinal de que se aproxima o trabalho de parto, podendo demorar dias ou semanas para que o parto ocorra (Leifer, 2013).

Também é possível que a mulher tenha o rompimento da bolsa (bolsa rota ou ruptura de membranas), que pode se dar fora do trabalho de parto, ou seja, antes que a mulher tenha contrações (Leifer, 2013). Nesse momento, é importante que a mulher procure um atendimento obstétrico para avaliação. A maior parte das mulheres entrarão em trabalho de parto em até 24 horas após o rompimento da bolsa, e as equipes de saúde podem seguir protocolos de profilaxia para infecção. Importante destacar que em nossa cultura cesarista, muitas mulheres são submetidas a cesáreas desnecessárias porque os obstetras não esperam o tempo necessário e seguro para que elas entrem em trabalho de parto após a rotura da bolsa.

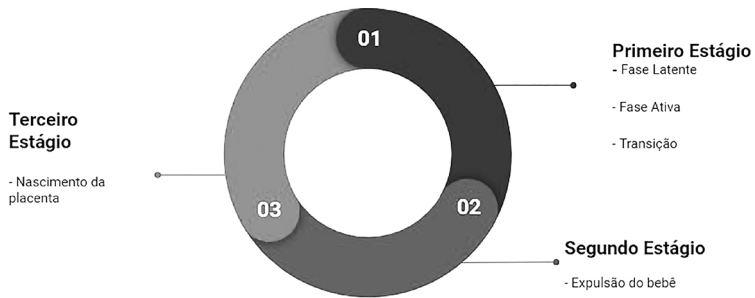
O trabalho de parto

O trabalho de parto e parto é uma experiência intensa na vida das mulheres. Nesse momento é muito importante que as pessoas ao seu redor validem os seus sentimentos e a encorajem para passar por esse processo. É comum relato de mulheres que se sentem desamparadas e sozinhas, impactando negativamente na experiência de parto.

Abaixo detalharemos a fisiologia do parto, valorizando os sentimentos que a mulher pode ter em cada fase. Saber o que esperar desse processo contribui para que mulheres e acompanhantes atravessem o trabalho de parto e parto com menos medo e com maior sentimento de segurança (Leifer, 2013).

O trabalho de parto pode ser dividido em três estágios, sendo eles:

Figura 2. Fases do trabalho de parto



Fonte: Elaborada pela autora.

O primeiro estágio do trabalho de parto é dividido em três fases distintas com características diferentes entre elas. O tempo de trabalho de parto varia entre as mulheres e pode ser mais longo quando é o primeiro trabalho de parto vivenciado (Leifer, 2013).

A seguir serão apresentadas as fases do trabalho de parto, com suas características, relacionando ao que a mulher pode estar sentindo e orientações de como a mulher pode lidar melhor em cada uma delas.

Figura 3. Primeiro Estágio - Fase Latente (Dilatação do colo do útero até 4 centímetros):**Características da fase latente:**

- Contrações regulares, mas não muito próximas nem muito longas, podendo ocorrer a cada 10 minutos e durar de 15 a 20 segundos
- Dúvidas se está em trabalho de parto
- As contrações não são um problema
- Dores lombares
- Intestino “solto”
- Mulher animada
- Nervoso de não saber como ocorrerá o processo
- Nervoso das pessoas que estão próximas (não saber lidar com a situação)

Como lidar com a fase latente:

- Continuar a fazer as atividades do dia a dia
- Descansar se possível
- Dar um passeio
- Caminhar
- Terminar de arrumar as coisas para a chegada do/a bebê
- Assistir a um filme

Figura 4. Primeiro estágio - Fase Ativa (Dilatação do colo do útero de 4 a 8 centímetros):

Características da fase ativa

- Contrações intensas e frequentes, com intervalos de 3 a 5 minutos e duração de 30 até 60 segundos
- O trabalho de parto fica intenso
- Contrações mais próximas
- Pânico
- Mulher não ri mais e muitas vezes diz que não vai conseguir, que quer cesárea ou anestesia (se disponível)

Como lidar com a fase ativa

- Presença de acompanhante
- Mudar de posição frequentemente
- Banho quente de chuveiro ou imersão
- Agachar
- Concentrar-se no relaxamento
- O que o acompanhante pode fazer:
 - Companhia; encorajá-la; elogiar; massagear a lombar durante as contrações; não fazer muitas perguntas
 - Saber o caminho e entrada da maternidade
 - Momento de ir para a maternidade
 - Levar travesseiros no carro
 - Dirigir com cuidado
 - Num evento raro de achar que o bebê vai nascer no carro é mais seguro parar o carro para o bebê nascer do que acelerar

Figura 5. Primeiro estágio - Fase de Transição (dilatação de 8 a 10 centímetros)

Características da fase de transição

- Período curto, nem sempre sendo possível distinguir da fase ativa;
- Fase mais dramática, quando algumas mulheres entram em pânico e dizem não querer mais um parto normal, ou que não irão conseguir, pedem cesárea e analgesia
- O que a mulher pode sentir:
 - contrações mais longas e intensas
 - transpiração da face,
 - intervalos de 1 a 2 minutos entre as contrações, durando até 90 segundos
 - ondas de calor
 - eliminação de gases
 - tremores
 - desinibição
 - perda de apetite
 - pressão no assoalho pélvico
 - vômito

Como lidar com a fase de transição

- Encorajar com palavras de confiança
- Lembrá-la que essa fase é curta
- Ficar sempre ao seu lado
- Oferecer água e lembrá-la de fazer xixi
- Encorajar a se movimentar
- Massagear a região lombar

Figura 6. Segundo Estágio - Período Expulsivo - Início após dilatação completa de 10 centímetros

Características do período expulsivo

- Pode demorar de minutos a horas
- Contrações mais suportáveis do que as contrações do período de transição
- Maior intervalo entre as contrações
- Necessidade de fazer força em mulheres não anestesiadas (em casos de anestesia é necessário a força dirigida)
- Mais energia
- “Círculo de fogo” - sensação de queimação na passagem do bebê

Como lidar com o expulsivo

- Encontrar uma posição mais confortável
- Testar posições variadas
- Vocalização
- Encorajar com palavras de confiança

Fonte: Elaboração da autora

Figura 7. Terceiro Estágio - O nascimento do bebê

- Começa com o nascimento do bebê e termina com a expulsão da placenta
- Geralmente dura menos que 1 hora
- A placenta se desprende da parede uterina e é expelida através do canal de parto
- Não há necessidade de grande força ou concentração
- Às vezes a mulher não sente sua saída
- Pode ser feita tração do cordão umbilical
- Há protocolos que recomendam aplicação de ocitocina intramuscular após a saída da placenta

Fonte: Elaboração da autora

Ainda hoje é preciso melhorar a assistência para que ao final do processo tenhamos mulher e bebê saudáveis. Entretanto, o direito é que todas as mulheres tenham acesso a uma assistência respeitosa e que ao final estejam saudáveis e satisfeitas com a assistência recebida.

No quadro abaixo deixamos a sugestão de um vídeo de um parto domiciliar planejado com o intuito de que possam ter contato com a intensidade de um parto fisiológico. A maior parte das pessoas desconhece essa vivência e tem acesso apenas ao que vemos em filmes e novelas, o que não corresponde à realidade. Hoje é possível encontrar inúmeros vídeos de parto disponíveis na Internet e a seleção deste se deu por ser possível identificar todas as fases do trabalho de parto, a partir do comportamento da mulher. Apesar de ser um parto domiciliar, espera-se que todas as mulheres possam ter acesso a um cuidado respeitoso como esse, independente do ambiente que o parto ocorra.

Figura 8. Exercício 2 - Compreendendo as fases do trabalho de parto a partir do vídeo “Nascimento de Lola”

Assistir “**Nascimento de Lola**” - Parto domiciliar. Disponível em <https://vimeo.com/135810869>

Questões norteadoras:

Tempo de trabalho de parto

Métodos não farmacológicos de alívio da dor

Papel da doula

Papel do acompanhante

Distinção entre as fases do trabalho de parto, a partir do comportamento da mulher

Percepção da dor nas diferentes fases do trabalho de parto, incluindo o pós-parto.



Fonte: Elaboração da autora

Planejando um processo educativo

Primeiro é importante refletir sobre a finalidade de um processo educativo. Quando iniciamos esse processo, queremos que ao final dele, conhecimentos tenham sido transformados. Na saúde, historicamente, foi constituído um modelo de educação, ainda hegemônico, autoritário, centrado no saber médico. Dentro dessa concepção, tanto o profissional médico como os demais profissionais de saúde são os detentores de conhecimentos, e cabe aos usuários seguir o que tiver sido “prescrito”. O medo e a morte são consequências do não cumprimento da prescrição (Bornstein e Stotz, 2009). Nessa perspectiva é comum os trabalhadores de saúde terem uma compreensão de que o trabalho de educação em saúde é ineficiente, já que os usuários muitas vezes têm dificuldade em aderir às orientações realizadas pelos profissionais (Lucena, 2013).

A partir de uma perspectiva crítica, a educação é compreendida como forma de mediar uma transformação entendendo que há um limite do conhecimento científico. O profissional de saúde é um agente social, capaz de propor e realizar mudanças, não sendo possível pensar a prepa-

ração de um processo educativo sem compreender o contexto das pessoas que participarão.

Figura 9. Pesquisa para preparação de um processo educativo

O que preciso saber sobre o contexto, onde vou planejar um processo educativo de preparação para o parto?

- Perfil socioeconômico das mulheres atendidas: Como se inserem no mercado de trabalho e quais são as suas condições de vida?
- Percepção da assistência recebida durante o acompanhamento do parto
- Taxa de cesárea das mulheres residentes no território
- Taxa de gestação na adolescência
- Presença de doulas
- Existência de outros grupos de apoio à gestante

Fonte: Elaboração da autora.

A Rede Cegonha preconiza que as mulheres devem ter uma maternidade de referência desde o pré-natal. Para realizar orientações de preparação para o parto, é importante que os profissionais da Atenção Básica conheçam como se dá a assistência ao parto desses estabelecimentos, para assim realizarem orientações a partir da realidade local. Muitas maternidades oferecem visitas guiadas às gestantes, mas nem sempre os profissionais de saúde comparecem a essas visitas para compreenderem como se dá a assistência e orientarem as gestantes a partir da realidade local (Brasil, 2011).

Abaixo temos um quadro com algumas questões importantes a saber sobre a maternidade de referência para o parto das mulheres acompanhadas.

Figura 10. Conhecendo a maternidade de referência

- 1- Qual a taxa de cesárea da instituição?
- 2- Possui um plano de parto institucional?
- 3- Aceita o plano de parto levado pela mulher?
- 4- Possui espaço com privacidade durante o período pré-parto?
- 5- Aceita acompanhantes (homens e mulheres) durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto?
- 6- Aceita a presença de doula - sem precisar fazer a escolha entre acompanhante e doula?
- 7- É possível se alimentar durante o trabalho de parto?
- 8- São realizados procedimentos de rotina? (soro com ocitocina, episiotomia, kristeller)
- 9- Tem disponibilidade de métodos não farmacológicos para alívio da dor? (chuveiro, banheira, bola de pilates, espaço para deambular, entre outros)
- 10- Possui analgesia disponível?
- 11- É possível escolher a posição que terá seu bebê?
- 12- Possibilita contato pele a pele na primeira hora de vida do bebê?
- 13- Tem poltrona disponível para o acompanhante? (pré-parto, parto e pós-parto)
- 14- Possui banheiro disponível para o/a acompanhante durante todo o período em que estiver presente?
- 15- Oferece alimentação para o/a acompanhante, durante todo o período em que estiver presente?

Fonte: Elaboração da autora.

Processo educativo de preparação para o parto

Em um processo educativo para a preparação para o parto temos o objetivo de transformar o conhecimento das/dos participantes sobre: rede de atenção à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal; trabalho de parto; organização da assistência à gestação, parto e puerpério; direi-

tos das mulheres na assistência ao parto; e, em especial, instrumentalizar a população para agir no controle das políticas relacionadas à assistência ao parto.

Tem sido crescente o interesse das pessoas pela forma como acontece a assistência ao parto. Muitas mulheres começam a procurar informações antes mesmo de iniciar uma gestação. Destacamos a importância da participação das mulheres e acompanhantes nesse processo educativo, porém, é importante pensar que o público-alvo dos processos educativos de preparação para o parto deve ser ampliado, não restringindo às mulheres gestantes e menos ainda às mulheres no último trimestre de gestação.

Muitos são os desafios relacionados à adesão da população em processos educativos. Podemos citar como estratégias possíveis: realização de cine-debate; sessão de fotos; oficina para ensinar massagem para alívio da dor durante o trabalho de parto; entre outros.

Importante destacar que o processo de preparação para o parto é complexo e não se dá em apenas um momento de encontro, mas deve acontecer de forma contínua. Aqui abordaremos alguns tópicos importantes que poderão ser adaptados a depender da realidade local. Esse processo pode acontecer com momentos individuais e/ou coletivos, com envolvimento de diferentes profissionais da equipe.

É importante destacar também o papel da mídia e das redes sociais como ferramenta de pesquisa sobre a saúde, sendo bastante comum que as pessoas pesquisem suas condições na Internet. Entretanto, com isso sempre há a possibilidade de as pessoas consumirem informações falsas ou não baseadas em evidências científicas. Com isso, separamos aqui um quadro com algumas indicações que possibilitam acesso a informações seguras, que podem ser oferecidas à população interessada no assunto, podendo ser disponibilizada também às mulheres no início do pré-natal.

Figura 11. Dicas de apoio virtual

Grupo do Facebook - Cesárea? Não, obrigada! - <https://pt-br.facebook.com/groups/cesareanao/>
Rehuna - <https://rehuna.org.br/>
Parto do Princípio - <https://www.partodoprincipio.com.br/>

Fonte: Elaboração da autora.

Caderneta da gestante como instrumento de educação em saúde

Em 2023 foi publicada pelo Ministério da Saúde uma atualização da caderneta de gestante. Ela é um instrumento tanto de acompanhamento pré-natal quanto de acesso a informações relacionadas à gestação, parto, puerpério e, também, sobre o direito das mulheres. Algumas informações presentes na caderneta são: direitos trabalhistas; direitos sociais; entrega em adoção; lei da vinculação para o parto; lei do acompanhante; cuidados durante a gravidez; alimentação saudável e ganho de peso; sinais de alerta; exames; preparação para o parto; puerpério; entre outras informações (Ministério da Saúde, 2023).

Proposta de processo educativo - Momento 1 e Momento 2

Muitos são os conhecimentos a serem transformados em um processo de preparação para o parto e, sendo assim, essa preparação não deve ser pensada para ser realizada apenas em grupos educativos, mas ao longo de todo cuidado às gestantes e, também, às pessoas que não estejam no ciclo gravídico-puerperal. Apresentaremos uma proposta com dois momentos em grupo, lembrando que ela não deve ser uma receita de bolo, mas uma inspiração, e que deve ser levado em consideração a realidade local e as possibilidades relacionadas à equipe de trabalho e a população local.

Importante destacar que tem sido cada vez mais comum o uso de dispositivos digitais para comunicação entre profissionais de saúde e usuárias e usuários dos serviços. A produção de material que possa ser enviado ou publicado através das redes sociais, também pode contribuir para o processo de transformação de conhecimentos acerca da assistência ao parto.

Momento 1

Em uma atividade em grupo de educação é importante um momento de apresentação. Tendo como tema central a preparação para o parto, propõe-se aqui que cada pessoa presente no grupo se apresente e conte alguma história sobre parto, podendo ser a história de seu nascimento, do nascimento de alguém da família ou alguma história que ouviu ou vivenciou. Essa é uma proposta de aproximação das histórias de parto ao cotidiano das pessoas, lembrando que após o parto ter sido institucionalizado, acontecendo majoritariamente nos hospitais, as histórias de nascimento ficaram cada vez mais distantes do cotidiano das pessoas.

Também é importante compreender o que as mulheres sabem sobre a maternidade de referência ao parto e quais são as expectativas das mulheres e famílias em relação ao parto e em relação à assistência que gostariam de receber. A partir disso é possível realizar uma análise crítica em relação à congruência entre a expectativa da população e a realidade dos serviços, além da mobilização da população para a necessidade de adequações e transformações da assistência.

Para uma preparação efetiva é importante que a equipe de saúde tenha clareza de como acontece a assistência ao parto, o que pode se dar a partir das visitas às maternidades abordando as questões da figura 10, mencionada neste capítulo.

Ainda nesse momento é importante abordar o contexto atual de assistência ao parto, o movimento de humanização do parto e o direito das mulheres e gestantes. Também é necessário compreender o processo educativo como um espaço político e de mobilização social. Nem sempre encontraremos na realidade as condições ideais de assistência ao parto.

A apropriação das mulheres, acerca dessa realidade, pode ser um instrumento de transformação, lembrando que a melhoria da assistência ao parto tem sido possível por pressão e reivindicação de mulheres, organizadas para uma assistência respeitosa e baseada em evidências¹.

Momento 2 - Como acontece o nascimento do bebê

Nesse segundo encontro é importante que se discuta a fisiologia do parto. Para isso é possível que se faça uma aula dialogada, apresentando a fisiologia do parto, sempre em interlocução com a experiência da mulher. Também é possível compreender como foi essa vivência a partir da experiência de mulheres que já tenham vivenciado esse processo. Sugerimos apresentar o vídeo “Nascimento de Lola” para exemplificar e discutir a vivência do trabalho de parto. Também é possível convidar outras mulheres que tenham tido seus bebês na maternidade de referência para trazerem os seus “relatos de parto”.

Ao final desse processo espera-se que os conhecimentos sobre a assistência ao parto, direitos das mulheres, e trabalho de parto tenham sido transformados e que as participantes tenham o olhar crítico sobre a realidade obstétrica brasileira e local. A partir de um processo educativo crítico sobre assistência ao parto é possível que tenhamos mais mulheres engajadas para a transformação na assistência ao parto, ainda necessária em nosso país.

Considerações finais

A assistência obstétrica brasileira é marcada por intervenções desnecessárias, sendo a cesárea a principal via de nascimento desde 2009. Diversas têm sido as iniciativas para a transformação dessa realidade, com resultados ainda bastante incipientes. Temos estabelecido no SUS uma Rede de Assistência à Saúde, que garante atendimento durante todo o ciclo gravídico-puerperal, nos diversos níveis de atenção, sendo ainda um desafio a integração de todo esse sistema. Os profissionais, que assis-

1 Sugerimos como instrumento de apoio didático para essa discussão o material audiovisual da figura 1.

tem à gestação, parto e puerpério, devem se responsabilizar pela preparação para o parto e pela instrumentalização da população para agir no controle das políticas públicas como agente de transformação da realidade obstétrica brasileira.

Referências

Baratieri T, Natal S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde colet.* 2018; 24 (11): 4227-4238.

Bornstein VJ, Stotz EM. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos Agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciênc. saúde Colet.* 2008; 13(1): 259-268.

Brasil. Portaria n.º 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha, 2011.

Curi PL, Ribeiro MTA, Marra CB. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. *Arq. bras. psicol.* 2020; 72(no.sp): 156-169.

Dias MA, Domingues RM, Schilithz AO, Nakamura- Pereira M, Carmo Leal M. Factors associated with cesarean delivery during labor in primiparous women assisted in the Brazilian Public Health System: data from a National Survey. *Reproductive health.* 2016; 13(3):114.

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde Colet.* 2005; 10(3): 627-637.

Diniz CS, Niy DY, Andrezzo HF, Carvalho PC, Salgado HD. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface comun. saúde educ.* 2016; 20:253-9.

D’Orsi et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad. saúde pública*. 2014; S154-S168.

Estuda, Melania, estuda! Indicações reais e fictícias de cesariana [internet]. c2023 [acesso em 12 jun 2023]. Disponível em: <https://estudamelania.blogspot.com/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html?view=timeslide>

Leal MD, Pereira AP, Domingues RM, Filha MM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SG. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. saúde pública*. 2014; 30:S17-32.

Leal MC et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad. saúde pública*. 2019; 35 (7): e00223018

Leifer G. *Enfermagem obstétrica*. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck CA, Silva FMB, Bonadio IC, Riesco MLG. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2010; 44(3): 812-18.

Lucena FS. O que pode um agente comunitário de saúde? Processos de trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2013.

Lucena FS, Garcia MT, Costa MIS. Formação de profissionais para o SUS no campo da Saúde Coletiva. In: Lucena FS, Costa MIS, Venancio SI, Bortoli MC, organizadoras. *Fortalecendo o SUS: experiência de formação profissional no município de Franco da Rocha*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2021. p.17-35.

Mendes M, Trindade LL, Pires DEP, Biff D, Martins MMFPS, Vendruscolo C. Cargas de trabalho na Estratégia Saúde da Família: interfaces com o desgaste dos profissionais de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2020; 54: e03622.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. Brasília (DF); 2015.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério: Guia de orientação para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília (DF); 2019a.

Ministério da Saúde (BR). Caderneta da Gestante. 8 ed. Brasília (DF); 2023.

Russo J, Nucci M, Silva FL, Chazan LK. Escalando vulcões: a reeleitura da dor no parto humanizado. MANA. 2019; 25(2): 519-550.

Salgado HD, Niy DY, Diniz CS. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. Journal of Human Growth and Development. 2013; 23(2):190-7.

São Paulo (Estado). Lei n.º 15.759, de 25 de março de 2015. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 25 mar 2015; Seção 1:1.

Setti C et al. Síntese de evidências para Políticas de Saúde: reduzindo as taxas de cirurgia cesariana no Brasil. São Paulo: Instituto de Saúde; 2019.

Suárez-Cortés M, Armero-Barrano D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influência dos planos de parto e nascimento no processo de parto humanizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015; 23(3): 520-6.

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas [internet]. New York; c2023 [acesso em 01 mar 2023]. Disponível em <https://brasil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu>

Mudanças nas Buscas Sobre Cesárea Na Internet: Maior interesse em “Como se recuperar” do que “Como prevenir”

**Beatriz Fioretti-Foschi¹, Claudio Leone²,
Marianne Esterman³, Veridiana Firmino⁴,
Carmen Simone Grilo Diniz⁵**

Introdução

O Brasil, é um dos recordistas mundiais de cirurgia cesariana (CS) com uma média nacional de 57,22% (Consonni, Petean, 2013), sendo que a média de CS nos hospitais privados supera os 80% dos nascimentos (Rebello et al., 2010). A CS é uma cirurgia que salva vidas quando indicada clinicamente, porém estudos demonstram que taxas elevadas de CS têm sido associadas a riscos aumentados para mães e bebês (Keag et al., 2018). O pedido materno é frequentemente mencionado como um dos contribuintes para o aumento das taxas de CS (Sanders; Crozier, 2018).

Se o pedido materno é considerado determinante, quais fatores poderiam estar relacionados à preferência pela cirurgia?

A decisão, porém, deve ser baseada em informações científicas confiáveis, que incluam os riscos e benefícios das vias de nascimento, a longo e curto prazo. Estas informações devem ser passadas pelos pro-

-
- 1 Beatriz Fioretti-Foschi (bfioretti@uol.com.br), Publicitária, Doutora em Ciências / Faculdade de Saúde Pública USP, Pesquisadora Científica GEMAS- FSP USP
 - 2 Claudio Leone (leone.claudio@gmail.com), Médico, Professor Colaborador Sênior do Departamento de Saúde, Ciclos de vida e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública da USP. Pesquisador do Laboratório de Delimitação de Estudos e Escrita Científica da Faculdade de Medicina do ABC
 - 3 Marianne Sylvia Rezende Estermann (marianne.estermann@usp.br), Estudante do curso de Obstetrícia da Escola de Artes e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo.
 - 4 Veridiana Vilharquide Firmino (veridianavf@gmail.com), Bacharel e licenciada em História (USP) e Estudante de Obstetrícia na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo
 - 5 Carmen Simone Grilo Diniz (sidiniz@usp.br), Médica, Pós-doutora em Saúde Materno-Infantil pelo Cemicamp e pelo King's College London, Women's Health Division. Professora titular do Departamento de Saúde e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

fissionais de saúde responsáveis pelo pré-natal. Outra questão que pode influenciar na preferência pela CS é a qualidade da assistência oferecida, levando em conta uma experiência menos ou mais positiva. Por exemplo, se nos hospitais e maternidades do entorno, a mulher tem acesso a instituições de saúde que se utilizam das práticas humanizadas recomendadas pelo Ministério da Saúde ou se as informações que chegam ao seu conhecimento são os relatos de violência obstétrica vivenciados pela sua rede de contatos.

As mídias de massa trazem uma imagem dos partos dolorosos, emergenciais e dramáticos, enquanto as cirurgias CSs estão sempre sob controle. Outro meio que pode influenciar na tomada de decisão são as buscas na Internet (Laagan et al., 2010; Sanders; Crozier, 2018). As buscas na Internet oferecem uma falsa impressão de que é a pessoa que encontra o conteúdo, entretanto, é o algoritmo que a direciona de acordo com seu histórico de preferências.

A Internet se caracteriza por um repositório de informação sem controle editorial, onde qualquer pessoa pode publicar qualquer conteúdo, e os usuários têm que desenvolver habilidades para selecioná-los. Fioretti et al. revisaram as informações sobre CS disponíveis em 176 páginas da web em português, no ano de 2013, e relataram que a qualidade era de ruim a regular (Fioretti et al., 2015).

A partir de 2011, houve várias iniciativas para reduzir os índices de CS no Brasil, incluindo políticas nacionais para promover o uso de boas práticas clínicas durante o trabalho de parto e parto em hospitais públicos, a criação da Rede Cegonha (Ministério da Saúde, 2016) e a divulgação de informações sobre os benefícios do parto vaginal pelos movimentos de mulheres (Diniz et al., 2016).

Um desses movimentos sociais (Rede Parto do Princípio) entrou com uma Ação Civil Pública contra a Agência Nacional de Saúde (ANS) por distorções no atendimento às gestantes, que levaram ao aumento das taxas de CS (Parto do Princípio, 2015). Em 2015, após anos de audiências públicas, a ANS foi condenada a promover intervenções para reduzir a CS desnecessária. Essa agência incentivou uma iniciativa, o Projeto Parto Adequado, para treinar profissionais de saúde para melhorar a qualidade da assistência oferecida às mulheres durante o trabalho de parto e parto,

e aumentar com segurança os partos vaginais nos setores privado e público (Diniz et al., 2018).

Seguindo a mesma tendência, em 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou novas diretrizes sobre cuidados intraparto e uma recomendação sobre cuidados respeitosos na maternidade (WHO, 2018).

Partimos da hipótese de que as iniciativas brasileiras para a redução de CS, que foram amplamente divulgadas, poderiam ter influenciado a qualidade das informações sobre CS disponíveis em páginas web em português. Nesta direção, tivemos como objetivo comparar os momentos antes e depois do julgamento da Ação Civil Pública com relação à qualidade das informações quanto à cesárea buscada na Internet.

Metodologia

Para estabelecer uma comparação foi aplicada a mesma metodologia de estudo utilizada por Fioretti (2015), para avaliar a qualidade e completude das informações sobre CS, para leigos em português, disponível em 2018 na Internet comparando com as informações disponíveis em 2013 (Fioretti et al., 2015).

Na metodologia foram consideradas elegíveis para inclusão as páginas web (PW) que apresentavam qualquer informação sobre CS (por exemplo, indicações, benefícios, riscos maternos, ou perinatais). Foram excluídas as páginas da web para qualquer um dos seguintes conteúdos: (i) menos de um parágrafo de informação sobre CS; (ii) escrito em outras línguas que não o português; (iii) o acesso aos conteúdos requer um login; (iv) conteúdos técnicos dirigidos a profissionais de saúde (e.g. guias ou publicações científicas); (v) conteúdos relativos à CS em animais; (vi) páginas comerciais de publicidade de hospitais ou produtos para CS; (vii) páginas que relatam apenas a experiência/depoimento pessoal de uma CS; (viii) páginas que não abrem; e (ix) chats de conversas pessoais.

As PW foram identificadas através de 26 termos oriundos de variações da palavra “cesárea” em português, como no estudo realizado em 2013 (Fioretti et al., 2015). Esses termos de busca contemplavam variações, inclusive erros ortográficos, representativos na forma como a maioria dos consumidores brasileiros buscam informações. Foi utilizado o

Google Trends, uma ferramenta gratuita que permite acompanhar a evolução de uma tendência de busca na web. As palavras afins sobre CS na preferência de pesquisa na web dos brasileiros são decorrentes das seguintes formas gráficas: cesárea, “cesarea”, “cesaria”, “cesária” e cesariana. Foram inseridas as 26 variações da palavra CS.

O navegador utilizado foi o Google Chrome, mais popular do Brasil (GLOBALSTATS, 2018). Dentro deste navegador a mesma pesquisa foi aplicada nos cinco buscadores mais populares do país, em 2018, google.com.br (94,3% na preferência dos usuários), Google.com (2%), Bing (1,7%), Yahoo (1,1%) e Ask (0,5%) (SIMPS, 2018). Cada uma das 26 palavras-chave selecionadas, foi submetida a cada um dos 5 buscadores e os 30 primeiros links (três primeiras páginas) foram selecionados para análise. É incomum que as pessoas examinem além da terceira página ao procurar informações sobre saúde online (Sacchetti et al., 1999). Após excluir as páginas duplicadas, o investigador principal (BFF) abriu e avaliou todas as páginas para possível inclusão. Este processo decorreu nas duas últimas semanas de junho de 2018. As páginas consideradas potencialmente relevantes foram guardadas em formato eletrônico (PDF) para posterior avaliação por outros dois investigadores.

Para a tarefa “extração de dados” foram especialmente treinadas, pelo investigador principal, duas alunas de Obstetrícia na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (ME e VF), que extraíram os dados das páginas da web elegíveis de forma independente, usando a ferramenta DISCERN (Tabela 1) e uma lista de verificação de conteúdo (Tabela S1) criada para o estudo de 2013 (Fioretti et al., 2015).

O DISCERN é uma ferramenta criada para ajudar pessoas leigas a avaliar a qualidade das informações de saúde escritas sobre as opções de tratamento nas páginas da web, incluindo cirurgias (Charnock, 1998). É composto por 16 questões fechadas em três domínios:

- 1º domínio (perguntas 1-8): avalia a confiabilidade da publicação como fonte de informação sobre opções de tratamento (no caso, vias de parto).
- 2º domínio (perguntas 9-15): avalia a qualidade das informações sobre detalhes das opções de tratamento existentes (no caso, CC).

- 3º domínio (pergunta 16): é um julgamento global sobre a qualidade do texto como fonte de informação para o usuário.

Tabela 1. Pergunta do questionário DISCERN, para avaliar a qualidade das informações sobre cesariana disponíveis em páginas da web

Domínio	Número da pergunta	Pergunta específica*
Confiabilidade, fidedignidade e confiabilidade das informações	1	Os objetivos da página da web são claros?
	2	Ele atinge seus objetivos?
	3	É relevante para as necessidades dos usuários?
	4	Está claro quais fontes de informação foram usadas para compilar as informações apresentadas na página da web (além do autor ou produtor)?
	5	Está claro quando as informações utilizadas ou relatadas na página da web foram produzidas?
	6	A informação é equilibrada e imparcial?
	7	Fornece detalhes de fontes adicionais de suporte e informações sobre CS?
	8	Refere-se a áreas de incerteza no conhecimento sobre CS?
Qualidade da informação sobre opções de tratamento	9	Descreve detalhes de como um CS é executado?
	10	Descreve algum benefício de um CS?
	11	Descreve algum risco de uma CS?
	13	Descreve algum risco de uma cesariana? Descreve como uma cesariana afeta a qualidade de vida geral após o parto?
	14	Está claro que pode haver outras opções de nascimento além do CS?
	15	Fornece suporte para a tomada de decisão compartilhada sobre ter um CS?
	16	Qual nota você daria para esta página da web
Qualidade geral da informação		

Fonte: Hargrave et al., 2003

As primeiras 15 perguntas pedem ao usuário para avaliar aspectos específicos da informação escrita, com respostas que variam de 1 (um “não” definitivo) a 5 (um “sim” definitivo); a última pergunta solicita ao usuário que avalie a qualidade geral da informação, com respostas variando de 1 (baixa qualidade geral) a 5 (alta qualidade geral).

Neste estudo, onde as opções de tratamento foram via de parto (CS versus vaginal), excluímos a questão 12 que questiona se o texto fornece informações sobre o que aconteceria se a condição não fosse tratada. Portanto, em nosso estudo, o DISCERN teve um total de 15 questões e os escores totais mínimo e máximo foram 15 e 75, respectivamente. As pontuações de cada um dos pesquisadores foram calculadas em média e esse valor foi usado nas análises. Classificamos as pontuações gerais de qualidade de cada página da web como muito ruim (15-26 pontos), ruim (27-38), moderada (39-50), boa (51-62) e excelente (63-75) (Hargrave et al., 2003).

Utilizamos um *checklist* de conteúdo especialmente criado para avaliar a completude das informações sobre CS disponíveis nas páginas da web (Tabela 1). Essa lista de verificação foi desenvolvida com base em outros estudos que analisaram a completude das informações sobre SC disponíveis em revistas femininas brasileiras e espanholas (Torloni et al., 2011, 2013) e foi utilizada no estudo de Fioretti et al. (2015). O checklist é composto por 69 questões agrupadas em oito domínios gerais: indicações para CS, taxas locais e recomendadas de CS e questões de custo, benefícios potenciais, riscos maternos potenciais (curto e longo prazos) e riscos perinatais potenciais de CS (Tabela S1). A completude das páginas da web correspondeu ao percentual dos itens pré-definidos no checklist que estavam presentes em cada uma delas. As pontuações do checklist atribuídas pelos pesquisadores foram comparadas e discutidas até que se chegasse a um consenso. Quando necessário, o investigador principal foi solicitado a dirimir as discussões.

Nossos principais resultados foram a qualidade e integridade das informações sobre CS disponíveis na web. A qualidade corresponde às pontuações do DISCERN e integridade com proporção de itens presentes da lista de verificação das páginas da web de forma descritiva, usando médias, desvios padrão (DP) e porcentagens. Usamos os testes qui-quadrado e t de Student para comparar a qualidade (escores DISCERN) e a completude das informações disponíveis em 2013 versus 2018. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos. O software MedCalc (versão 18.11.3) foi utilizado para todas as análises.

Este estudo utilizou informações gratuitamente disponíveis na Internet, e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob n.º CAAE: 01551718.1.0000.5421. Financiamento deste estudo: BFF, bolsistas do CNPQ, V. aluna PIBIC, M. voluntária.

Tabela S1. Lista de verificação para integridade das informações sobre cesariana disponível em 235 sites

A- Indicações

Nenhuma

- Antecedente de CS
- Distocia funcional (colo não dilata apesar de contrações)
- Sofrimento fetal
- Desproporção terno-fetal (bacia estreita)
- Macrossomia fetal
- Apresentação anormal (pélvica, transversa, cefálica defletida)
- Falha na indução
- Período expulsivo prolongado/parto obstruído (bebê não desce)
- Doenças maternas pré-existentes (cardiopatia, diabetes, etc...)
- Problemas na gravidez (pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional)
- Problemas placentários (P. prévia, descolamento prematuro)
- Gestação gemelar
- Prematuridade
- Malformação fetal
- Para realizar laqueadura tubária
- Pós-datismo
- Circular de cordão
- Ansiedade/medo/tocofobia materna
- Dor materna
- Exaustão materna/trabalho de parto prolongado
- Conveniência materna (data/hora de agendamento)
- Conveniência médica/hospitalar
- Pressão/tendência social (“A maioria das nascimentos são feitas por CS...”)
- Mais moderna/elegante/civilizada de parir
- Outras razões não médicas (especificar)
- Outra razão clínica (especificar)

B- Texto apresenta/menciona as seguintes informações/dados sobre CS?

Nenhuma

- Taxas atuais/estatísticas sobre CS no Brasil
- Recomendação da OMS: taxa ideal de CS 10-15%
- Custos da CS comparados ao parto vaginal

C. O texto fala sobre algum benefício/vantagem potencial da CS?

Nenhuma

- Redução de danos ao assoalho pélvico
- Prevenção da incontinência urinária ou fecal no futuro
- Preservação do períneo/função sexual feminina
- Evita a dor durante o parto
- O bebê nasce mais rápido
- Permite escolher a data/momento do parto (conveniência da mulher)
- Conveniência para profissionais de saúde/administradores
- Retorno à vida sexual é mais precoce
- Diminui os riscos de danos neurológicos para o bebê
- Evita traumas físicos/é mais segura para o bebê
- Outro benefício/vantagem (qual) cite:

D. O texto fala sobre riscos/desvantagens maternos imediatos da CS?

Nenhuma

- Complicações relacionadas à anestesia
- Hemorragia
- Transfusão de sangue
- Histerectomia
- Lesão na bexiga

- Lesão no intestino
- Infecção local (na pele, na cicatriz operatória)
- Infecção sistêmica (sepse, febre)
- Internação hospitalar mais prolongada
- Mais dores no pós-parto/necessidade de analgésicos
- Maior tempo para recuperação completa
- Dificuldades em amamentar
- Necessidade de eventual reinternação
- Trombose/embolia
- Maior risco de morte materna
- Menos natural
- Pode dificultar vínculo mãe-bebê

E. O texto fala sobre riscos/desvantagens maternas a longo prazo decorrentes da CS?

Nenhuma

- Aumenta probabilidade de ter outra CS
- Limita o Nº. máximo de filhos (máximo de 3-4 CS)
- Risco de rotura uterina em futura gestação
- Risco maior de placenta prévia/acreta em futura gestação
- Aderências devido a múltiplas CS
- Maior risco de lesão em bexiga/intestino em futuras cirurgias
- Outros riscos (qual):

F. O texto fala sobre riscos perinatais associados à CS?

Nenhuma

- Prematuridade iatrogênica
- Maior risco de problemas respiratórios
- Maior risco de mortalidade neonatal
- Maior risco de óbito fetal na próxima gestação

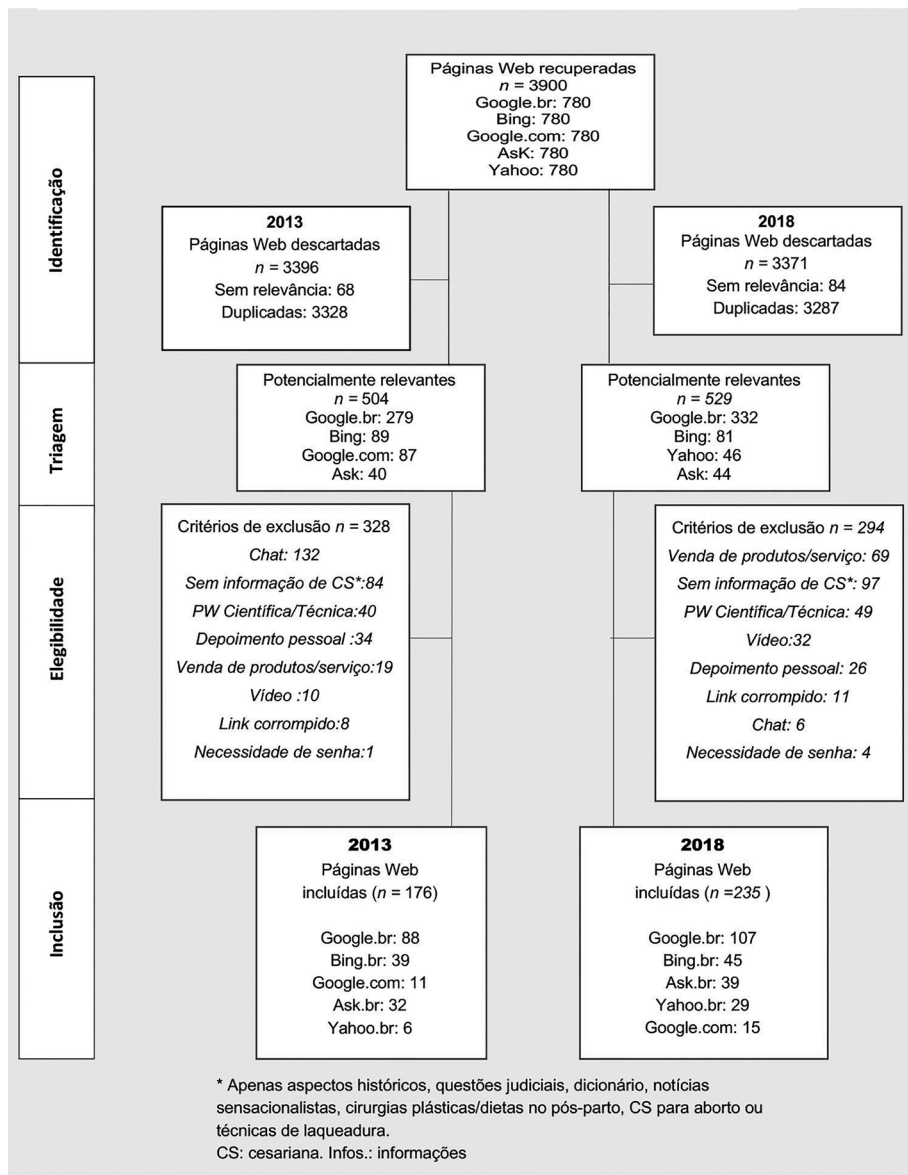
Fonte: Checklist, Torloni 2011

Resultados: comparando os momentos antes e depois de 2014

A pesquisa realizada em 2018 identificou um total de 3.900 páginas web (26 palavras x 5 motores de busca x 30 primeiros *links*) da mesma forma que o estudo anterior. Após a exclusão de 3.287 duplicatas e 84 páginas claramente irrelevantes, 529 páginas potencialmente elegíveis foram selecionadas para leitura do texto completo. Nessa etapa, 294 páginas foram excluídas por não atenderem aos critérios de inclusão e 235 foram incluídas no estudo (Figura 1).

O número total de páginas incluídas no estudo de 2018 (N=235) foi 33% maior do que em 2013 (N=176). Todas as páginas de 2018 eram novas, ou seja, foram criadas após 2013 e não foram avaliadas no estudo anterior. Google.br foi o buscador com a maioria das páginas incluídas em 2018 e em 2013; o segundo e terceiro motores de busca mais populares foram Bing.br e Ask.br. Juntos, esses três mecanismos de busca recuperaram mais de 80% das páginas. (Figura 1)

Figura 1. Fluxograma de coleta e inclusão das Páginas Web (PW) no estudo



Fonte: resultado da pesquisa

A proporção de páginas que possuíam autores claramente identificáveis foi maior em 2018 do que em 2013 (60% contra 49%). Em 2018, apenas 43% das páginas mencionavam os nomes dos autores, sem especificar sua formação profissional (contra 4,3% em 2013). Apenas em 11% das páginas estava explícita a autoria de profissionais da saúde contra 34,1% em 2013, mostrando uma forte queda. Em 2018, uma das 235 páginas da web foi criada por uma associação médica (Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo - SOGESP). Em 2013, não existiam páginas *web* com informações sobre CS para leigos criadas por associações de saúde.

A Tabela 2 apresenta a qualidade da informação sobre CS nas 235 páginas disponíveis em 2018 (lista completa na Tabela S2)

Tabela 2. Qualidade da informação sobre cesariana em páginas da internet segundo escores do DISCERN em 2018 e 2013

Categoria (intervalo de pontuação) ¹	2018 (N=235 página web)		2013 (N=176 web pages)	
	n	(%)	n	(%)
Excelente (63-75)	34	(14.5)	2	(1.1)
Bom (51-62)	99	(42.1)	39	(22.2)
Moderado (39-50)	80	(34.0)	82	(46.6)
Pobre (27-38)	20	(8.5)	50	(28.4)
Muito pobre (15-26)	2	(0.9)	3	(1.7)
Pontuação geral média do DISCERN (máximo:75)	52.1	(9.9)	43.6	(8.9)
Pontuações médias por tipos de perguntas (máximo: 5)				
Confiabilidade da informação (perguntas 1-8)²	3.5	(0.9)	2.7	(0.7)
Detalhes sobre as opções de tratamento (perguntas 9-15)³	3.4	(0.7)	2.9	(0.6)
Avaliação geral da qualidade (todas as perguntas)	3.47	(0.74)	2.9	(0.9)
Pontuações médias por motor de busca (máximo 75) ⁴				
Yahoo.br	53.7	(6.4)	36.3	(5.6)
Bing.br	51.8	(10.8)	43.3	(7.6)
Ask.br	51.8	(9.3)	46.2	(8.9)
Google.br	51.6	(10.8)	42.9	(9.2)
Google	47.0	(8.5)	46.1	(10.7)

Todos os valores expressam n (%) ou média (DP) - 1. Conforme proposto por Hargrave et al. 2003

2. Questões relacionadas a objetivos, relevância para os usuários, fontes de informação utilizadas, data da informação, balanço, fontes adicionais e áreas de incerteza.

3. Questões relacionadas à descrição da cirurgia, benefícios, riscos, efeitos na qualidade de vida, opções alternativas e suporte para tomada de decisão compartilhada sobre via de parto com profissionais de saúde. A questão 12 foi excluída.

4. As páginas identificadas a em >1 mecanismo de busca foram categorizadas como pertencentes ao mecanismo mais popular em que apareceram: ou seja, Google.br, Bing.br, Google.com, Ask.br e Yahoo!.br.

Comparado a 2013, a proporção de páginas web de boa ou excelente qualidade mais que dobrou em 2018, passando de 23,3% para 56,6%, respectivamente. As pontuações médias gerais do DISCERN aumentaram quase 9 pontos, de 43,6 (8,9 SD) em 2013 para 52,5 (9,8 SD) em 2018 ($p < 0,0001$).

Houve um aumento significativo nas pontuações médias das questões relacionadas à confiabilidade da informação, à detalhes específicos sobre opções de tratamento e à qualidade geral da informação (ver Tabela S3 para detalhes). Houve um aumento significativo na qualidade das informações (pontuações médias do DISCERN) em todos os mecanismos de busca, exceto no Google (Tabela 2). Em 2018, todas as 15 questões receberam pontuação média de pelo menos 2,5 (do máximo de 5,0), enquanto em 2013, 7 das 15 questões tiveram pontuação média $< 2,5$ (Tabela S3). Em ambos os momentos, a questão com menor pontuação média foi a que indagou se o texto se refere a áreas de incerteza no conhecimento sobre CS (questão 8). Uma das menores médias em 2018 e 2013 se refere ao conteúdo do texto quanto as especificações e detalhamento da cirurgia de CS (Tabela 3).

Tabela 3. Integralidade das informações sobre cesariana em páginas da web, 2018 e 2013

	2018 (N=235 Página web)		2013 (N=176 Página web)	
	n	(%)	n	(%)
Indicações para cesariana				
Nenhum mencionado	74	(31.5)	33	(18.8)
1-3 indicações	68	(28.9)	52	(29.5)
4 ou mais indicações	93	(39.5)	91	(51.7)
Taxas locais/nacionais de cesariana	86	(36.6)	61	(34.6)
Taxa ideal de CS na população ¹	70	(29.8)	55	(31.2)
Custos da cesariana	26	(11.0)	19	(10.8)
Benefícios/vantagens da cesariana				
Nenhum mencionado	136	(57.9)	98	(55.7)
Protege o bebê do HIV e do herpes	40	(17.0)	38	(21.6)
Evita a dor do parto	33	(14.0)	35	(19.9)
Comodidade para mãe/família, permite agendamento	31	(13.2)	42	(23.9)
Leva menos tempo para o nascimento	29	(12.3)	28	(15.9)
Comodidade para médicos, hospitais (agendamento)	21	(8.9)	24	(13.6)

Riscos/inconvenientes maternos da CS - curto prazo				
Nenhum mencionado	71	(30.2)	35	(19.9)
Infecção local da ferida (pele)	95	(40.4)	83	(47.2)
Maior tempo de recuperação materna	89	(37.9)	87	(49.4)
Infecção sistêmica (urinária ou outra), febre	80	(34.0)	89	(50.6)
Mais dor pós-parto/necessidade de mais analgésicos	72	(30.6)	59	(33.5)
Aumento da perda de sanguínea/hemorragia	61	(26.0)	64	(36.4)
Riscos/inconvenientes maternos da cesárea a longo prazo				
Nenhum mencionado	170	(72.3)	119	(67.6)
Aumenta o risco de ruptura uterina na gravidez futura	44	(18.7)	30	(17.0)
Aumenta o risco de placenta prévia/acreta em futuras gestações	18	(7.7)	22	(14.2)
Maior probabilidade de repetição da cesariana	13	(5.5)	25	(14.2)
Riscos perinatais da cesariana				
Nenhum mencionado	138	(58.7)	92	(52.2)
Aumento do risco de problemas Respiratórios neonatais	76	(32,3)	70	(39.8)
Prematuridade iatrogênica	53	(22,5)	32	(18.2)
Risco aumentado de internação neonatal na unidade de terapia intensiva	25	(10,6)	26	(14.8)

Todos os valores expressam n (%). - CS: Cesariana - 1. De acordo com a declaração da OMS (10-15%).

Fonte: resultado da pesquisa

Em 2018, a proporção de páginas web que não mencionaram nenhuma indicação para CS foi significativamente maior do que em 2013 (31,5% versus 18,8%, respectivamente, $P=0,004$), porém mais da metade das páginas apresentou pelo menos uma indicação (Tabela 3). As 10 indicações de cesárea mencionadas com mais frequência em 2018 e 2013 incluíram doenças maternas, apresentação fetal anormal, problemas placentários (prévia, descolamento), sofrimento fetal, distúrbios hipertensivos, cesárea anterior, desproporção cefalopélvica e falha no progresso de trabalho de parto. Menos da metade das páginas da web, em 2018 e em 2013, forneciam informações sobre as taxas locais/nacionais de cesárea, as taxas de cesárea em nível populacional recomendadas pela OMS ou custos de cesáreas (Tabela 3).

Em comparação com 2013, em 2018 houve uma queda significativa na proporção de páginas da web que mencionaram pelo menos uma indicação para CS (68,5% versus 81,2%, $p=0,0037$). Da mesma forma, em 2018 houve uma diminuição significativa na porcentagem de páginas da web que mencionavam algum risco materno de curto prazo associado à CS (69,8% versus 80,1%, $p=0,0183$), incluindo infecções sistêmicas (34,0% versus 50,6% $p=0,0007$) e hemorragia (26,0% versus 36,4%, $p=0,0236$). Em 2018, mais de 72% das páginas da web não forneciam nenhuma informação sobre os riscos maternos de CS a longo prazo, em comparação com 68% em 2013 ($p = 0,0511$) (Tabela 3). Não houve mudanças significativas entre os dois períodos na proporção de páginas que mencionavam taxas de CS locais ou internacionais (< 40%), custos de CS (<11%), benefícios do parto por CS (<45%) ou riscos perinatais associados a CS (< 50%).

As palavras-chave que o Google Trends apresentou como tendência de busca foram as variações da palavra cesárea com erro ortográfico, como “cesaria” (com i e sem acento), presente em 23 os estados do Brasil e em três estados foi “cesarea” (sem acento) e suas combinações como parto cesaria, cirurgia cesaria, parto de cesaria.

O Google Trends também permite acompanhar a tendência e a evolução do volume de termos de busca para cada termo correlato/ palavra-chave.

Figura 2. Tendência e evolução de volume de termos por termo correlato a partir do Google Trends



Uma outra etapa deste estudo foi correlacionar o conteúdo com as palavras-chave, uma questão despertada pelo Google Trends, que indicou uma preferência de buscas sobre CS com palavras digitadas no Google, com erros ortográficos. O resultado apontou conteúdos relacionados às intercorrências pós-cirurgia CS: “aderência ou órgãos colados, cinta “pós-parto cesária”, custos da cirurgia, dieta, dor nas costas, inchaço na cirurgia, inflamação, pés inchados, pomada para cicatriz, queuloide, recuperação, resguardo, sexo após cirurgia, tempo de cicatrização” (os temas aqui listados estão em ordem alfabética e não em ordem de importância).

A maioria dos temas oriundos da ortografia correta “cesárea” estão relacionados a questões prévias da cirurgia: parto cesárea com laqueadura, parto normal x cesárea, cesárea eletiva, parto normal pós-cesárea e “parto cesaria doi”.

Discussão: confiabilidade das páginas e mudanças antes e depois de 2014

Utilizando a ferramenta DISCERN, os escores médios de qualidade das páginas da web avaliadas, em 2018, foram significativamente superiores aos de 2013, e a proporção de páginas de boa ou excelente qualidade mais do que duplicou.

No entanto, em ambos os períodos, a maioria das páginas não forneceu descrições detalhadas de como uma cesárea é feita. Isso quer dizer que estas PW foram escritas com elaboração técnica de redação para Internet e não com conteúdo adequado a evidências em saúde.

Em 2018, a completude geral das informações sobre CS permaneceu ruim. Houve uma diminuição da informação sobre as indicações de CS e sobre os riscos maternos de curto prazo associados a CS, e dos riscos maternos de longo prazo. Em ambos os anos, menos da metade das páginas da web forneceram informações sobre taxas de CS, locais ou internacionais, custos da operação, riscos perinatais ou riscos maternos de longo prazo associados à CS.

As PW com informações relacionadas à recuperação da CS representam 36% (n=39) do conteúdo buscador Google.com.br (n=107), sugerindo não apenas uma banalização da cirurgia de CS, mas uma prioriza-

ção de conteúdo que dá a cesárea como pressuposto, como um fato consumado. Este dado pressupõe que uma parcela significativa das buscas sobre CS se dá a partir de seus efeitos adversos a curto prazo. Estes temas não são abordados com relevância nos conteúdos das PW analisados. Não sabemos quanto destas buscas se realizaram antes da cesárea, ou se depois, como busca por mais informação para lidar com eventos adversos, que não foram antecipados ou informados como possibilidades, e que em tese deveriam entrar no cômputo feito pelas mulheres e famílias quando tomam decisões em saúde, como no caso da via de parto.

Apesar utilização maciça pelo buscador Google.com.br (94,3% usuários de Internet brasileiros), vale ressaltar que o Bing, Google.com, Ask e Yahoo representaram 55,5% da coleta de 2018, o que demonstram que a recuperação de informações sobre CS na Internet através de apenas um mecanismo de busca, mesmo que tenha a maioria da preferência do usuário, pode apresentar resultados subestimados, questões já levantadas por Barreto desde 2008 (Barreto, 2008).

Se a informação de saúde oferecida estiver facilmente disponível para a população, ela será bem classificada nos mecanismos de busca (Novillo-Ortiz et al., 2017). Considerar nos textos o uso das terminologias que o público usaria, é uma prática de aproximação com o usuário que facilita o seu processo de consulta (Zhang, 2010). A informação centrada no paciente é reconhecida hoje como um eixo de melhoria dos resultados e da qualidade dos cuidados de saúde (Novillo-Ortiz et al., 2017).

O volume de PW sobre recuperação de CS no Google e os temas apontados pelos Google Trends demonstram preferência de buscas pelos usuários, o que nos leva a crer que a frequência de visitação destas páginas pode ser ainda maior do que o mensurável por estes indicadores.

A Internet é uma fonte muito popular de informações sobre saúde na maioria dos países de renda média. Mais de 90% das mulheres, em uma pesquisa no Brasil, afirmaram que a Internet era uma de suas principais fontes de informação sobre saúde (Moretti et al., 2012). As gestantes buscam na Internet informações sobre diversos temas relacionados à maternidade, e durante a gravidez aumentam as buscas na Internet (Sassenberg, 2017). No entanto, a maioria das mulheres não discute as informações encontradas online com seus profissionais de saúde (Sanders;

Crozier, 2018). Isso pode ser devido ao fato de as gestantes considerarem a Internet uma fonte de informação altamente confiável (Gao et al., 2013). Por outro lado, muitos estudos relatam que a qualidade das informações de saúde online não é completa, precisa, confiável e nem atualizada, como podemos constatar nesta pesquisa. Nossa hipótese foi parcialmente confirmada: enquanto a qualidade das informações sobre CS online melhorou ao longo do tempo, a abrangência do conteúdo continuou limitada, tendo permanecido inalterada, ou mesmo declinado cinco anos após o primeiro estudo.

A qualidade e o conteúdo das páginas da web são influenciados em parte por quem esteve envolvido em sua criação. Em um estudo recente, Artieta-Pinedo e colegas avaliaram vários aspectos da qualidade da informação online sobre gravidez em 126 páginas da web escritas em inglês e espanhol e relataram pontuações de confiabilidade significativamente mais altas nas 28 páginas criadas por universidades ou organizações oficiais de saúde do que nas páginas criadas por outros autores (Artieta-Pinedo et al., 2018). Outros também relataram que as informações em sites de instituições acadêmicas, geralmente são de melhor qualidade (Rezniczek et al., 2015). Em 2018, encontramos apenas uma página da web criada por uma sociedade brasileira oficial de ginecologia e obstetrícia e nenhuma em 2013. Isso nos impediu de realizar comparações aprofundadas entre a qualidade e o conteúdo desta página versus páginas da web não institucionais.

Conclusões

Face a 2013, registou-se um aumento do número de páginas web com informações sobre CS em português em 2018. A qualidade formal dessas páginas obteve uma pontuação superior em termos da confiabilidade da informação, e estão escritas de forma mais profissional. Porém, o seu conteúdo esteve mais voltado para informações que misturam indicações clínicas com e sem comprovação científica, e sobre recuperação da CS, do que para os riscos da cirurgia em si, e pouco falam da relação entre benefícios e riscos maternos e perinatais, a curto e longo prazo para uma CS eletiva, em uma gestante saudável, com bebê a termo (Sandall et al., 2018).

A abrangência geral das informações sobre CS disponíveis em 2018 era ruim e, em alguns casos, pior do que cinco anos antes. Essa completude limitada e em declínio das informações sobre SC disponíveis na Internet gera preocupações. A falta de informação sobre aspectos importantes, como os riscos maternos e perinatais a curto e longo prazo, associados à CS, contribui para levar as brasileiras a considerarem esta cirurgia, de grande porte, como uma opção rápida e segura para o parto, e contribuir para o aumento de casos de CS desnecessárias. As iniciativas de mudança de prática realizadas pelo Ministério da Saúde, Parto Adequado e pela ONG Parto do Princípio não geraram conteúdos sensíveis aos motores de busca na Internet.

De forma geral as informações sobre parto e nascimento são disponibilizadas na web com poucos sites confiáveis quanto às informações sobre prevenção de riscos a curto e longo prazo. Os sites com as melhores pontuações de confiabilidade são indexados através de palavras-chave com a ortografia de CS correta, porém o estudo demonstrou não ser desta forma que as pessoas procuram as informações sobre CS.

Se seguirmos as trilhas das buscas sobre CS apontadas pelo Google Trends podemos verificar que a palavra-chave mais digitada nos buscadores tem erro ortográfico “cesaria” e corresponde aos temas relacionadas com a recuperação da CS e/ou seus efeitos adversos, problemas que surgem após a cirurgia ter sido realizada. Este fato revela que o interesse nas buscas sobre CS na Internet não está na prevenção e sim na recuperação, e mesmo que houvesse um maior interesse preventivo, o conteúdo disponibilizado é, na sua maioria, superficial.

Para enfrentar a epidemia de cesáreas desnecessárias, além da indicação de páginas confiáveis é fundamental a produção de informações de qualidade sobre CS.

O desafio para a comunicação em saúde, nesta área, é despertar o interesse das gestantes na prevenção de riscos e dos efeitos adversos da cirurgia. Uma agenda de pesquisa neste campo deve incluir um mapeamento das necessidades das mulheres em relação informação (Grimes et al., 2014)

As gestantes brasileiras devem ser estimuladas a discutir com seus profissionais de saúde o que encontram sobre a CS na Internet, e estes por

sua vez devem oferecer todas as informações sobre riscos e benefícios a curto e longo prazo, para esclarecer, corrigir e complementar essas informações. Os promotores de informação sobre CS devem se preocupar com o caminho (palavras-chave) que as gestantes de saúde fazem para encontrar a informação, indexando seus textos com as mesmas palavras-chave, mesmo que contenham erros ortográficos, para estas páginas poderem ser exibidas em uma possível busca.

As autoridades de saúde nacionais e locais podem usar as informações fornecidas em nosso estudo para produzir uma lista de páginas da web sugeridas, onde as mulheres possam obter informações abrangentes e de boa qualidade em português sobre CS, para ajudá-las a entender os riscos e benefícios dessa operação ao tomar uma decisão sobre via de parto. Também recomendamos que associações médicas acadêmicas e especializadas brasileiras criem e divulguem páginas na Internet com informações abrangentes e de alta qualidade sobre CS, voltadas para leigos e indexadas com palavras-chave que contemplem ou incluam a forma como as usuárias buscam o conteúdo. No caso da CS precisam incluir como termo de busca a palavra "cesaria".

São necessárias pesquisas para mapear periodicamente como as mulheres brasileiras usam a Internet como fonte de informação sobre o parto, o que estão lendo, como isso os afeta e se o material disponível em português atende às suas necessidades. Estudos futuros também devem investigar a legibilidade, acessibilidade e usabilidade dos conteúdos disponibilizados nas páginas *web*.

Referências

Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Villanueva G. An evaluation of Spanish and English on-line information sources regarding pregnancy, birth and the postnatal period. *Midwifery*. 2018; (58): 19-26.

Barreto AA. Uma história da ciência da informação. Para entender a ciência da informação. *Revista de Ciência da Informação*. 2008; 13-34.

Charnock D. The discern handbook: Quality criteria for consumer health information on treatment choices. 1998.

Consonni EB, Petean EBL. Perda e luto: vivências de mulheres que interromperam a gestação por malformação fetal letal. *Cien Saude Colet.* 2013; (18): 2663-2670.

Diniz CSG, Niy DY, Andrezzo HFA, Carvalho PCA, Salgado HO. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface comun. saúde educ.* 2016; 20(56): 253-259.

Fioretti BTS, Reiter M, Betrán AP, Torloni MR. Googling caesarean section: A survey on the quality of the information available on the Internet. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2015; 122 (5): 731-739.

Gao LL, Larsson M, Luo SY. Internet use by Chinese women seeking pregnancy-related information. *Midwifery.* 2013; 29 (7): 730-735.

Globalstats. Browser Market Share Brazil. StatCounter Global Stats [internet]. [acesso em 23 jan 2019]. Disponível em: <<http://gs.statcounter.com/browser-market-share/all/brazil>>

Diniz CSG, Rattner D, D'Oliveira AFPL, Aguiar JM, NIY DY. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reproductive Health Matters.* 2018; 26 (53): 19-35.

Grimes HA, Forster DA, Newton MS. Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. *Midwifery.* 2014; 30 (1): e26-e33.

Hargrave D, Bartels U, Lau L, Esquembre C, Bouffet E. Quality of childhood brain tumour information on the Internet in French language. *Bulletin du cancer.* 2003; 90(7):650-5.

Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits asso-

ciated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. J. E. Myers, Ed. PLoS medicine [internet]. 2018 [acesso em 23 jan 2019]; 15 (1): e1002494. Disponível em: <<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1002494>>

Lagan BM, Sinclair M, Kernohan WG. Internet Use in Pregnancy Informs Women's Decision Making: A Web-Based Survey. *Birth*. 2010; 37 (2): 106–115.

Ministério da Saúde (BR). Ministério lança protocolo com diretrizes para parto cesariana [internet]. [acesso em 23 jan 2019]. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/22946-ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana>>

Moretti FA, Oliveira VE, Silva EMK. Access to health information on the internet: a public health issue? *Rev. Assoc. Med. Bras*. 1992; 58(6): 650–8.

Novillo-Ortiz D, Hernandez-Pérez T, Saigí-Rubió F. Availability of information in Public Health on the Internet: An analysis of national health authorities in the Spanish-speaking Latin American and Caribbean countries. *International Journal of Medical Informatics*. 2017; (100): 46–55.

Parto do Princípio. Parto do Princípio e a Resolução 368 da ANS. Parto do Princípio: Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa [internet]. [acesso em 18 nov 2018]. Disponível em: <<http://www.partodoprincipio.com.br/single-post/2015/01/12/Parto-do-Principio-e-a-resolucao-368-da-ANS>>

Rebello F, Rocha CMME, Cortes TR, Dutra CL, Kac G. High cesarean prevalence in a national population-based study in Brazil: The role of private practice. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2010; 89(7): 903–908.

Rezniczek GA, et al. Quality of websites of obstetrics and gynecology departments: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15(1): 103.

Sacchetti P, Zvara P, Plante MK. The internet and patient education—resources and their reliability: focus on a select urologic topic. *Urology*. 1999; 53(6): 1117–1120.

Sandall J et al. Optimising caesarean section use 2 Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. 2018.

Sanders RA, Crozier K. How do informal information sources influence women’s decision-making for birth? A meta-synthesis of qualitative studies *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018; 18 (1): 21.

Sassemberg K. Digitale Medien als Informationsquelle über Umwelt und Gesundheit für Laien. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* [internet]. [acesso em 19 maio 2018]. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s00103-017-2549-2>>

Simps. A Serasa Experian divulgou uma pesquisa que revelou os buscadores mais utilizados no Brasil em dezembro [internet]. [acesso em 26 nov 2018]. Disponível em: <<https://simps.com.br/ranking-dos-buscadores/>>

Torloni MR et al. Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 13(1): 78.

Torloni MR et al. Portrayal of caesarean section in Brazilian women’s magazines: 20 year review. *Bmj*. 2011; 342 (7792): 324.

World Health Organization: WHO recommendation on respectful maternity care. Geneva: World Health Organization. Available; 2018.

World Health Organization. Who recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2018.

Zhang Y. Contextualizing consumer health information searching: an analysis of questions in a social Q&A community. Proceedings of the 1st ACM International Health.2010:210-219.

A Construção de uma Experiência Positiva de Parto no Brasil: políticas, diretrizes e mobilização social

**Andrea Silveira de Queiroz Campos¹, Angela Amanda Nunes Rios²,
Denise Yoshie Niy³, Daphne Rattner⁴, Carmen Simone Grilo Diniz⁵**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma entidade internacional de reconhecimento e respeitabilidade que emite recomendações e diretrizes na área da saúde pública. Desde sua criação, em 1948, tem sido responsável pela formação de consensos científicos e condução de estudos sobre os mais diversos temas, inclusive sobre parto e nascimento. Neste campo, um dos marcos foi a conferência ocorrida em Fortaleza, em 1985, sobre tecnologia apropriada no parto com elaboração de recomendações focadas no bem-estar da mulher e restrição de intervenções desnecessárias e prejudiciais no parto, e posteriormente em 1996, a publicação de "Assistência ao parto normal: um guia prático", uma recomendação listando e categorizando a efetividade das intervenções no parto. Desde então, essas recomendações foram ampliadas e revisadas, com a incorporação de novas perspectivas analíticas. Assim, em 2018, o conceito de experiência positiva no parto passou a ser o foco principal da recomendação da entidade (OMS & PAHO - Organização Pan-Americana de Saúde, 1985; OMS, 1996; 2018).

1 Andrea Silveira de Queiroz Campos (asqcampos@usp.br) é médica ginecologista e obstetra, doutoranda em saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

2 Angela Amanda Nunes Rios (angelarios2@gmail.com) é fisioterapeuta e doutora em saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

3 Denise Yoshie Niy (denise.niy@gmail.com) é editora, doutora em ciências e pós-doutoranda em saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

4 Daphne Rattner (daphne.rattner@gmail.com). Doutora em Epidemiologia pela Universidade da Carolina do Norte, EUA. Professora da Universidade de Brasília.

5 Carmen Simone Grilo Diniz (sidiniz@usp.br), Médica, Pós-doutora em Saúde Materno-Infantil pelo Cemcamp e pelo King's College London, Women's Health Division. Professora titular do Departamento de Saúde e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

A experiência positiva de parto está fundamentada em uma atenção ao parto segura, embasada cientificamente e com respeito à autonomia da mulher e a suas escolhas, protegendo e promovendo os direitos humanos de gestantes, parturientes e puérperas. Entende-se hoje que todas as mulheres devem receber cuidados focados em seu bem-estar e que apenas uma minoria vai necessitar de cuidados relativos a patologias obstétricas e intervenções clínicas. Dessa forma, as necessidades individuais, pessoais, culturais e médicas das mulheres passam a ocupar o centro da atenção, sendo essa a maior inovação da diretriz (OMS, 2018).

Esse entendimento não surgiu espontaneamente, mas reflete um processo de construção informado por pesquisas, políticas, debates e movimentos sociais. Neste capítulo, abordamos alguns aspectos desse processo e analisamos as reverberações no contexto brasileiro.

Mortalidade materna: a tragédia social

Os índices de mortalidade materna e infantil são considerados importantes indicadores do grau de desenvolvimento da sociedade. Taxas de cesáreas também são utilizadas como indicadores de qualidade na assistência, estando taxas abaixo de 10% relacionadas à falta de acesso à saúde e maior razão de mortalidade materna e altas taxas desta intervenção relacionadas a procedimentos desnecessários ou realizados sem razões médicas. No Brasil, apesar de a grande maioria dos nascimentos acontecerem dentro de hospitais e assistidos por profissionais de nível superior, índices elevados de mortalidade persistem como desafios complexos e multifatoriais, somados a uma intensa medicalização do processo do parto e nascimento, que expõe mulheres brasileiras de todos os grupos socioeconômicos aos riscos da iatrogenia, o que foi descrito por Diniz como o “Paradoxo Perinatal” (Diniz, 2009; Leal et al., 2018).

No passado, a maternidade era vivenciada sem cuidados de saúde que hoje são considerados adequados e, assim, relacionava-se com uma estimativa de Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 2 a 3 mil mortes maternas por 100 mil nascidos vivos. Hoje, em alguns países, essa razão aproxima-se do patamar de 5 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (Souza et al., 2014; Souza & Pileggi-Castro, 2014).

Essa drástica queda na RMM, que em alguns países ainda se mantém em níveis elevados e passíveis de melhoria, resulta em grande medida da melhoria das condições de vida e avanços nas tecnologias diagnósticas e terapêuticas e da melhoria do acesso a cuidados em saúde, possibilitando assistência ao pré-natal e ao parto adequada e em estabelecimento de saúde.

Apesar dessa evolução, mortes evitáveis continuam ocorrendo, seja por falta de acesso à saúde, seja por uso inadequado de intervenções e reduzir sua ocorrência é uma meta global, indo em direção ao desenvolvimento, igualdade de gênero e melhoria na saúde. Em 2000, países signatários das Nações Unidas se comprometeram através dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio a reduzir 75% a razão de Mortalidade Materna global até 2015, tendo conseguido um declínio de 43%, com uma redução de 385 para 216 por 100 mil nascidos vivos nesse período. Em 2015, novas metas foram propostas e reassumidas com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para uma redução de 60% das taxas de 2015 a 2030, para chegar a um patamar de 70 mortes por cem mil nascidos vivos (ONU, 2015; Alkema et al., 2016; Miller et al., 2016).

Trata-se de uma meta bastante ambiciosa, ainda longe de ser alcançada, com grande diversidade de situações entre regiões, países e mesmo dentro dos países. Essa variedade de situações pode ser categorizada nos estágios de transição obstétrica (Quadro 1), que considera a RMM do território estudado e outras características como causalidade das mortes maternas, taxa de fertilidade da população e acesso a serviços de saúde. Os estágios de transição obstétrica ajudam a caracterizar a saúde reprodutiva das mulheres num dado território e, ainda, a planejar estratégias para a melhoria do sistema de saúde e da atenção ao parto e nascimento (Reichenheim et al., 2009; Souza et al., 2014).

Em um contexto de excessiva medicalização no ciclo gravídico-puerperal, com tendência de aumento nas taxas de cesarianas eletivas e suas comorbidades associadas, torna-se ainda mais desafiador implementar um modelo de atenção que favoreça o protagonismo e a saúde da mulher para o parto normal, pautado na segurança, na prevenção quaternária (reduzir intervenções desnecessárias para reduzir danos iatrogênicos provocados por elas) e na satisfação com o parto (Souza & Pileggi-Castro, 2014).

Em 2014, Souza et al. desenvolveram o conceito de transição obstétrica para ajudar na compreensão do processo de redução de mortalidade materna dos territórios e direcionamento de estratégias para sua redução. Foram descritos cinco estágios de transição obstétrica levando em conta o acesso aos cuidados de saúde, a RMM, a taxa de fertilidade e as causas mais comuns da morte materna, conforme o Quadro 1 (Souza et al., 2014).

Quadro 1. Estágios de Transição Obstétrica

Estágio	Características	RMM (por 100.mil nascidos vivos)	Fertilidade	Principais causas de mortalidade materna
I	História natural da gravidez e parto, com pouco ou nenhum acesso a cuidados de saúde	> 1000	alta	Causas diretas, principalmente doenças infecciosas
II	Mulheres tendo mais acesso aos serviços de saúde, ainda precários	de 300 e 999	alta	Causas diretas, principalmente doenças infecciosas
III	Ponto de inflexão da transição obstétrica. O acesso à saúde permanece sendo um problema para muitas mulheres e, as que têm acesso recebem atendimento nem sempre de boa qualidade	de 50 e 299	variável	causas diretas
IV	Para esses países a estratégia é melhorar a qualidade da assistência e diminuir a supermedicalização no parto	de 5 e 50	baixa	causas indiretas, principalmente doenças não transmissíveis
V	Todas as mortes maternas evitáveis sendo evitadas	< 5	muito baixa	doenças não transmissíveis e causas indiretas

O Brasil apresenta estágios diferentes de transição obstétrica de acordo com a região, apresentando estados no estágio IV (São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Distrito Federal) e no estágio III (demais estados). Nesse contexto, as ações prioritárias para a melhoria na assistência obstétrica rumo aos ODS são a melhoria dos cuidados primários à saúde desde a assistência pré-natal, medidas para abordar doenças transmissíveis e não transmissíveis e a implementação de protocolos assistenciais baseados em evidências para evitar o excesso de medicalização e danos relacionados ao uso excessivo de intervenções (Brasil, 2011; 2020; Souza et al. 2014; OMS, 2015).

As causas diretas de mortalidade continuam sendo as mais comuns, figurando hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto dentre suas principais responsáveis, sendo 92% delas consideradas evitáveis. Foram essas causas que apresentaram a redução mais significativa, com uma queda de 126 para 43 por 100 mil de 1990 a 2011, enquanto as causas indiretas (doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou puerpério) apresentaram um aumento de 13,5 para 19,5 por 100 mil (Brasil. IPEA, 2014; Freitas-Júnior, 2020). De 2011 a 2019, a taxa de mortalidade materna apresentou uma estabilidade, tendo sido em 2019 de 55,3 por 100 mil (36,3 por 100 mil por causas diretas e 16,8 por 100 mil por causas indiretas (Ministério da Saúde, 2021).

As causas diretas são decorrentes de intervenções, omissões ou tratamentos incorretos e sua redução é também dificultada devido a elevada taxa de cesárea, que aumenta em 2 vezes o risco de hemorragia pós-parto, em 5 vezes o risco de infecção puerperal e em 3,5 vezes o risco de morte materna, sendo essas as causas mais comuns de morte materna no Brasil (Al-Zirqi et al., 2009; Ministério da Saúde, 2014).

Boas práticas na assistência pré-natal

Segundo orientações da OMS e do Ministério da Saúde (MS), a assistência pré-natal deve ser continuada e incluir a prevenção, diagnóstico, tratamento de doenças ou carências, bem como informações em saúde e outros aspectos relativos ao suporte social, cultural e psicológico da gestante. A recomendação de realização de pelo menos oito consultas

está associada a melhores resultados perinatais tanto para a mãe quanto para o recém-nascido (OMS, 2016; Leal et al., 2018)

Os cuidados primários são melhorados com uma perspectiva de atendimento multiprofissional através da atuação de enfermeiras obstétricas e obstetrizas no pré-natal e no parto, para focar a assistência no bem-estar das mulheres, com abordagens integradas e baseadas nos direitos humanos (Renfrew et al., 2014; OMS, 2015b).

O Brasil, um país de renda média pela classificação da OMS, ampliou a oferta dos cuidados no pré-natal e no parto, com 99% dos partos sendo realizados em estabelecimentos de saúde e 97% de cobertura de assistência pré-natal, porém com um excesso de intervenções sem indicação clínica, incluindo a cesárea. De acordo com o Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento Nascer no Brasil, a proporção de cesárea foi de 52% e apenas 5% dos partos vaginais ocorreram sem nenhuma intervenção (Leal & Gama, 2014; Nunes et al., 2017).

Apesar de inúmeras ações e projetos que visam qualificar os serviços de saúde na atenção primária e hospitalar para o atendimento de gestantes e recém-nascidos, as dificuldades em usar as evidências científicas para fundamentar as decisões em saúde são compartilhadas por gestores, trabalhadores e pelas mulheres grávidas, mesmo em locais com grande investimento financeiro e incorporação tecnológica. As dificuldades são ainda maiores quando a implementação das boas práticas de assistência à gestação e ao parto depende de mudança nas rotinas institucionais ou envolve mudanças nas relações de poder e conflitos de interesse financeiro (Diniz, 2013).

Para o uso adequado das intervenções no parto se faz necessária a implementação das diretrizes e protocolos nacionais de saúde reprodutiva defendendo o uso de intervenções baseadas em evidências, custo-efetivas e de alto impacto para abordar as principais causas de morte materna e para a indicação e o uso seguro de intervenções médicas, incluindo a cesárea quando necessário.

Tecnologia adequada no parto e as práticas baseadas em evidências

No contexto brasileiro, a discussão sobre o modelo obstétrico começou nas décadas de 1970 e 1980, com a mobilização dos movimentos de mulheres sobre temas que afetavam sua saúde, entre eles a gestação e o parto, que resultaram na inauguração da área Técnica de Saúde da Mulher no Ministério da Saúde, responsável pela criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança. A reivindicação, à época, era a maternidade “voluntária, prazerosa, segura e socialmente amparada” defendida pelas feministas brasileiras envolvidas com a humanização da assistência ao parto (Diniz & Chacham, 2002).

Em 1985, como resultado de uma conferência sobre assistência ao parto realizada em Fortaleza, Ceará/Brasil, a OMS publicou uma recomendação sobre o uso apropriado de tecnologia no parto. Dentre as recomendações contidas neste documento estavam medidas de suporte para a mulher com respeito aos seus aspectos emocionais, psicológicos e sociais, redução de intervenções e cesáreas desnecessárias e estímulo ao aleitamento e manutenção do recém-nascido saudável com a mulher. Tais recomendações responderam à crescente percepção pública do excesso de medicalização do parir e do nascer, sem a esperada diminuição das complicações maternas e neonatais (OMS & PAHO, 1985; Bastos et al., 2007; Rattner, 2009; Diniz, 2009; 2000).

O excesso de medicalização utilizado tradicionalmente no parto o transformava em uma experiência traumática para as mulheres, sem benefícios de saúde associados e desse descontentamento surgiu um movimento social formado por mulheres, feministas, cientistas e profissionais da saúde que estimulou a OMS a providenciar uma série de estudos para avaliar as tecnologias utilizadas no parto (Diniz, 2000; 2005; 2009; Rattner, 2009).

Foram então realizados estudos de revisão sistemática avaliando as intervenções na assistência ao parto que concluíram que a maioria das intervenções utilizadas de rotina no parto com o intuito de facilitar e/ou acelerar eram na verdade ineficazes e/ou prejudiciais. Tais estudos

impulsionaram o movimento da Medicina Baseada em Evidências (Chalmers et al., 1989; Chalmers, 1992).

No contexto brasileiro, a mobilização social dos segmentos feministas em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher e de um grupo de profissionais críticos e discordantes do modelo assistencial medicalizado dominante no país possibilitou a criação, em 1993, da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) (ReHuNa, 2019). A ReHuNa contribuiu para a gestão do cuidado, difusão de conhecimentos e formulação de políticas públicas relacionadas a esse tema, através de produção de material com as recomendações baseadas em evidências, realização de eventos e organização de campanhas para a promoção da mudança da assistência ao parto vigente (Brasil, 2014).

Membros da ReHuNa pleitearam junto ao MS e à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a tradução para o português da publicação “Care in Normal Birth - a practical guide”, da OMS, que foi publicada no Brasil em 2000 em parceria com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) e a tradução do livro da Colaboração Cochrane com práticas baseadas em evidências científicas: “Guia para atenção efetiva na gestação e no parto” (OMS, 1996; Enkin et al., 2005; Brasil, 2014).

A partir destas demandas sociais, desde a década de 1990 o Ministério da Saúde brasileiro tem investido em ações e projetos que visam qualificar a rede assistencial na atenção primária e hospitalar para o atendimento de gestantes e recém-nascidos baseado em evidências científicas.

Dentre as políticas e programas voltados para a humanização do parto e nascimento, podem ser citados o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, ambos em 2004, e o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal (2009) (Serruya et al., 2004; Brasil, 2005; Pereira et al., 2007; São Paulo, 2012; Gomes & Moura, 2012; Brasil, 2014; Gama et al., 2021). Tais políticas foram implementadas com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e para fortalecer a humanização do atendimento das gestantes, a melhoria da atenção pré-natal, nascimento e pós-parto.

Foram instituídas medidas de orientação e qualificação dos profis-

sionais de saúde através da elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas baseados em evidências científicas, considerando critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das intervenções em saúde recomendadas (Brasil, 2014).

Lançada em 2011, a Rede Cegonha foi uma política pública implementada a partir da sistematização e institucionalização de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vinha sendo discutido e construído no Brasil desde a década de 1980, com o objetivo de promover a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção, com foco na melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno-infantil e na satisfação dos usuários. O desenvolvimento das ações para organização da rede de atenção materno-infantil norteava-se a partir de quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção à saúde da criança e sistema logístico (Gama et al., 2021; Vilela et al., 2021).

Apesar de avanços na assistência obstétrica, ainda é insatisfatório o grau de adequação das estratégias da Rede Cegonha, e estágios diferenciados de implantação entre os estados, com a predominante manutenção de um modelo de cuidado baseado em intervenções que deveriam ser abolidas ou reduzidas e na presença tímida de práticas adequadas. As mulheres brasileiras ainda estão parindo, na sua maioria, deitadas, submetidas a venóclise, amniotomia e episiotomia (Bittencourt et al., 2021).

Para qualificar o ensino de obstetrícia e neonatologia com base em evidências científicas, através da incorporação das “Diretrizes Nacionais para o Parto Normal” (Brasil, 2017b) e as “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana” (Brasil, 2015), que falam sobre as evidências na prática obstétrica, foi implementado em 2017 o projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ApiceON) (Brasil, 2017a). No ApiceON foram trabalhados os temas de atenção ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo, atendimento às mulheres em situação de violência sexual e interrupção da gestação conforme prevista em lei. A despeito da heterogeneidade de situações encontradas no país, houve discussão de diversas pautas, inclusive a redução de intervenções desnecessárias e a incorporação de práticas mais centradas em uma experiência positiva de parto para a mulher, mesmo

antes da diretriz da OMS (2018) ser publicada (Brasil, 2017a).

Além de profissionais bem treinados e serviços bem equipados para tratar complicações, precisamos desenvolver intervenções inovadoras, que usem tecnologia simples e que sejam aplicáveis a todos os níveis de cuidado em áreas urbanas e rurais. Para o SUS, os estudos comparativos entre serviços com modelo de assistência hospitalar tradicional e os modelos baseados em equipe multiprofissional e boas práticas de assistência são urgentes, para criar a chamada “evidência local”, assim como para propiciar uma experiência cultural e um espaço de formação para relações mais democráticas entre os serviços e as usuárias e suas famílias (Diniz, 2009).

As dificuldades em usar as evidências para fundamentar as decisões em saúde são compartilhadas por todos os tomadores de decisão, incluindo profissionais, usuários, cuidadores, gestores e formuladores de políticas públicas. Uma política baseada em evidências depende de muitas etapas, começando por sua produção (estudos primários), sua síntese (revisões) e a construção de protocolos ou guias. Hoje temos claro que uma das maiores dificuldades é a implementação das evidências, principalmente quando essa implementação muda rotinas institucionais ou envolve mudanças nas relações de poder e conflitos de interesse financeiro (Diniz, 2013).

Se é um direito humano usufruir do avanço da ciência e dos conhecimentos sobre o que é seguro e efetivo, este conhecimento deve estar disponível para os formuladores de políticas, profissionais, usuários, cuidadores e todos os tomadores de decisão em saúde. A produção do conhecimento, que orienta as ações em saúde, pode ser orientada por direitos como o cuidado universal, o direito à vida, o direito à integridade corporal, à equidade, entre outros. Um campo emergente na pesquisa é como empoderar os usuários para promover esses direitos. Se não arguirmos a integridade, a segurança e o respeito aos pacientes nas práticas de saúde, corremos o risco de confundir “qualquer acesso à serviços de saúde” como “promoção de direitos”. (Diniz, 2013).

Leal et al. (2014), analisando as mulheres que fizeram parto vaginal na pesquisa Nascer no Brasil, verificaram que cerca de 50% das gestantes brasileiras tiveram acesso ao uso das boas práticas obstétricas recomen-

dadas para o bom desempenho do trabalho de parto, enquanto a frequência das intervenções desnecessárias foi elevada e maior em mulheres de baixo risco (Leal et al., 2014). O mesmo inquérito nacional encontrou associação da cesariana com o near miss e o óbito materno e neonatal (Dias et al., 2014; Silva et al., 2014).

Para superar o paradoxo perinatal brasileiro é necessário convocar os gestores, os trabalhadores e a sociedade a refletir e transformar o modelo de atenção à gestação e ao parto praticado no país, o qual não coloca a gestante/parturiente no centro da “cena”, como protagonista do processo de gestação e parto, medicalizando e intervindo muitas vezes desnecessariamente. Reconhecer os fatores de contexto (questões políticas, situação epidemiológica, recursos financeiros, materiais e humanos, profissionais capacitados), que podem influenciar no alcance dos resultados esperados é fundamental para a implantação do programa (Diniz, 2009).

A importância dos movimentos sociais na regulação da assistência perinatal do setor privado

De acordo com relatório do Ministério da Saúde, o setor suplementar foi o responsável pelo financiamento de 287.166 (Ministério da Saúde, 2021a) dos 2.849.146 partos ocorridos no Brasil (Ministério da Saúde, 2021a), no ano de 2019, o que corresponde a 10% dos nascimentos. Neste setor, a proporção de nascimentos por cesárea foi de 85% naquele ano, com dados não disponíveis acerca de outras intervenções no parto (Ministério da Saúde, 2021).

Em 2006, a rede de mulheres ativistas Parto do Princípio (Rede Parto do Princípio, 2015) moveu uma ação civil pública no Ministério Público Federal (MPF) denunciando o excessivo número de cesáreas na rede privada de saúde, cuja audiência ocorreu em 2007 com a participação de representantes do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Conselho Federal de Medicina, Associação dos Hospitais Privados, Conselho Federal de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina e representantes de planos de saúde que, após mais de três anos de debate, fez com o MPF acatasse parte das sugestões propostas pela Rede e entrasse na justiça exigindo que a ANS regulamentasse os servi-

ços obstétricos visando uma diminuição efetiva da realização de cesáreas desnecessárias, assim protegendo os direitos, a vida e as integridade física do usuário dos planos de saúde privados.

A ação civil gerou, através das Resoluções Normativas 368 e 398 promulgadas pela ANS, a obrigatoriedade de contratação de enfermeiras obstétricas e/ou obstetrites na rede assistencial das operadoras, preenchimento do partograma (gráfico com evolução do trabalho de parto) pelo médico e relatório justificando seu não preenchimento em casos de cesárea, preenchimento e entrega para a mulher do cartão de gestante com as informações clínicas relevantes, assim como informações sobre a cesárea e o parto normal (carta de informação à gestante), preenchimento de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a cirurgia cesariana, divulgação de percentuais de cesáreas e partos normais por estabelecimento médico e por profissional, direito a um acompanhante de escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto sem cobrança de adicionais do acompanhante para alimentação e taxa de acesso a centro cirúrgico e a proibição de cobrança de taxa de disponibilidade pelo médico conveniado do plano de saúde (Ministério da Saúde, 2015; 2016; 2021).

Ainda como resposta à essa mobilização social, a ANS, o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde, desenvolveram em 2015 o projeto Parto Adequado, com o objetivo de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizassem o parto normal e reduzissem o percentual de cesarianas sem indicação clínica na saúde suplementar, tendo sua atuação ocorrido através de ações educativas, treinamento e conscientização de profissionais de saúde e de usuárias.

O projeto foi dividido em três fases, sendo a Fase 1 uma fase-piloto (de 2015 a 2016) para testes iniciais e avaliação de viabilidade do projeto; a Fase 2 uma fase de disseminação (de 2017 a 2021) com inclusão de mais hospitais e mais operadoras de saúde; e a Fase 3 (iniciada em 2019) com medidas para disseminar as estratégias de melhoria da qualidade na assistência ao parto e abrangência da totalidade das maternidades e operadoras do país (ANS, 2016; 2020; 2021).

Com o início da Fase 3, o Parto Adequado lançou o lema “Cons-

truindo um Movimento para a Saúde, Segurança e Equidade na Gestação e no Parto” e criou um painel de monitoramento com o objetivo de promover a disseminação das estratégias de melhoria da qualidade da atenção do parto e nascimento em grande escala (ANS, 2021).

Em um cenário de grandes mudanças na lógica do modelo de assistência é necessário também a educação continuada e permanente dos profissionais de saúde para práticas que priorizem a segurança clínica e a autonomia da mulher, incluindo profissionais orientados para o cuidado contínuo e suporte físico e emocional em uma organização do trabalho em equipe multiprofissional com relações mais colaborativas e combate às práticas que se caracterizam por desrespeito e abuso durante a assistência ao parto, chamadas de Violência Obstétrica.

A consolidação de um sistema de saúde público-privado resulta de uma dualidade de financiamento, ao mesmo tempo em que gera uma dualidade de assistência. A pesquisa sobre como implementar mudanças nas práticas da saúde deve ser uma prioridade, uma vez que temos muito mais evidência de o que é efetivo e seguro do que sobre como fazer a mudança acontecer (Diniz, 2009).

Conclusão

O questionamento da assistência obstétrica altamente intervencionista por parte dos movimentos sociais do Brasil e do mundo impulsionaram a busca pelo embasamento científico para que as intervenções no parto sejam realizadas em situações de real necessidade, com respeito à autonomia e à individualidade da mulher.

Países em estágios intermediários e avançados de transição obstétrica (situação do Brasil) precisam focar seus esforços na diminuição de intervenções desnecessárias, que diminuem as chances de a mulher vivenciar uma experiência positiva de parto e aumentam o risco de complicações maternas e neonatais.

Através das políticas públicas com atuação no âmbito público e privado, como a Rede Cegonha e o Projeto Parto Adequado, e a criação de protocolos assistenciais baseados em evidências como as “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal” e as “Diretrizes de Atenção à Ges-

tante: a operação cesariana”, o Brasil evoluiu na ampliação do acesso aos serviços de saúde e implementação de protocolos assistenciais baseados em evidências. Apesar desse avanço, a RMM permanece alta e os partos ainda acontecem com um excesso de intervenções sem indicação clínica, levando a uma necessidade de esforços para que essas diretrizes sejam colocadas em prática e possam beneficiar as mulheres e seus filhos. Entre as iniciativas que devem ser estimuladas destacam-se a qualificação da assistência ao parto e nascimento e a disseminação de conhecimento.

Referências

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein - SBIBHAE. IHI - Institute for Healthcare Improvement. Nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: projeto Parto Adequado, Fase 1 [internet]. 2016 [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein – SBIBHAE. Institute for Healthcare Improvement - IHI. Edital de participação no Ciclo Intensivo da Fase 2 do Movimento Parto Adequado [internet]. 2020 [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Edital_ciclo_intensivo_fase_2_Partido_Adequado_v2.pdf

Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet* [internet]. 2016 [acesso em 21 ago 2021]; 387(10017):462–74. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615008387>

Al-Zirqi I, Vangen S, Forsén L, Stray-Pedersen B, I A-Z, S V, et al. Effects of onset of labor and mode of delivery on severe postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol* [internet]. 2009 [acesso em 21 ago 2021]; 201(3):273.e1-273.e9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2009.06.007>

Bastos MH, Diniz SG, Riesco ML, Oliveira SJ, Oliveira SJ. Promoting evidence-based maternity care in middle-income countries: challenges and opportunities. *Midwifery* [internet]. 2007 [acesso em 21 ago 2021]; 23(2):111-2. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2007.03.003>

Bittencourt SDA, Vilela MEA, Marques MCO, Santos AM, Silva CKRT, Domingues RMSM, et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. *Cien Saude Colet* [internet]. 2021 [acesso em 21 ago 2021]; 26(3):801-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000300801&tlng=pt

Brasil. Resolução Normativa, no 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar [internet]. *Diário Oficial da União*. 7 jan 2015. Seção I:38. [acesso em 21 ago 2021]. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>

Brasil. Resolução Normativa, no 398, de 05 de fevereiro de 2016. Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante [internet]. 2016 [acesso em 21 ago 2021]. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE5Mw==>

Chalmers I, Murray E, Keirse MJNC. Effective Care in Pregnancy and Childbirth: Pregnancy [internet]. 1989 [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=Wp1sAAAAMAAJ>

Chalmers B. WHO appropriate technology for birth revisited. *Br J Obstet Gynaecol*. 1992;99(9):709-10.

Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Nakamura-Pereira M, Diniz CSG, Brum IR, et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica* [internet]. 2014 [acesso em 15 set 2021]; 30(suppl 1):S169-81. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00154213>

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cien Saude Colet* [internet]. 2005 [acesso em 15 set 2021]; 10(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFFy8PdNkYgJ6ssQ/?lang=pt>

Diniz CSG. Evidências em saúde: o que são, o que podem ser, e de que tipo de evidências precisamos. In: Paiva V, França AJRI, Kalichman AO, organizadores. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Juruá; 2013. p. 49. (Planejar, fazer, avaliar; IV)

Diniz SG. Maternidade voluntária prazerosa e socialmente amparada. In: Araujo MJO, Souza MJ, Verardo MT, Francisquetti PPSN, Moraes RR, Bonciani RDF, et al., organizadores. *Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde*. São Paulo: Coletivo Fem. Sexualidade e Saúde; 2000. p. 79-98.

Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Journal of Human Growth and Development* [internet]. 2009 [acesso em 15 set 2021]; 19(2):313. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19921>

Diniz SG, Chacham A. Dossiê humanização do parto. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2002.

Enkin M, Keirse MJ, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Freitas-Júnior RAO. Avoidable maternal mortality as social injustice. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [internet]. 2020 [acesso em 15 set 2021]; 20(2):607-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292020000200607&tlng=en

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – FOC. Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia – Apice On [internet]. 2017a [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>

Gama SGN, Thomaz EBAF, Bittencourt SDA. Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da Rede Cegonha. Cien Saude Colet [internet]. 2021 [acesso em 15 set 2021]; 26(3):772-772. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000300772&tlng=pt

Gomes ML, Moura MAV. Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica. Revista Enfermagem UERJ. 2012;20(2):248-53.

Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cien Saude Colet [internet]. 2018 [acesso em 15 set 2021]; 23(6):1915-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=pt&tlng=pt

Leal MC, Gama SGN. Nascido no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa [internet]. 2014 [acesso em 15 set 2021]; Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>

Leal MDC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica* [internet]. 2014 [acesso em 15 set 2021]; 30(suppl 1):S17-32. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00151513>

Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet* [internet]. 2016 [acesso em 15 set 2021]; 388(10056):2176-92. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616314726>

Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Atenção materna e neonatal: ANS disponibiliza dados importantes na saúde suplementar [internet]. 2021a. [acesso em 21 ago 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/atencao-materna-e-neonatal-ans-disponibiliza-dados-importantes-na-saude-suplementar>

Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Parto adequado [internet]. 2021b [acesso em 21 ago 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado>

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos [internet]. 2021 [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>

Ministério da Economia (BR). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos de desenvolvimento do Milênio. Relatório nacional de acompanhamento. Brasil; 2014.

Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília (DF); 2005.

Ministério da Saúde (BR). Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores de mortalidade. C.3 Razão de mortalidade materna [internet]. 2011 [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03b.htm>

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher [internet]. 2020 [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal [internet]. 2017b [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília (DF); 2015.

Nunes ADS, Amador AE, Dantas APQM, Azevedo UN, Barbosa IR. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. Revista Brasileira em Promoção da Saúde [internet]. 2017 [acesso em 15 set 2021]; 30(3):1-10. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6158>

Organização Mundial da Saúde - OMS. Care in Normal Birth: a practical guide [internet]. 1996 [acesso em 20 set 2021]. Disponível em: https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

Organização Mundial da Saúde - OMS. Report on the meeting of national maternal, neonatal and child health programme managers: addressing the main causes of maternal, neonatal and child mortality [internet]. Amman: World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2015 [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253416/IC_Meet_Rep_2015_EN_16334.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organização Mundial da Saúde - OMS. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: executive summary. 2016.

Organização Mundial da Saúde - OMS. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience [internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

Organização Mundial da Saúde - OMS. Organização Pan-americana de Saúde - PAHO. Appropriate Technology for birth. The Lancet [internet]. 1985 [acesso em 15 set 2021]; 326(8452):436-7. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673685927503>

Organização Mundial da Saúde - OMS. Strategies towards ending preventable maternal mortality (EPMM) [internet]. 2015 [acesso em 15 set 2021]; Disponível em: http://www.everywomaneverychild.org/images/EPMM_final_report_2015.pdf

Organização das Nações Unidas - ONU. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [internet]. 2015 [acesso em 15 set 2021]; Disponível em: <https://stg-wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/11125/unepswiosm1inf7sdg.pdf?sequence=1>

Pereira ALF, Moura MAV, Souza IEO, Tyrrel MAR, Moreira MC. Pesquisa acadêmica sobre humanização do parto no Brasil: ten-

dências e contribuições. *Acta Paulista de Enfermagem* [internet]. 2007 [acesso em 15 set 2021]; 20(2):205-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200015&lng=pt&tlng=pt

Rattner D, Jones RH, Diniz SG, Beltrão RS, Lopes AFC, et al. Os movimentos sociais na Humanização do parto e do nascimento do Brasil. In: Ministério da Saúde (BR), organizador. *Humanização do parto e do nascimento* [internet]. 2014. (Cadernos humaniza-SUS;4). p. 109-132. [acesso 15 set 2021]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/humanizacao-do-parto-e-do-nascimento/>

Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [internet]. 2009 [acesso em 15 set 2021]; 13(suppl 1):595-602. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500011&lng=pt&tlng=pt

Rede Parto do Princípio. *Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa* [internet]. 2015 [acesso em 15 set 2021]; Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/sobre>

Rede pela Humanização do parto e Nascimento - ReHuNa. *Rede pela Humanização do parto e Nascimento* [internet]. 2019 [acesso em 15 set 2021]; Disponível em: <https://rehuna.org.br/>

Reichenheim ME, Zylbersztajn F, Moraes CL, Lobato G. Severe acute obstetric morbidity (near-miss): a review of the relative use of its diagnostic indicators. *Arch Gynecol Obstet* [internet]. 2009 [acesso em 15 set 2021]; 27;280(3):337-43. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s00404-008-0891-1>

Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet* [internet]. 2014 [acesso em 15 set 2021]; 384(9948):1129-45. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614607893>

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SP). Política Estadual de Humanização - PEH. Brasil; 2012.

Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [internet]. 2004 [acesso em 15 set 2021]; 4(3):269-79. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300007&lng=pt&tlng=pt

Silva AAM, Leite ÁJM, Lamy ZC, Moreira MEL, Gurgel RQ, Cunha AJLA, et al. Morbidade neonatal near miss na pesquisa Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica* [internet]. 2014 [acesso em 15 set 2021]; 30(Suppl 1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/n9hWNLcgp87zxkm3xKCvWz/?lang=pt#>

Souza J, Tunçalp Ö, Vogel J, Bohren M, Widmer M, Oladapo O, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG* [internet]. 2014 [acesso em 15 set 2021]; 121:1-4. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12735>

Souza JP, Pileggi-Castro C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. *Cad Saude Publica* [internet]. 2014 [acesso em 15 set 2021]; 30 (suppl 1):S11-3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300003&lng=pt&tlng=pt

Vilela MEA, Leal MC, Thomaz EBAF, Gomes MASM, Bittencourt SDA, Gama SGN, et al. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. *Cien Saude Colet* [internet] 2021 [acesso em 15 set 2021]; 26(3):789-800. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000300789&tlng=pt

Implementar o Plano de Parto para que as Vozes de Grávidas Sejam Escutadas

**Giulia Catissi¹, Luiza Santana Ferreira²,
Adriana Dias³, Sílvia Helena Bastos de Paula⁴**

Introdução

A Atenção Materno infantil é tema de destaque nas agendas de governos em todo território e consta da Agenda do Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de 2030, com esforços direcionados para a instituição e implementação de políticas públicas e programas de promoção da saúde materna e na redução de desfechos trágicos advindos do ciclo gravídico-puerperal (PNUD,2105; Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2020-2023). Principalmente quando se observa no tocante à mortalidade por causas obstétricas diretas e se considera a prevenção, ao se pautar ações que fortaleçam a integração da rede assistencial no pré-natal e na assistência hospitalar qualificada (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2019; Ministério da Saúde, 2009).

-
- 1 Giulia Catissi (giulia.catissi@yahoo.com.br) Enfermeira, mestranda em Ciências da Saúde pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, Especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde e Diretora da Atenção Básica de Saúde de Itanhaém/SP.
 - 2 Maria Luiza Ferreira (mariaferreira280297@gmail.com) Obstetritz. Especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
 - 3 Adriana Dias (adrianadiasses@gmail.com) Enfermeira, Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, especialista em Gestão em Saúde e Coordenadora do Grupo de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil e Fetal de São Paulo e Vice-Presidente do Comitê de Vigilância à mortalidade Materna infantil e Fetal de São Paulo.
 - 4 Sílvia Helena Bastos de Paula (silviabastos@isaude.sp.gov.br) Enfermeira, Doutora em Ciências, Mestre de Saúde Pública, Pesquisadora Científica VI do Núcleo de Práticas de Saúde do Instituto de Saúde.

Os cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), se constituem em elementos imprescindíveis no cotidiano dos sistemas de saúde, pois suas ações atendem a uma preocupação com a saúde de um público com vulnerabilidades específicas, cujos indicadores de saúde representam a resposta dos serviços quanto a efetividade e na integralidade da atenção em saúde nesse segmento, em particular nos eventos de gravidez durante o período da pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19) ainda em curso em 2023, com importante repercussão requerendo além de vacina contra o Covid, a necessidade de isolamento social para reduzir a disseminação do vírus (Takemoto, 2020; Souza, 2021).

Discute-se, desde 2020, os efeitos de interrupções de atendimentos e adaptações efetuadas nos serviços de atenção básica e nas maternidades quanto a forma de prestação de cuidados na gravidez e no parto, e nas questões de direitos sexuais e da reprodução. Por parte de usuárias e usuários, sabe-se que diante do medo da disseminação do vírus muitas grávidas ficaram em casa, o que influenciou na realização de consultas de pré-natal, prejudicou a escuta pela suspensão de atividades sob presença e de grupos no pré-natal. Tal situação interferiu na implementação de direitos sexuais e reprodutivos já conquistados, como a adoção do plano de parto, presença de acompanhante e visita prévia à maternidade (Souza, 2021; Dema, 2022; Raimunda, 2021; Guedes, 2020).

Como importante indicador de saúde, a mortalidade materna reflete no que tange a qualidade da atenção em saúde de grávidas, e de maneira indireta, no desenvolvimento da população em geral. Segundo a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA): “Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério” (RIPSA, 2008).

Os dados do estudo “Nascer no Brasil” mostram que para mulheres atendidas nas maternidades e hospitais participantes da amostra da pesquisa, em diferentes regiões do país, somente 5,6% tiveram o parto normal assistido sem nenhuma intervenção e em 45,5% delas foram realizadas cesarianas, apesar de 56,8% terem sido consideradas como casos de risco habitual, com indicação de parto normal. O estudo descreveu muitas intervenções que podem se constituir atos de violência obstétrica

a que essas mulheres foram submetidas no trabalho de parto como: punção venosa (70% da amostra), administração de ocitocina intravenosa e amniotomia (romper a bolsa de águas que envolve o feto) visando a aceleração da progressão do trabalho de parto (cerca de 40%), realização da posição litotômica (a mulher deitada de costas com as pernas flexionadas e afastadas em suportes) em 92% dos casos, manobra de Kristeller (aplicação de pressão abdominal na altura da parte superior do útero), que é prática obsoleta e há muito não recomendada, em 37% dos casos e a episiotomia (corte na região do períneo) ocorreu em 57% dos partos (Leal et al., 2014). Considerar natural a violência obstétrica (VO) e más práticas, dentro do cenário de atenção obstétrica no país, são o maior obstáculo para o enfrentamento deste tipo de violência, existindo até grande desconhecimento por parte das mulheres, que muitas vezes não reconhecem as experiências vividas de violência. Quando se fala disso, é natural citar exemplos de violência verbal e física relacionados a condutas obstétricas ultrapassadas, já contraindicadas pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2017). Todavia, o termo se aplica no cotidiano dos serviços de saúde, pois há práticas tidas como rotineiras, sem base científica, não efetivas, além do uso de falas que subjagam as mulheres durante seus processos de parir.

Uma estratégia que contribui como oportunidade de criação de vínculo respeitoso e delicado, com cuidado humanizado com a usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) ofertado no pré-natal é a elaboração de carta com seus desejos e pretensões para as escolhas no momento de parto e nascimento. Esta carta de desejos e escolhas é o Plano de Parto, sendo um instrumento fortemente recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018). O documento surgiu como recurso para assegurar as necessidades e desejos das mulheres, de modo que parturientes recebam informações durante o trabalho de parto, pós-parto imediato, cuidados com o recém-nascido e para que participem ativamente dos processos de tomada de decisão, bem como meio de prevenção quaternária à violência obstétrica. Trata-se de um instrumento de comunicação entre a usuária e a equipe de saúde, considerando os múltiplos agentes nos vários cenários, que são percorridos em todo o período de acompanhamento da gravidez.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2018), define violência obstétrica, em sua cartilha informativa, em essência como o desrespeito à mulher, seu corpo e seus processos reprodutivos, podendo ocorrer tanto na gravidez como no pós-parto, mesmo em situações de aborto, sendo capaz de afetar o bebê e os familiares da parturiente. Ela se dá em razão de tratamento desumano na atenção obstétrica, além de “patologizar” processos naturais do parto e de não se ter consciência dos riscos de tratamentos farmacológicos excessivos, impedindo que as mulheres decidam sobre o que fazem a seus próprios corpos.

Em maio de 2019, o Ministério da Saúde emitiu um despacho, em que torna proibitivo o uso do termo “violência obstétrica”, porém, o Ministério Público Federal recomendou a utilização do termo, considerando que a proibição imposta representava censura aos movimentos sociais e às violências de gênero. Tempos depois, o Ministério da Saúde recuou de sua proposição inicial (Marques, 2020).

O Estado de São Paulo, em 2015, aprovou a Lei n.º 15.759, que “*Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências*”, norma revogada pela Lei n.º 17.431 de outubro de 2021, que consolida a legislação paulista relativa à proteção e defesa da mulher, incluindo os aspectos da Lei original, como a previsão do Plano Individual de Parto (São Paulo, 2021).

No estado de São Paulo, o apoio técnico considera o desenvolvimento de estratégias nos sistemas macrorregionais, que envolvam a implementação das linhas de cuidados que orientam e direcionam a atuação multiprofissional no contexto da rede integrada de serviços; as ações no território, os serviços assistenciais da rede formal, com o desenvolvimento de estratégias que englobam vigilância, humanização da assistência baseada em evidências, o estabelecimento de protocolos clínicos em todos os níveis de atenção do ciclo gravídico e puerperal, e a proposição do Plano de Parto está entre estas ações (Lima, 2020; Lima, 2021; Ferreira, 2022).

O Plano de Parto pode reduzir os transtornos de acesso à educação em saúde e aos serviços, identificar problemas socioeconômicos, e envolve ainda questões culturais e étnico-raciais que perpassam questões específicas do parto ao puerpério e revela desigualdades, falhas de acesso

e na estrutura da rede assistencial, dando-se a oportunidade de se analisar como um indicador das condições de vida de uma mulher e da assistência prestada. Diante do exposto o foco deste estudo visou promover a escuta de grávidas e suas percepções para possível contribuição na reformulação do Plano de Parto no município de Franco da Rocha (Franco da Rocha, 2020; Lima, 2020; Ferreira, 2022).

Trata-se de estudo qualitativo, que compôs as ações de formação e assessoria ao município, com recorte transversal, baseado na expressão de mulheres residentes no município da Rede Regionais de Atenção à Saúde (RRAS-3) de Franco da Rocha. Os dados foram colhidos em novembro de 2021, por meio de uma roda de conversa e entrevistas de profissionais de saúde da rede de atenção à saúde do município. Na roda de conversa houve o afastamento físico, uso de máscara e ambiente ao ar livre.

A amostra de pesquisa foi composta por representantes da gestão municipal, da assistência direta, do conselho de saúde e por 14 usuárias. Foi uma amostra de conveniência estabelecida previamente com a gestão municipal. A roda de conversa foi o recurso metodológico utilizado considerando que círculos de conversação, com base em estímulo de uma temática, permitem “partilha de saberes e reflexividade sobre experiências individuais ou coletivas” (Pinheiro, 2020). Ainda o autor, citando Paulo Freire, comenta que a participação efetiva no processo se dá pela intenção de dar voz aos participantes.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Saúde (IS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. O estudo compõe o projeto geral do Curso de Especialização do Instituto de Saúde, intitulado “Planejamento de ações estratégicas de saúde baseadas em evidências científicas no município de Franco da Rocha” (Lima, 2020; Ferreira, 2022), aprovado em 12 de julho de 2021 - segundo Parecer n.º 4.842.094, pela Plataforma Brasil enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa e seguiu as normas da Resolução 466/201 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados e Discussão

Durante a Roda de Conversa foi proposta a “Dinâmica de Expectativas sobre o Parto”. Neste momento, cada grávida e/ou seus parceiros/acompanhantes anotou, nas folhas de sulfite entregues a cada um, um desejo, impressão e/ou ideia sobre o parto. Depois estes papéis foram espalhados no chão do espaço, e foi pedido que elas circulassem pelo ambiente. Foram perguntadas as opiniões do que viram, como elas reagem sobre o que leram e se tinham algo para compartilhar com o grupo.

Quadro 1. Caracterização das participantes da Roda de Conversa, Franco da Rocha, 2021.

Participantes	Idade	História Obstétrica	Idade Gestacional
Participante 1	41	G*4	37 semanas
Participante 2	Não informou	G3	26 semanas
Participante 3	25	G3-A**1	38 semanas
Participante 4	20	G3	27 semanas
Participante 5	29	G2	35 semanas
Participante 6	34	G3	26 semanas
Participante 7	26	G1	semanas

Fonte: Dados da pesquisa sistematizados pelas autoras.

G* - número de gravidez tidas e incluindo a atual A** - número de aborto tidos

No decorrer da roda, outras questões serviram como disparadoras para o diálogo, como por exemplo: se alguém teve alguma experiência de parto e se gostaria de compartilhar, se sabiam o que é consentimento informado e o que acreditavam ser informação indispensável no momento do parto. Foi explicado o que é um Plano de Parto; a partir das falas também se nomeou a violência obstétrica; indagou-se se mais alguém gostaria de compartilhar algo e encerrou-se a roda de conversa.

No decorrer das entrevistas, observou-se que houve algumas barreiras para a implementação do Plano de Parto em Franco da Rocha: muitas delas estão associadas com a relação entre o município e as maternidades, destacando-se a resistência da maternidade de referência em aderir ao Plano de Parto e a frustração dos profissionais da atenção primária de Franco da Rocha e das usuárias com isso.

Com base nas respostas produzidas durante a “Dinâmica de Expectativas sobre o Parto” a discussão foi iniciada. Alguns temas apareceram mais vezes nas folhas de papel escritas pelas participantes como: medos relacionados à assistência ao parto em si, principalmente de sofrer com a dor, de se desgastar para ter um parto normal e no final ser feita uma cirurgia cesariana, medo de precisar de pontos cirúrgicos após o parto ou de ficar sozinha e também receios relacionados a amamentação. Há frases com dúvidas sobre qual seria o melhor momento para ir para a maternidade e uma com um desejo de ser atendida com igualdade.

Figura 1. Roda de conversa realizada na UBS Parque Vitória, Franco da Rocha, 2021.



Fonte: registro da autora

Das frases colhidas durante a “Dinâmica de Expectativas sobre o Parto” foram assinaladas as questões: Acompanhante no parto; Medos; Direito de Escolha; Hora de ir para a maternidade; Violência Obstétrica; e Nossas vozes precisam ser ouvidas.

Partindo do princípio

A pessoa acompanhante no trabalho de parto, de escolha da parturiente, é fundamental para que suas vontades sejam respeitadas; nas entrevistas com profissionais, afirmou-se que era comum que esta companhia fosse figuras femininas: mães, irmãs, tias e/ou sogras. Porém, quando foi levantada esta questão, a participante sete preferiu que seu marido/companheiro fosse o acompanhante, afirmando sua relação de parceria e confiança:

“...muitas meninas falando que com uma semana nem estava sentido dor, não sabe a hora certa de ir para o hospital, às vezes muitas vão para o hospital mais de três vezes, às vezes sozinha, pegando condução, nem tendo dinheiro para isso e chega lá, eles falam que está com três, quatro dedos e manda voltar (...) não adianta ficar mandando para casa sem saber a hora, e muita gente fica com medo de ir, e acaba que depois nem passando [não ser atendida]”. (Entrevista # 6)

“...acho que elas (mãe e sogra) são preparadas para o parto(...), mas eu o quero (o pai) e ele também quer essa conexão(...) ele é um pai muito presente, muito preocupado, é um paizão, na barriga, imagine fora. E eu só vou ter com ele.” (Entrevista #7)

No decorrer da roda apareceram muitas dúvidas a respeito do momento certo de ir para a maternidade; há narrações que não é incomum grávidas procurarem atendimento na maternidade e retornarem para suas casas, muitas vezes sem orientações sobre o momento certo para retornar para efetiva admissão ao trabalho de parto. Frisa-se que as duas maternidades de referência de Franco da Rocha situam-se em municí-

pios vizinhos, o que implica que a locomoção seja custosa e cansativa, ainda mais difícil para aquelas que não conseguem arcar com gastos.

“Parirás com dor”

O medo foi um dos sentimentos mais citados nas falas a respeito das expectativas do parto, com características e sentidos diversos: medo da dor (Rede Parto do Princípio, 2021); medo do parto; medo da solidão; e medo da amamentação, emergiram nas falas e nas frases escritas para a “Dinâmica de Expectativas sobre o Parto”. Para algumas era medo até de falar sobre ele, sendo que muitas escreveram, mas poucas comentaram abertamente sobre os medos que as afligiam. A fala da participante #7 sintetiza o que foi dito:

“(...) eu tenho medo de estar sozinha, eu tenho medo de sofrer na mão das pessoas, da amamentação, porque o leite está muito caro.” (Entrevistada # 7)

Parte desse medo nasce da desorientação e desinformação que essas mulheres têm sobre o trabalho de parto, do que se esperar e do que pode acontecer, principalmente quanto aos sinais do próprio corpo para o início do trabalho de parto. Usuárias do SUS associam o medo do parto ao acesso à saúde, pois existe o medo de serem maltratadas por profissionais, ou até mesmo de sofrerem alguma retaliação, caso contestem alguma conduta prestada (Andrezzo, 2016).

Outro medo manifestado pela participante de número sete, compartilhado por outras, foi em relação à cirurgia cesariana:

“Cesárea é o meu medo também, de tentar vários dias, tentando normal, sofrendo e no final ser cesárea, eu não queria (...)” (Participante # 7)

Aqui o medo não seria da cirurgia em si, mas do sofrimento associado por elas à tentativa de ter um parto normal, ou seja, de sentir dor por horas e esse esforço ser em vão, uma vez que o desfecho não seria o desejado, e sim uma cirurgia cesariana, quando se receberia analgesia e não precisaria sentir esta dor. Este aspecto foi levantado também pela

participante #2, porém com outra perspectiva: para ela as grávidas poderiam ter o direito de escolher a via de parto previamente, devido à Lei 17.137/2019, que permitia as cesáreas sem indicação médica no estado de São Paulo (2019), e assim não estariam sujeitas ao que ela refere como imposição dos profissionais na atenção ao parto:

“Tem [a lei] que a mãe pode escolher a forma que prefere ter o filho, cesárea ou normal, mas quando chega na hora, que chega lá, não é dessa forma, é eles que impõem se vai ser normal (...) então eu acho que isso tinha que ser diferente, como eu optei pela cesárea, eu teria que ter o meu direito de chegar lá na data certa, eu opto por meu parto ser cesárea e que seja cesárea, não eles ficarem segurando para ser normal.” (Participante #2)

Atualmente a prática da cirurgia cesariana não se trata apenas de uma via de parto segura para os 10% a 15% da população que de fato necessitarão desta intervenção. Pelo contrário, ela perpassa fatores culturais, sociais e interesses mercadológicos, que repercutem no processo de escolha da via de parto. A Lei 17.137/2019 se apropria, de modo distorcido do discurso de autonomia das mulheres e sobre a defesa dos direitos das mulheres ao próprio corpo e ao respeito por suas preferências para o parto, apoiadas pelos próprios movimentos de Humanização do Parto, sem considerar a persistência de práticas de assistência que contribuem para a violência obstétrica e para mortalidade materna no Brasil (Brasileiro e Pereira, 2021).

As intervenções dolorosas reforçam um estigma com relação ao parto normal, principalmente se o desfecho não for satisfatório, ou seja, todo o esforço e sofrimento seriam em vão, mas o que nutre este medo é a fragilidade oriunda da autonomia não desenvolvida por práticas educativas desde a concepção que impedem o seu protagonismo. Na literatura, bem como na prática da assistência, existe o entendimento de uma intervenção fracassada levar para outra e, assim, sucessivamente, formando uma “cascata de intervenções”. A cesariana então pode-se ser entendida como uma fuga da violência obstétrica que seria vivida nas intervenções do trabalho de parto (Zanardo et al., 2017).

Para Russo (2019), a dor, seja a do parto ou qualquer outra, não seria:

“A simples resposta a um estímulo (uma qualidade intrínseca da sensação crua), mas o modo como percebemos a experiência e avaliamos o estímulo. É uma maneira de sentir, de vivenciar e nomear uma experiência” (Russo et al, 2019; p.522).

Fato é que a dor no parto é um processo fisiológico, não é um sinônimo de sofrimento. O sofrimento acontece quando esta dor é acompanhada do “excesso de intervenções e pela falta de acolhimento e proteção, a dor transformando-se, neste caso, em um ‘monstro’, e nos serviços de assistência ela é potencializada como força de punição para parturientes (Tesser et al., 2015).

“Então o meu primeiro filho, quando eu tive, porque eu tive muito nova, eu tive com 14 anos, então eu sofri bastante, o meu primeiro, eu levei 33 pontos, então se eu tivesse trocado de plantão eu não estaria ali.” (Entrevistada # 4)

Vocalizar a dor é uma maneira comum de expressá-la, quase involuntária, porém gritar não é aceito no modelo biomédico de assistência e verifica-se que ao agir de modo contrário ao que é considerado o certo no trabalho de parto, a mulher é punida com a falta de assistência. Ou seja, se elas gritarem de dor, não serão atendidas pela equipe, elas devem sofrer em silêncio:

“Quanto mais você grita, você fala que está doendo e não sei o que, eles falam, na hora de fazer não doeu (então para de gritar).” (Participante #2)

Quadro 2. Formas de violência obstétrica relatadas na Roda de Conversa, Franco da Rocha, 2021.

Categoria	Exemplo
Cuidado indigno e abuso verbal.	“Quanto mais você grita, você fala que está doendo e não sei o quê, eles falam, na hora de fazer não doeu (então para de gritar).” (Participante #2)
Discriminação baseada em certos atributos.	“É porque eu já vi, uma vez eu estava no hospital e tinha uma menina que era branquinha, ela foi atendida melhor do que a outra, eu falei até para a enfermeira, por que que vocês a trataram melhor do que a outra? Ela não respondeu, mas a gente vê que foi um tipo de racismo por causa da desigualdade.” (Participante # 1)
Abandono, negligência ou recusa de assistência.	“Então, o meu primeiro filho, quando eu tive, porque eu tive muito nova, eu tive com 14 anos, então eu sofri bastante, o meu primeiro, eu levei 33 pontos, então se eu tivesse trocado de plantão eu estaria ali.” (Participante #4)

Fonte: Elaborado pelas autoras baseado em Tesser et al. (2015).

“Nossas vozes precisam ser ouvidas”

A violência obstétrica é um instrumento de deslegitimação de parturientes, tornando sujeitos passivos aos processos do hospital, interligada à violência de gênero e outras violações de direitos cometidas nas instituições de saúde contra suas usuárias (Diniz, 2005). A reação a isto ainda é um processo individual, pois ao se ouvir as falas de outras grávidas a respeito de violências vividas por elas, muitas vezes até não entendidas como processos violentos, a Participante # 3 pontuou:

“A gente pode reclamar, não pode gritar? Não, gritar, não pode gritar, mas você tem que falar o que você está sentindo (...) ele (o médico) "mãezinha, mas você não pode gritar", eu estou falando com você, se você não escuta, eu vou ter que falar mais alto (...) se você não falar o que está sentindo, eles não vão saber se está bem, "ela está calada, então ela está

ótima, deixa ela lá (...) eu sei se é a primeira filha minha, mas eu conheço o meu corpo, eu não estou aguentando". (Participante # 3)

Ela ainda reafirma a importância desta ação para a atenção à saúde, “às vezes você tem que reclamar para poder ter um atendimento ótimo”. Porém, a escuta é um processo de dois lados, alguém estar atento para ouvir esta reclamação, então disso construir um atendimento respeitoso.

Em estudo argentino Mantilla e Di Marco (2020) afirmam que o plano de parto é um meio que permite a apropriação e mobilização de mulheres em suas interações com o sistema de saúde; ademais de “se comportar como um termômetro para medir a predisposição dos profissionais em respeitá-los”. Informações a respeito da fisiologia do parto e nascimento repercutem nos processos de empoderamento das mulheres participantes do estudo.

Fortalezas e Barreiras para implementação do Plano de Parto

A violência obstétrica sistemática é uma barreira reconhecida e presente na fala dos diferentes grupos de usuárias e profissionais. O grupo educativo para pessoas grávidas e seus acompanhantes foi identificado em Unidade de Saúde (UBS) local como uma fortaleza que foi reconhecida tanto no grupo de mulheres como no dos profissionais, fortalecendo o vínculo entre serviço e usuárias e como fonte genuína de trocas entre pares.

O Quadro 3 aponta os pontos de convergência entre os dois grupos de análise:

Quadro 3. Principal ponto de convergência entre profissionais de saúde e participantes da Roda de Conversa, Franco da Rocha, 2021.

Categorias	Convergências	Profissionais de Saúde	Participantes da Roda
Barreiras	Violência Obstétrica	“Tem muita violência obstétrica, que (sobe) em cima da mulher, e a maioria delas me relata isso.” (Enfermeira # 3)	“quanto mais você grita, você fala que está doendo e não sei o quê, eles falam, na hora de fazer não doeu (então para de gritar).” (Participante #2)
Fortalezas	Grupo Educativos Pré-Natal e Puerpério	“Pensando nisso e para que pudéssemos ter esse vínculo com eles, não o perder, eu busquei fazer o grupo através do WhatsApp (...) e eu me coloquei à disposição para que nós pudéssemos ter esse contato com as gestantes. Ele chegou a ter 135 gestantes. Durante essa pandemia, o NASF e o pessoal técnico começaram a participar junto comigo.” (ACS #3)	“a gente tem no WhatsApp, muitas meninas falando que com uma semana nem estava sentido dor, não sabe a hora certa de ir para o hospital” (Participante #6)

Fonte: dados da pesquisa sistematizados pelas autoras.

Resistências

Não foi incomum nas narrações emergir o tema de que haveria uma resistência de Maternidade de Referência diante do Plano de Parto. As enfermeiras são profissionais que têm um contato direto com as pessoas no pós-parto, comentam sobre ouvirem mulheres dizendo não terem suas

vontades descritas no Plano de Parto respeitadas pelos profissionais da assistência ao parto. A Enfermeira#3 foi a única que usou o termo violência obstétrica para se referir às condutas no hospital.

“Eu falo pelo que eu escuto, eu não atuo na maternidade, não sei como que é, mas a fala que elas me trazem é um incentivo a fazerem o plano de parto, até o link do modelo para elas poderem se basear, mas as que fizeram o plano de parto, elas relatam que não foi cumprido nem um terço. Tem muita violência obstétrica, que [sobe] em cima da mulher, e a maioria delas me relata isso.” (Enfermeira#3)

Ainda dentro da maternidade, na visão da ACS#1 há uma resistência por parte da equipe médica, em relação a novas práticas de assistência, preocupação também da Apoiadora da AB#1:

“Eu acho que nas próprias maternidades é, eu acho que a dificuldade é na maternidade por conta dos médicos mesmo, sei lá, eu acho que eles não dão essa opção pra mãe.” (ACS#1)

“Eu acho que se for feito um protocolo direitinho, não teremos problemas no município, porém, eu não sei como vai ser isso na maternidade, em relação aos médicos.” (Apoia AB#1)

Tal resistência citada é marcante e simbólica, e o Plano de Parto, de certo modo, apresenta-se como afronta ao saber biomédico por subverter a hierarquia do cuidado, uma vez que a própria formação médica tem esse caráter prescritivo e disciplinador, pela qual médicos(as) são donos(as) do conhecimento e os sujeitos pacientes (Andrezza, 2016; Tesser et al., 2015). Esta pesquisa não contou com a participação de qualquer profissional médico, o que dificulta a proposta de diálogo para novas estratégias de cuidado.

Na fala da Enfermeira #4, ela pontua sobre as expectativas e as possíveis frustrações que as mulheres podem ter no trabalho de parto, bem como os recursos que estariam disponíveis, orientações que compõem

o trabalho no momento de pré-natal, mas ficariam a cargo da situação da maternidade naquele momento, reforçando a importância do engajamento da equipe do hospital e da UBS nestas orientações.

“Eu sempre as deixo cientes de que tudo vai depender também do momento em que elas estão passando naquilo, porque, às vezes, você chega em uma maternidade, você está preparada para ser daquela forma e, de repente, não sai da forma que a gente quer. (...) Também para que elas não fiquem frustradas (...) às vezes você se planeja, tem um plano de parto e você chega na maternidade e não é um plantão bom, está com falta de obstetra, é todo mundo parindo, é falta de pessoal e envolve tudo.” (Enfermeira #4)

O Ministério da Saúde por meio das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e do Caderno HumanizaSus: Humanização do Parto e do Nascimento (2014), também recomenda o uso do Plano de Parto e por meio da Portaria 353 de 14 de fevereiro de 2017 (Ministério da Saúde, 2017), que estabelece o direito ao acompanhante. Todavia, eles podem ser elaborados por mulheres, seus pares, companheiros(as), familiares em conjunto com profissionais de saúde e forma individual, ou coletivamente com outras mulheres.

Em estudo nacional, o Plano de Parto é considerado como estratégia de prevenção quaternária, da mesma maneira que a Atenção Primária à Saúde (APS) seria a ambiência ideal para discussão de Planos de Parto, principalmente pela maior proximidade, o que favorece o vínculo entre grávidas e equipes de saúde devido à realização do pré-natal. Tal vínculo poderia ser capaz de reduzir os danos da descontinuidade de cuidado entre o pré-natal e parto, alinhando a equipe cuidadora na APS e o lugar de assistência ao parto.

Os autores e as autoras apontam que tais ações devem extrapolar o contexto da APS, “construindo formas de organização social do cuidado profissional que signifiquem diminuição de danos/hipermedicalização”, quando os profissionais da APS, alinhados com movimentos sociais e políticos atuantes pela “humanização” do parto, juntas apoiam as mudanças nas maternidades já em funcionamento e as novas iniciativas de serviços de cuidado ao parto.

É fato que uma atenção pré-natal de qualidade é indispensável para uma boa assistência obstétrica, influenciando diretamente nos desfechos maternos e perinatais. No entanto, o momento do pré-natal tem várias potências que devem, ou ao menos deveriam, sobrepor o cuidado biomédico, pois que, conforme mencionado por Mouta et al. (2017) investigou-se o Plano de Parto e se permite ou não o empoderamento feminino durante o trabalho de parto e parto para mulheres atendidas em uma Casa de Parto do Rio de Janeiro. As grávidas elaboraram o Plano de Parto individual no decorrer das consultas pré-natais com a equipe assistencial e pariram neste lugar. Com base nas entrevistas, as autoras consideraram o Plano de Parto como um instrumento que favorece o empoderamento feminino para tomadas de decisões, uma vez que tiveram autonomia e liberdade de escolha durante o trabalho de parto, além de poderem exercer o protagonismo de seus processos fisiológicos.

Lima et al. (2020) comenta sobre a atitude das equipes das maternidades de referência em não aderir às vontades de grávidas na assistência ao parto, no caso do município de Franco da Rocha, comprometendo assim a comunicação efetiva entre equipe de saúde e usuária, por meio da discussão sobre as indicações clínicas e suas devidas preferências e escolhas, recomendadas na Portaria nº 353 de 2017. O que influi diretamente nos esforços para a redução da violência obstétrica e desfechos desfavoráveis ao parto.

Considerações finais

O Plano de Parto propõe o acompanhamento da mulher em todo seu caminhar na rede, desde o diagnóstico da gravidez até o puerpério, considerando todos os níveis de atenção e a articulação da rede assistencial, incluindo a atenção primária, rede especializada e demais áreas que integram a oferta de cuidados à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Esta é uma das prioridades do Estado de São Paulo que visa promover a qualificação da atenção às grávidas, puérperas e crianças, considerando o binômio mãe-filho, a continuidade e a progressão do cuidado.

Depois da realização de dois estudos sobre diferentes perspectivas do Plano de Parto, pode-se afirmar que ele permanece relevante para o

município de Franco da Rocha, devendo ser considerada como prioridade das ações em saúde sexual e reprodutiva para que grávidas municipais tenham acesso a um cuidado integral e equitativo, alcançando a autonomia em seus processos de parto e nascimento, bem como forma de enfrentamento direto à violência obstétrica. As autoras consideram, em suas reflexões, que o fenômeno da gravidez e parição acontece com pessoas trans e não binárias, e que cada situação exige discussão sobre os aspectos de sua experiência singular no plano pessoal e nos serviços de saúde, sendo esse aspecto um objeto digno de ampliação e aprofundamento a partir de mais estudos. Tanto na fala dos profissionais como na das participantes do grupo, a maternidade aparece com o foco nas barreiras para a implementação do Plano de Parto no município, fazendo-se necessários diálogos articulados com os demais componentes da Rede Cegonha da gestão estadual. Pode-se citar a que estratégia da Rede Cegonha propõe o estabelecimento de uma rede integrada de cuidados, abrangendo o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada e qualificada ao ciclo gravídico-puerperal, e podem colaborar na implementação de Planos de Partos Regionais. Para tanto, são necessários seminários de ampliação da pauta com equipe assistencial para implementação do Plano de Parto aliados a elaboração de protocolos e/ou diretrizes municipais, balizados pela educação permanente dos profissionais de toda a rede, a fim de prestar um cuidado em saúde baseado em evidências científicas, até que possa atender a elevada rotatividade de trabalhadores no município. As proposições na consolidação do Plano de Parto propõem a adoção de medidas que visem à ampliação do acesso; melhoria da qualidade do pré-natal; adoção de boas práticas na assistência ao parto; puerpério; vinculação à referência ao parto; transporte seguro; direito a acompanhante; e outras.

Reconhecer quem são as mulheres que acessam os serviços e as diferenças socioeconômicas e culturais é um dos pontos centrais do Plano de Parto. Também a possibilidade de trabalho, do raciocínio do profissional para as seguintes situações: proposição de protocolos clínico-assistenciais e administrativos que atendam às necessidades em cada serviço de saúde; articulação com a rede de atenção; apoio aos trabalhadores dos serviços; qualificação das práticas; organização de encaminhamentos.

O fomento quanto à possibilidade do trabalho amparado nas linhas de ação, para o fortalecimento das redes de serviços de saúde, para as integrações dos profissionais e do trabalho em rede compartilhado e articulado do Plano de Parto permanece relevante para o município estudado (Franco da Rocha), devendo ser considerada como prioridade em ações de saúde sexual e reprodutiva de modo que pessoas grávidas tenham acesso a um cuidado integral e equitativo, alcançando a autonomia em seus processos de parto e nascimento, bem como forma de enfrentamento direto à violência obstétrica.

Referências

Andrezza HFA. O desafio do direito à autonomia: uma experiência de Plano de Parto no SUS [internet]. 2016 [acesso em 22 maio 2023 maio]. Doi:10.11606/D.6.2016.tde-07112016-141429

Brasileiro ACM, Pereira FA. Cesarianas eletivas no Brasil: exercício ou negação da autonomia das pacientes? Revista do Instituto de Ciências Penais [internet]. 2021 [acesso em 30 maio 2023]; 6(1):185-222, 2021. <https://doi.org/10.46274/1909-192XRI-CP2021v6n1p185-221> Disponível em: <https://www.ricp.org.br/index.php/revista/article/view/42>

Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM) - Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Conversando sobre Violência Obstétrica [internet]. 2018 [acesso em 22 maio 2023]. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/documents/20122/f60e278a-4bd2-0094-2917-e9fc0c74d310>

Dema E, Gibbs J, Clifton S, Copas AJ, Tanton C, Riddell J, Pérez RB, Reid D, Bonell C, Unemo M, Mercer CH, Mitchell KR, Sonnenberg P, Field N. Initial impacts of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health service use and unmet need in Britain: findings from a quasi-representative survey (Natsal-COVID). *Lancet Public Health* [internet]. 2022 [acesso em 30 maio 2023];7(1):e36-e47. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00253-X.

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2005 [acesso em 31 maio 2023]; 10 (3): 627-637. Doi: 10.1590/S1413-81232005000300019

Ferreira LS. Empoderando pessoas grávidas de Franco da Rocha para que suas vozes sejam escutadas no processo de atualização do Plano de Parto [internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2022 [acesso em 22 maio 2023]. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização de Saúde Coletiva. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/03/1362353/tcc-luiza-santana-ferreira.pdf>

Franco da Rocha (município). Prefeitura Municipal. Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva. Pré-Natal, Parto e Puerpério de Franco da Rocha (CARSGPP). São Paulo: Instituto de Saúde; 2018.

Guedes KF, Raimundo V K, Bastos SH. Saúde reprodutiva e o acesso a contraceptivos no contexto da pandemia de covid-19. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*. [internet]. 2021 [acesso em 20 maio 2023]; 22(2), 96-105. Doi: 10.52753/bis.v22i2.38643.

Leal MC, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro)* [internet]. 2014 [acesso em 30 maio 2023]; 30 Sup:S17- S47. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>

Lima GC. Barreiras e estratégias na implementação do plano de parto em Franco da Rocha [internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2020 [acesso em 22 maio 2023]. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Coletiva. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/11/1399565/bis-v22n2-sexualidade-genero-e-saudeii-29-40.pdf>

Lima GC, Ribeiro FS, Bastos SH, Lucena FS. Estratégias na implementação do Plano Parto: fortalezas e fragilidades levantadas na experiência do município de Franco da Rocha. *BIS, Bol. Inst. Saúde* [internet]. 2021 [acesso em 30 maio 2023]; 22(2): 29-40. Disponível em: <https://doi.org/10.52753/bis.v22i2.38630>

Mantilla MJ, Marco MH. Reflexividad, autonomía y consentimiento. Un análisis de las experiencias de mujeres en la búsqueda de un parto fisiológico en la Ciudad de Buenos Aires Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro) [internet]. 2020 [acesso em 31 maio 2023]; 35: 260-282 Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ) DOI: 10.1590/1984-6487.sess.2020.35.13.a

Marques SB. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2020;9(1): 97-119.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno [internet]. 2009 [acesso em 30 maio 2023]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, SUS: a Rede Cegonha [internet]. [acesso em 16 ago 2021]. Brasília: Diário Oficial da União. 24 jun. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Ministério da Saúde (BR). Humanização do parto e do nascimento [internet]. Brasília (DF); 2014 [acesso em 31 maio 2023]. (Cadernos humanizaSUS; 4) Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/humanizacao-do-parto-e-do-nascimento/>

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017: aprova as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal [internet]. Brasília (DF); 2017 [acesso em 30 maio 2023]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=20/02/2017&pagina=37>

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal [internet]. Brasília (DF); 2017 [acesso em 30 maio 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal [internet]. Brasília (DF); 2017 [acesso em 16 ago 2021]. Disponível: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/diretrizes-nacionais-de-assistencia-ao-parto-normal-versao-resumida/>

Mouta RJO, Silva TMA, Melo PTS, Lopes NS, Moreira VA. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Rev. Baian. Enferm* [internet]. 2017 [acesso em 16 ago 2021]; 31(4):e20275. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-897512>

Parto do Princípio. Dossiê da Violência Obstétrica. Parirás com dor. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres [internet]. 2012 [acesso em 02 jul 2021]. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/violencia-obstetrica>.

Pinheiro LR. Rodas de conversa e pesquisa: reflexões de uma abordagem etnográfica. *Pro-Posições* [internet]. 2020 [acesso em 20 jan 2022];31. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2019-0041>

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD. Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável: subsídios iniciais do Sistema Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [internet]. 2015 [acesso em 10 abr 2023]. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/>

Raimundo VK. Saúde Reprodutiva na Pandemia Covid-19: os desafios e respostas na atenção ao pré-natal em Franco da Rocha [internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2021 [acesso em 30 maio 2023]. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização de Saúde Coletiva. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2021/03/1151752/tcc-vitoria-karen.pdf>

Rede Interagencial de Informação para a Saúde - RIPSa. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [internet]. 2 ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde. 2008 [acesso em 30 maio 2023]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2095.pdf>

Russo J, et al. Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. *Mana* [internet]. 2019 [acesso em 31 maio 2023]; 25: 519-550. Doi: 10.1590/1678-49442019v25n2p519

São Paulo (Estado). Lei nº 17.431, de 14 de outubro de 2021. Consolida a legislação paulista relativa à proteção e defesa da mulher [internet]. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 14 out 2021. Diário Oficial Executivo. 15 out 2021. p.1. [acesso em 20 dez 2021]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2021/lei-17431-14.10.2021.htm>

São Paulo (Estado). Lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019. Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal [internet]. [acesso em 20 maio 2023]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2019/lei-17137-23.08.2019.html>

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SP). Indicadores do Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023 [internet]. [acesso em 10 abr 2023]. Disponível em:

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SP). Plano de Enfrentamento da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal no Estado de São Paulo – Grupo de Enfrentamento à Morte Materna e Infantil. Coordenadoria de Controle de Doenças. 2019 [acesso em 30 maio 2023].

Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/covid-19/mortalidade-materna/alta_responsavel_grupo_de_enfrentamento_morte_materna_infantil_fetal.pdf

Souza ASR, Amorim MMR. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [internet]. 2021 [acesso em 30 maio 2023]; 21:253- 256. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/R7MkrnCgdmyMpBcL7x77QZd/?format=pdf&lang=pt>

Takemoto ML, Menezes MDO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Amorim MM, Katz L, Knobel R. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [internet]. 2020 [acesso em 23 abr 2023]; 151(1): 154-156. Doi: doi/pdf/10.1002/ijgo.13300

Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [internet]. 2015 [acesso em 31 maio 2023]; 10(35):1-12. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>

World Health Organization - WHO. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [internet]. Geneva; 2018 [acesso em 20 maio 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

Zanardo GLP, et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & sociedade* [internet]. 2017 [acesso em 31 maio 2023]; 29. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-955855>

Para deixar a mulher "mocinha de novo": o ensino e a prática da episiotomia e do "ponto do marido" na assistência ao parto

**Luana Beatriz Lemes¹, Bruna Dias Alonso²,
Denise Yoshie Niy³, Carmen Simone Grilo Diniz⁴**

A episiotomia é o corte da vulva e da vagina no momento do parto, implicando na necessidade de uma sutura (chamada de episiorrafia), para costurar e fechar esse corte. Essa intervenção foi incorporada na assistência ao parto e tornou-se um procedimento de rotina, apesar de não existirem evidências que comprovem os seus benefícios. Embora tenha ocorrido expressiva redução da prática da episiotomia, especialmente no Brasil, onde esta intervenção já foi praticada em mais de 80% das parturientes na região sudeste (PNDS, 2006), continua a ser um procedimento realizado sem indicação clínica e muitas vezes sem o consentimento das mulheres⁵. Mais recentemente, a episiotomia tem sido reconhecida como uma intervenção invasiva, dolorosa e desnecessária, e mesmo como uma forma de violência, visto que fere a integridade corporal, assim como

-
- 1 Luana Beatriz Lemes (luana.lemes.pr@gmail.com), Fisioterapeuta, Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e integrante da Rede Feminista de Saúde - Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS/PR).
 - 2 Bruna Dias Alonso (bruna.dias.alonso@gmail.com), Obstetritz, Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), professora do Centro Universitário Faculdade das Américas e colaboradora da pesquisa "Nascer nas Casas de Parto".
 - 3 Denise Yoshie Niy (denise.niy@gmail.com), Editora, Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e integrante da rede Parto do Princípio.
 - 4 Carmen Simone Grilo Diniz (sidiniz@usp.br), Médica, Pós-doutora em Saúde Materno-Infantil pelo Cemcamp e pelo King's College London, Women's Health Division. Professora titular do Departamento de Saúde e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).
 - 5 Neste capítulo usaremos preferencialmente o termo "mulher" para nos referirmos às pessoas atendidas nos serviços de saúde, pois todas as pessoas entrevistadas referiram-se às parturientes utilizando os termos "mulher" ou "paciente". Entretanto, entendemos a importância de incluir mulheres e outras pessoas que experienciam a reprodução nesta pauta, como por exemplo homens transgêneros, embora essas pessoas não tenham participado da nossa amostra.

também tem impactos psicológicos, sociais e sexuais. Além da dor aguda e do risco de infecção no curto prazo, no longo prazo está associada a riscos aumentados de complicações como a dor crônica na região perineal e durante as relações sexuais, deformidades genitais, além da incontinência urinária e fecal (Kettle, Tohill, 2011; Leal et al., 2014; Diniz et al., 2016; Amorim et al., 2017; Leal et al., 2019).

O termo “vagina-escola” refere-se à formação de muitos profissionais de saúde no Brasil, em que a episiotomia e a episiorrafia são as primeiras oportunidades de treinamento de habilidades cirúrgicas, em especial na formação em enfermagem obstétrica, e na categoria profissional da medicina e em suas especialidades (Diniz et al., 2016). Os direitos das mulheres e outras pessoas que experienciam a reprodução são violados nesses casos, na medida em que são impossibilitadas de uma experiência de parto com integridade corporal e genital, apenas para se proporcionar oportunidade de treinamento para estudantes (Kitzinger, Rhiannon, 1981; Diniz et al., 2016; Diniz et al., 2021).

Os pressupostos de gênero que modulam a assistência à saúde das mulheres não raramente levam à “superestimação dos benefícios da tecnologia, e a subestimação ou invisibilidade dos efeitos adversos das intervenções” (Diniz, 2009, p. 315). Muitas vezes, pesquisadores e profissionais aceitam crenças da cultura sexual, que estão relacionadas ao “sexo socialmente construído”, como sendo explicações científicas e objetivas sobre o corpo e a sexualidade das mulheres (Davis-Floyd, Sargent, 1997; Diniz, 2009). Assim, uma intervenção cirúrgica como a episiotomia é comumente subestimada em seus impactos, referida como “cortezinho” ou “pique”, embora atinja várias camadas de tecidos, como músculos, vasos sanguíneos, incluindo o clitóris. Dessa forma, o corte no períneo é praticado com a crença de que previne lacerações graves e melhora a vida sexual pós-parto, ainda que essas afirmações já tenham sido refutadas por estudos científicos (Jiang et al., 2017; Amorim et al., 2017).

Outra crença bastante presente em nosso contexto é o “ponto do marido”, termo que se refere à prática de suturar a episiotomia e fazer a entrada da vagina mais “apertada” após o parto. Trata-se de um ponto extra que reduz a abertura da vagina e que pode provocar dor e complicações, como infecção, e prejudicar a retomada da atividade sexual pra-

zerosa por parte da mulher. Todavia, é realizado com o ensejo de tornar a vagina mais "atrativa" para o homem, em geral sem que a parturiente seja consultada a respeito. Com frequência, a mulher é informada pelo profissional (não raramente diante do parceiro e, muitas vezes, se dirigindo a ele) de que vai ficar "igual nova", "que nem mocinha", sendo a episiotomia descrita nos livros-textos com a intenção de "devolver a condição virginal", sugerindo à mulher que a intervenção será vantajosa (Diniz, Chacham, 2006).

É possível verificar a morosidade na implementação de práticas baseadas em evidência e principalmente na abolição de intervenções danosas e desnecessárias, como a episiotomia (Amorim et al., 2017; Leal et al., 2019; Diniz et al., 2021). Essa lacuna também é encontrada no ensino, pois mesmo que as evidências estejam cada vez mais disponíveis, isso não garante que profissionais de saúde serão treinadas(os) em conformidade ao consenso científico internacional, tampouco que as mulheres receberão cuidado qualificado e baseado nos direitos humanos. É importante, assim, avaliar as mudanças e compreender as estratégias que facilitaram a incorporação de boas práticas na assistência para obter avanços consistentes no campo do ensino (Diniz et al., 2021).

Nesse contexto, o objetivo deste trabalho foi descrever e analisar o ensino-aprendizado e a prática da episiotomia de profissionais de saúde e de docentes envolvidos com a assistência ao parto, sob uma perspectiva de gênero. Esta pesquisa usou o referencial teórico-metodológico dos estudos de gênero em saúde. Consideramos que o fenômeno corporal do trabalho de parto, parto e pós-parto, assim como a sua assistência, são eventos culturais complexos. A notável variabilidade cultural e geográfica dos modos de parir e sua assistência, fortemente influenciados pelas culturas locais, revela as diversas dimensões que moldam as práticas de assistência, como a cultura sexual daquela sociedade, suas hierarquias e valores relacionados ao gênero, classe social, religião, raça/etnia, geração, entre outros (Davis-Floyd, 1992; Diniz, 2009).

Aspectos teóricos e metodológicos desta pesquisa

O conceito de gênero é aqui compreendido como uma categoria que, no âmbito social, corresponde ao sexo anatômico e fisiológico das ciências biológicas. Neste sentido, o gênero é compreendido como o sexo socialmente construído, ou na definição de Rubin, o conjunto de disposições pelo qual uma sociedade transforma a sexualidade (e aqui nós acrescentamos, a reprodução) biológica em produtos da atividade humana e no qual se satisfazem essas necessidades humanas transformadas (Rubin, 1993; De Barbieri, 1993).

Utilizamos o termo "viés de gênero" para destacar como a pesquisa e a prática em uma determinada área do conhecimento podem negligenciar aspectos essenciais dos seus objetos de estudo, valorizando apenas aqueles que corroboram o paradigma dominante. Aqui, o objetivo epistemológico consiste em tentar afastar os elementos que causam este viés de gênero e tornam invisíveis ou distorcem a produção de conhecimento, com a finalidade de produzir descrições mais justas da realidade.

Um exemplo clássico deste viés de gênero é a crença de que o corpo feminino é essencialmente defeituoso, devendo ser corrigido por meio de intervenções de rotina no processo do parto. Neste sentido, há uma tendência para superestimar os benefícios das intervenções, ao mesmo tempo em que subestimam os riscos e danos associados a intervir. Este viés se complementa com a superestimação dos riscos de não intervir, e subestima a capacidade do corpo das mulheres de lidar com as transformações anatômicas e fisiológicas do parto espontâneo. A episiotomia é um exemplo clássico para o estudo destes vieses de gênero (Diniz, 2009).

Participantes e entrevistas

Para empreender esta pesquisa, optamos pela abordagem qualitativa. As narrativas de profissionais de saúde, tanto com relação à experiência de formação profissional quanto com relação à experiência na assistência e docência, foram estudadas a partir de entrevistas semiestruturadas, aqui tomadas "no sentido amplo de comunicação verbal, e no

sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico”, por meio da qual “não é possível apreender fidedignamente as práticas dos sujeitos, mas as narrativas de suas práticas” (Minayo, Deslandes, 2007, p. 64).

Para a realização das entrevistas foi desenvolvido um roteiro de perguntas, que foi previamente testado em dois momentos, com uma enfermeira obstetra e com dois médicos obstetras. Esta etapa serviu para aperfeiçoar o instrumento para as entrevistas seguintes e, ao mesmo tempo, fez parte das análises deste estudo. Este conjunto de informações foi avaliado por três especialistas da área. Após essa etapa, alguns ajustes foram realizados e a versão final do roteiro ficou pronta para aplicação.

As pessoas participantes foram selecionadas de acordo com a categoria profissional, que incluiu profissionais da enfermagem, da medicina e obstetrites⁶, independente do ano de formação, idade e local de origem (no território brasileiro).

As entrevistas começaram a partir de profissionais de saúde que cursavam a pós-graduação na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) em 2022. Por meio da estratégia bola de neve (Atkinson, Flint, 2001), foram entrevistadas pessoas mais distantes do cenário inicial, da seguinte forma: ao final da entrevista, foi sugerido a cada participante que indicasse profissionais de saúde (enfermagem, obstetrícia e medicina) para receberem o convite para participar da pesquisa. A maioria indicou, pelo menos, duas pessoas e forneceu os seus contatos. Apesar de a sugestão ser o contato por meio do correio eletrônico (*e-mail*), muitas pessoas indicaram contatos via *Whatsapp*.

Ao todo foram enviados 73 convites. Muitos deles não tiveram resposta e daqueles que foram respondidos, algumas pessoas não agendaram a entrevista ou não compareceram (virtualmente) no horário previsto. Este estudo contou com a participação de 20 pessoas (de 21 entrevistadas), buscando contemplar diferentes profissões de saúde, geração, gênero e localização geográfica.

As entrevistas foram realizadas no período de junho a dezembro

6 Obstetrites são profissionais da saúde que prestam cuidados às pessoas e famílias, especialmente durante a gestação, o parto e o puerpério. No Brasil, as obstetrites são graduadas pela Universidade de São Paulo (USP). Para saber mais, acesse: <https://www5.each.usp.br/bacharelado-em-obstetricia/>.

de 2022, de forma *online* por intermédio do aplicativo *Zoom*, recurso que permite gravação em áudio e vídeo. Essa estratégia foi escolhida em decorrência da pandemia de COVID-19, pois a etapa de teste do roteiro foi realizada durante o período crítico da doença no Brasil e a etapa de aplicação do instrumento ocorreu em um período de incertezas com relação ao retorno das atividades presenciais.

Além disso, esta estratégia foi escolhida para que pessoas mais distantes pudessem ser entrevistadas, sem que houvesse a necessidade de um deslocamento para a realização da entrevista, poupando tempo e recursos. Para as análises deste trabalho foram consideradas apenas as falas registradas em áudio. Os vídeos não foram utilizados, no entanto, as câmeras foram importantes para simular uma entrevista ao vivo.

Todas as entrevistas foram realizadas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após sanadas as dúvidas a respeito da pesquisa. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) sob o parecer número 5.351.939.

Todas as pessoas entrevistadas foram convidadas a relembrar, compartilhar e refletir sobre as oportunidades de ensino e aprendizado relacionadas à assistência às mulheres em trabalho de parto e parto, especialmente a respeito do cuidado com o períneo e o ensino e treinamento de habilidades cirúrgicas, especificamente da episiotomia e da episiorrafia. Adicionalmente, profissionais com experiência em docência foram convidadas(os) a refletir a respeito das mudanças no ensino e prática da episiotomia, percebidas entre o que aprenderam e o que ensinam e as principais barreiras enfrentadas pelas mulheres para terem um parto vaginal no Brasil com integridade corporal e genital.

A etapa de entrevistas foi encerrada segundo o critério de saturação, que acontece “quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação” (Minayo, Deslandes, 2007, p. 48).

Apenas uma pessoa foi excluída da amostra, devido à sua realidade muito diferente das demais, sua formação dupla e experiência de atuação internacional, o que poderia dificultar a percepção de diferenças entre as categorias profissionais e características da assistência brasileira, uma

vez que se referia à sua formação em outro país.

A maioria das entrevistas teve duração de aproximadamente 30 minutos. A entrevista mais curta durou 18 minutos e a mais longa, 55 minutos. Todo o material foi transcrito (de forma manual pela autora principal deste estudo) e o registro produzido foi descrito, analisado e interpretado segundo a técnica de análise temática (Minayo, Deslandes, 2007).

As características das pessoas participantes e a elaboração da síntese interpretativa estão descritas a seguir.

Com relação à idade, duas pessoas relataram ter 29 anos. As demais declararam ter acima de 30 anos, sendo cinco delas com 40 anos ou mais. A pessoa mais experiente relatou ter 55 anos. Os homens que participaram da pesquisa são médicos e se autodeclararam brancos. As demais entrevistas contaram com a participação de pessoas que se apresentaram como mulheres, entre elas, duas se autodeclararam pardas. As demais mulheres se autodeclararam brancas.

Com relação à categoria profissional, foram entrevistadas três profissionais da obstetrícia, quatro da medicina e 13 enfermeiras obstetras. Das quatro pessoas formadas em medicina, três são ginecologistas e obstetras, e uma é pediatra (que trabalha diretamente na assistência ao parto).

Entre as 20 pessoas entrevistadas, 14 formaram-se em universidades no Estado de São Paulo, três em Goiás, uma no Paraná, uma em Minas Gerais e uma na Paraíba. Ao todo, 13 pessoas graduaram-se em instituições públicas de ensino e, entre profissionais da enfermagem e medicina, nove pessoas especializaram-se em instituições públicas.

Com relação ao período de formação, duas pessoas formaram-se no século passado, na década de 90, uma delas formou-se em 1990 e a outra em 1999. No total, 12 pessoas relataram ter concluído a graduação na primeira década do século XXI, cinco pessoas concluíram na segunda década e uma pessoa concluiu em 2021.

Com relação ao tempo de experiência na assistência, três pessoas relataram até cinco anos de experiência, quatro pessoas relataram ter de seis a dez anos, seis pessoas relataram ter de 11 a 15 anos e sete pessoas relataram ter acima de 16 anos de experiência (três delas acima de 20 anos de prática). A pessoa mais experiente que participou desta pesquisa

relatou ter 30 anos de experiência na assistência à saúde. Ao todo, 15 pessoas relataram experiência com docência e ou experiência com estágio prático.

Principais temas abordados

Este capítulo é proveniente de uma tese de doutorado, para o qual foi produzido um conjunto mais amplo de questões que avaliou as últimas três décadas de ensino e assistência em saúde no contexto brasileiro (Lemes, 2024). Para este capítulo, foram selecionadas cinco questões: a) Você já ouviu falar do “ponto do marido”? b) Você alguma vez praticou o “ponto do marido” ou viu ele ser praticado? c) O que você pensou e como você se sentiu quando viu o “ponto do marido” ser realizado? d) Na sua opinião, quais são as principais barreiras enfrentadas pelas mulheres para ter um parto vaginal no Brasil com integridade do períneo? e) Na sua opinião, você considera que a episiotomia e o “ponto do marido” impactam a vida sexual das mulheres? Em que sentido?

A pergunta (d) foi aplicada apenas para as pessoas que relataram experiência com docência. Os relatos descritos a seguir serão apresentados de forma a não expor a identidade das pessoas entrevistadas, de maneira que os nomes utilizados para diferenciá-las são nomes fictícios.

Conhecimento e aprendizado do “ponto do marido”

Das 20 pessoas entrevistadas, apenas uma relatou que desconhecia a respeito do “ponto do marido”. Os demais relatos contaram sobre contato com o “ponto do marido” na formação, seja na graduação, na pós-graduação (incluindo especialização e residência) ou na prática profissional.

Sim, na graduação. Era pra reparar de uma forma melhor quando era feita a episiotomia, para aproximar os músculos que eram cortados na episiotomia. (Marcela 45 anos, médica ginecologista e obstetra)

Sim, na graduação e na pós-graduação. Era pra consertar o parquinho de diversões e pra deixar a mocinha de novo [...]. (Maurício 38 anos, médico ginecologista e obstetra)

Nunca realizei, mas já vi ele ser realizado. [...] No período da residência e na vida trabalhando. (Manoela 38 anos, enfermeira obstetra)

O fato de todas as pessoas da categoria médica terem relatado contato com o "ponto do marido" já na graduação indica a frequência com que a intervenção era recorrida por docentes desse curso, e permite supor que o procedimento era rotineiramente praticado e ensinado, como sugere o relato seguinte.

[...] A gente tinha vários desses chavões, que hoje soam absurdo, mas eram correntes na época, ponto do marido, força de fazer cocô, essas coisas. (Marcos 55 anos, médico ginecologista e obstetra)

Já entre enfermeiras obstetras, o fato de que apenas uma delas relatou contato com o "ponto do marido" durante a graduação pode se relacionar às mudanças no processo formativo e às atribuições profissionais, já que a enfermagem não tem a incumbência de realizar suturas. Durante a especialização ou na residência (dependendo de seu percurso formativo) é que passam a realizar suturas e, assim, ter contato com essa prática, o que se confirmou nos relatos desta pesquisa. Apenas a enfermeira formada em 1999 relatou que participou da assistência ao parto e praticou episiorrafias durante a graduação.

Chama a atenção a fala do médico ao se referir ao "ponto do marido" como estratégia para, em tese, restabelecer o estado "virginal" da puérpera, deixar a mulher "mocinha de novo", reforçando a crença de que a passagem do feto implica em um alargamento irreversível do orifício vaginal, diminuindo a atratividade sexual da mulher. O que foi descrito em um estudo anterior em que se discute que "a imagem sugerida pelo discurso médico é que, após a passagem do bebê, o pênis do parceiro seria pequeno demais para estimular ou ser estimulado pela vagina, agora distendida" (Diniz, Chacham, 2006, p. 87).

Trata-se de uma questão de crenças culturais a respeito do corpo das mulheres, a reprodução e a sexualidade. Para além de todos os preconceitos de gênero que expressa, essa fala denota uma visão distorcida, misógina e obsoleta (ainda que prevalente) sobre a anatomia e fisiologia

do sistema sexual e reprodutivo, uma vez que os tecidos que compõem a região perineal possuem capacidade de contração e relaxamento, permitindo que o feto passe pelo canal vaginal e que essa estrutura corporal retorne ao seu estado anterior. Se profissionais de saúde, especialmente da categoria profissional da medicina, acreditam que a vulva e a vagina são passivas (em comparação aos genitais masculinos, que seriam ativos), “fica difícil compreender que esses tecidos são capazes de se distender para o parto e depois se contrair. Assim, através da episiotomia, os médicos desconstroem e reconstroem a vagina, de acordo com suas crenças culturais” (Diniz, Chacham, 2006, p. 87).

Adicionalmente, a referência à vagina como “parquinho de diversões” reduz a mulher aos seus órgãos genitais e a objetifica, tornando-a mera fonte de prazer masculino.

[...] É bem comum ouvir nos hospitais. Tem falas horróricas dos médicos pros maridos explicando o que é o ponto do marido. [...] Eu ouvi coisas assim: “Parto sem episio não tem como deixar o parque bonitinho depois” [...]. (Mônica 36 anos, obstetriz)

Uma obstetriz contou que não viu essa prática durante a sua formação, mas teve contato com o “ponto do marido” durante a sua prática profissional.

No hospital onde eu trabalhei eu posso dizer que sim, porque é aquele último ponto que não tem nenhum sentido de fazer. Às vezes ele [o profissional médico] fala, mas às vezes ele nem fala, ele fecha a fúrcula muito mais aproximada sem nenhuma necessidade, faz uma tensão horrórica [...]. (Mônica 36 anos, obstetriz)

A profissional refere que o “ponto do marido” é realizado, embora seja desnecessário e mesmo sem sentido. Não se trata, portanto, de uma prática baseada em evidências. Por vezes, ainda, a sutura extra é efetuada sem que a parturiente seja informada e sem que forneça seu consentimento, o que constitui uma violação de seu direito à informação e à integridade física.

Outros relatos contaram sobre a experiência na assistência, e embora a episiotomia seja mais frequente em serviços típicos, centrados em

profissionais da medicina e sem atuação autônoma de enfermeiras obstetras e obstetras, em um dos relatos o "ponto do marido" era realizado por parteiras. Aqui, é possível perceber uma das definições práticas usadas para fazer referência a esse ponto:

[...] Assim que eu acabei [a especialização] eu voltei para a maternidade e tinha bastante parteira tradicional que trabalhava, elas tinham feito técnico, feito auxiliar de enfermagem, mas teoricamente elas entraram na maternidade porque eram parteiras e elas faziam muito o ponto do marido, então, eu acabei copiando e foi só quando eu fui estudar mais em relação ao períneo e saber qual era o protagonismo desse ponto do marido, que falavam: "O último ponto. Olha, aqui não pega anestesia, mas esse ponto é importante pro períneo recuperar". É triste, mas eu lembro de falar isso pras mulheres. (Marta 46 anos, enfermeira obstetra)

Eu não vi ele ser realizado, mas depois da especialização fui trabalhar em um centro obstétrico em que 100% dos partos eram realizados por médicos [...]. Eu lembro dos comentários: "Eu vou deixar aqui bonitinho pra você [parturiente]" [...]. (Maiara 34 anos, enfermeira obstetra)

Nas profissões de saúde, muito do aprendizado se dá na prática dos serviços, por vezes sem supervisão e sem alinhamento com as evidências científicas, o que fica evidente nos relatos acima. A reprodução acrítica de procedimentos – mesmo sabendo que causam dor à paciente – é também um aprendizado que se dá no campo, e em certa medida é valorizado por docentes, preceptores e colegas mais experientes.

[...] Docentes, preceptores, residentes, internos e os maridos [falavam]: "Deixa apertadinho aí" [...]. (Maurício 38 anos, médico ginecologista e obstetra)

[...] Eu já ouvi falando: "Eu vou dar um ponto aqui pra ficar mais justa, mais apertada". Já ouvi falar isso no hospital. (Miriam 29 anos, obstetra)

[...] Já vi aquela episiorrafia muito apertada [...]. (Madalena, 29 anos, enfermeira obstetra)

[...] Eu já ouvi falar muito, mas eu nunca vi nem fiz. Na verdade, eu ficava até com uma dúvida, porque eu ouvia os médicos falando: “Fica tranquila que depois eu vou fazer o ponto do marido”. E eu: “Meu Deus, mas o que eles vão fechar aqui? Você tem a parte da mucosa, você fecha, o que eles vão fechar mais, não tem nada pra fechar aqui” [...]. (Marina 35 anos, enfermeira obstetra)

Duas pessoas responderam ter ouvido falar no “ponto do marido” por meio de relatos de mulheres. Muitas profissionais não médicas referiram contato com o “ponto do marido” nos hospitais onde trabalharam, e não durante a formação, indicando que possam ter passado por uma formação menos intervencionista e mais alinhada às evidências científicas.

O “ponto do marido” também foi relatado no setor privado, como mostra a fala seguinte:

Já vi ele ser realizado em algumas instituições privadas, mas nunca fiz e nunca farei. (Michele 38 anos, enfermeira obstetra)

De um total de 20 pessoas, apenas duas relataram que não aprenderam e nunca realizaram a episiotomia e ou episiorrafia, uma obstetriz e uma enfermeira, as mais jovens entrevistadas, ambas com 29 anos. Entre as outras 18 pessoas, duas obstetrizes e uma enfermeira relataram que fizeram a episiorrafia, mas não fizeram o corte. Ambas as obstetrizes relataram que realizaram a episiorrafia durante os estágios, apesar da formação ter sido crítica e consistente no sentido da não necessidade e da não indicação da episiotomia de rotina. As outras 15 pessoas relataram que fizeram a episiotomia e a episiorrafia, 11 delas são enfermeiras e quatro são da medicina.

Entre as 11 enfermeiras, apenas uma delas não conseguiu lembrar onde aprendeu a praticar a episiotomia e a episiorrafia. Nove relataram que aprenderam a praticar durante a especialização. Apenas uma enfermeira relatou ter praticado episiorrafias durante a graduação (após episiotomias praticadas por docentes), ela foi a única profissional desta categoria formada antes do ano 2000, o que pode sugerir mudanças geracionais na formação profissional.

Todas as pessoas formadas em medicina relataram que foram ensinadas a fazer a episiotomia e a episiorrafia desde a graduação.

Entre todas as profissionais entrevistadas, um quarto da amostra (duas da categoria médica e três enfermeiras) relataram que já praticaram a episiotomia e a episiorrafia com o "ponto do marido". As enfermeiras relataram contato com o "ponto do marido" a partir da especialização e experiência na assistência, enquanto as pessoas da categoria médica tiveram contato com essa prática desde a graduação.

Eu fui ensinada a fazer o ponto do marido na residência. Fiz pouquíssimas vezes, mas eu lembro da preceptora sentar e falar: "Vou te ensinar uma coisinha, como é o ponto do marido". Aí sentou comigo e fez [...]. (Milena 40 anos, enfermeira obstetra)

Eu já fiz o ponto do marido, um monte. (Maurício 38 anos, médico ginecologista e obstetra)

Além disso, encontramos relatos nos quais as pessoas foram obrigadas a realizar a episiotomia e ou episiorrafia (durante a sua formação), mesmo contra a sua vontade, naqueles casos em que já tinham um pensamento crítico com relação ao procedimento.

Da "coisa certa" ao "absurdo": o sentimento relacionado ao "ponto do marido" e as mudanças geracionais na sua aceitabilidade

Com relação aos pensamentos e sentimentos das pessoas a respeito do aprendizado ou da prática do "ponto do marido", de forma geral, podemos dividir as respostas em dois grupos - aqueles relatos que foram semelhantes em termos de desconforto e aqueles em que as pessoas não se sentiram incomodadas. Os relatos expressam ainda diferentes níveis de espanto ou criticidade relacionados ao contato com a prática do "ponto do marido".

Eu nunca me apeguei ao ponto do marido, não como um ponto especial ou algo especial. Era simplesmente parte da

episiiorrafia que deveria ser feita após a incisão que se procedia no períneo, mas essa palavra em si, se é do marido ou se é da mulher ou se é do cirurgião, isso nunca achei importante, era só mesmo como alguns achavam que deveriam se referir à necessidade da sutura completa da incisão que tinha sido feita. (Marcos 55 anos, médico ginecologista e obstetra)

Isso já me chamou a atenção na época. Como assim o ponto do marido? Mais um fio, mais um ponto, mais uma coisa pra agradar o marido. Isso acendeu alguma coisinha que era diferente de quando eu fazia uma episio achando que era necessária. Isso me dava uma sensação de que era algo que não era necessário, que não precisaria fazer e não incorporei. (Milena 40 anos, enfermeira obstetra)

Achei um grande desrespeito porque além de desnecessário é uma coisa muito machista. Então, é uma sensação muito ruim de estar enganando a mulher, de estar fazendo uma coisa desnecessária [...]. (Manoela 38 anos, enfermeira obstetra)

Eu pensei que era um absurdo, me senti enquanto mulher - muito desrespeitada e enquanto profissional de saúde - muito mal qualificada. Foram em situações com preceptorias. Existia um ambulatório da minha universidade em que o médico fazia em todas, ele chamava de ponto do marido, que ele ia melhorar o playground - era esse o termo e os pais, inclusive os maridos, estavam junto em algumas consultas, davam risadinha e achavam bom [...]. (Maísa 33 anos, médica pediatra)

Eu senti que estava fazendo a coisa certa. Fui ensinado pra isso. Eu lembro que a última vez que eu falei esse nome foi pra uma doula, [...], eu falei: “Se você não parar de me encher o saco eu vou dar o ponto do marido” [...], zoando, mas já entendendo que isso era realmente algo menos benéfico. Eu lembro que na graduação era natural falar do ponto do marido: “Ó, não esquece do ponto do marido”. Na residência eu não lembro [...], mas obviamente às vezes alguma piadi-

nha, mas na graduação eu achava que eu estava realmente fazendo certinho, que era natural e eu seria um bom médico se eu fizesse isso. (Maurício 38 anos, médico ginecologista e obstetra)

Com o último relato é possível discutir também os valores empregados durante o ensino. Diante do cenário de abuso de intervenções e violência obstétrica em todo o país, os movimentos sociais, compostos especialmente por mulheres, argumentam que a permanência do ensino acrítico de procedimentos desnecessários, invasivos e dolorosos refletem distorções no ensino de valores que atribuem predominância aos profissionais de saúde, em detrimento dos direitos das mulheres. Neste sentido, estes movimentos e as novas narrativas contribuíram para desnaturalizar a concepção de que profissionais de saúde têm o direito de acessar livremente o corpo das mulheres, sem o seu consentimento informado, e não apenas com relação à episiotomia (Diniz et al., 2021).

Nos últimos anos, o debate sobre abusos na assistência, em especial sobre a violência obstétrica, contribuiu para educar profissionais de saúde sobre os direitos das pacientes à escolha e à recusa informada e sobre o direito à autonomia e à integridade corporal das parturientes (Parto do Princípio, 2014; MPF, 2014a; MPF, 2014b; Diniz et al., 2016). Esta mudança na direção de um maior reconhecimento dos direitos das pacientes e de maior protagonismo de profissionais do parto além dos médicos não se dá sem luta e resistência, como mostra o relato abaixo, refletindo as tensões quando esse modelo de atenção tenta ser modificado:

[...] Esse hospital fez essa abertura pra obstetriz por conta da questão da ANS [Agência Nacional de Saúde Suplementar], dos planos de saúde e as taxas de cesárea. Eles contrataram obstetriz numa justificativa de melhorar esse cenário. Eu lembro que tinha um curso de preparação pro parto que as obstetrites iam fazer e em uma das aulas o pedido era que a gente falasse da episiotomia, e na aula que eles [profissionais médicos] tinham estruturado para esse tema, eles diziam que a episiotomia era necessária. A gente se reuniu e disse: "Olha, a gente não pode dizer isso, se a gente for olhar pras evidências" [...]. No fim eles acabaram tirando a gente dos grupos [...]. (Mônica 36 anos, obstetriz)

Principais barreiras para a integridade genital no parto

Com relação às barreiras enfrentadas pelas mulheres para ter um parto vaginal no Brasil com integridade do períneo, destaca-se o relato a seguir, que reflete a pressão dentro dos serviços para manter rotinas de assistência obsoletas:

[...] Tem uma questão forte que é a questão de gênero e o poder que tem o profissional homem, o profissional médico. Às vezes a enfermeira também que está no plantão. Da mulher ser vista como uma pessoa de direitos, com os mesmos direitos que você que está ali trabalhando [...]. Em 2013, até essa época, eu me lembro de ver preceptores da medicina, o bebê vai nascer e ele fala: “Vai, corta, corta” e é aquela múltipara com o assoalho pélvico que não dá nem tempo e o preceptor fala: “Segura a cabeça, segura pra você fazer a episio”. Segurar a cabeça pra dar tempo de poder cortar, então, os corpos das mulheres são usados como escola mesmo. A gente é vista como um ser menor, que não tem direito, que precisa ser calado. Não é só técnica, porque técnica... não fazer nada é melhor que fazer qualquer coisa, é muito simples não fazer nada [...]. (Milena 40 anos, enfermeira obstetra)

Este relato evidencia a permanência de práticas irracionais e danosas, como segurar a cabeça do bebê de forma que o parto não aconteça espontaneamente antes de ser praticada a episiotomia. Deixa evidente que os direitos humanos das mulheres não são facilmente reconhecidos em equiparação aos direitos de profissionais da saúde e que as parturientes não são vistas “como uma pessoa de direitos” ou com os mesmos direitos das pessoas que estão, a trabalho, nos serviços de saúde.

Impactos para a vida sexual

Todas as pessoas concordaram sobre os impactos negativos dessas práticas para a sexualidade das mulheres. No conjunto de falas foi possível perceber que muitas pessoas se referiram aos impactos em diferentes dimensões da saúde, a fim de explicar os seus efeitos, como por exemplo, as dimensões física, emocional e simbólica, descritas a seguir.

[...] A episiotomia é mais do que uma lesão física, ela mexe com o íntimo, ela não deixa só sequelas físicas, ela deixa sequelas no sentido de agressão, ainda maior quando a paciente nunca foi informada a respeito do que ia ser praticado. A falta da informação só aumenta um trauma que é por natureza, grande. (Marcos 55 anos, médico ginecologista e obstetra)

Eu acho que tanto no sentido físico, de seu corpo ligado a uma sutura feita com intenção de ser mais apertada do que o fisiológico e acho que simbolicamente, no sentido de reforçar o lugar da mulher como objeto sexual do marido, a sua passividade diante do parto e também diante da relação afetivo-sexual. Acho que emocionalmente também, no sentido dela poder se sentir violentada, exposta, diminuída diante da realização do procedimento. (Maíra 36 anos, obstetrix)

No sentido físico, porque você mexeu com estruturas anatômicas. A episiotomia tem um corte, depois tem a rafia, a sutura, que vai demandar semanas ou meses pra esse processo de cicatrização a depender de cada mulher. Então, se mexeu numa estrutura vai ter questões anatômicas de dor, de desconforto. O ponto do marido igualmente. Você deu um ponto a mais do que precisava, talvez você suturou, aproximou bordas que não eram pra ser aproximadas, de novo mexeu na anatomia, vai ter questões de desconforto físico, mas também do ponto de vista emocional [...]. (Maiara 34 anos, enfermeira obstetra)

Chama a atenção o fato de que em muitos relatos a prática da episiotomia esteve presente e, principalmente, que o "ponto do marido" foi descrito como "uma coisa desnecessária", "sem nenhuma necessidade", "que não era necessário", como "aquele último ponto que não tem nenhum sentido de fazer" e "um ponto a mais do que precisava". O que deixa explícita a falta de indicação para a realização desse procedimento, o que não é diferente do que mostra a literatura já existente (Diniz, Chacham, 2006).

Embora profissionais de saúde, em sua maioria, não sejam indife-

rentes ao sofrimento das mulheres, isso não é suficiente para garantir que suas práticas sejam baseadas em evidências científicas (Diniz, Chacham, 2006). Os termos utilizados, como “parque”, “parquinho de diversões” e “*playground*”, evidenciam crenças de uma cultura sexual machista, presente no cenário da assistência ao parto, assim como está presente na sociedade como um todo, de forma sistêmica e estrutural, na qual as mulheres são, muitas vezes, reduzidas a um objeto de satisfação masculina.

Assim, a episiotomia e o “ponto do marido” são estruturais na manutenção de um modelo de atenção agressivo, que contribui para, por comparação, tornar a cesárea mais aceitável, ao mesmo tempo que reproduz e mantém a cultura fálica presente na nossa sociedade, através do corte e posterior sutura da vagina, ajustando os corpos das mulheres aos moldes masculinos.

No Brasil, a episiotomia e também a cesárea são um problema racial e de classe social, visto que “mulheres brancas de classe média, atendidas por serviços do setor privado, tendem a receber ‘o corte por cima’ (cesárea)”, enquanto as mulheres negras e pobres que recorrem ao sistema público de saúde, tendem a receber “o corte por baixo”, a episiotomia (Diniz, Chacham, 2006, p. 87). Além disso, devido às condições relacionadas à cicatrização e predisposição à formação de queloides, as mulheres negras estão mais gravemente expostas às complicações decorrentes de uma episiotomia, como deformidades, necessidade de cirurgia plástica e até mesmo, o estreitamento do canal vaginal (Datubo-Brown, 1990; Diniz, Chacham, 2006).

O parto vaginal espontâneo tornou-se um fenômeno raro no Brasil, onde além de “ser percebido pelos profissionais como mais arriscado para o bebê, também é tido como mais arriscado para a própria mãe, sendo associado a danos sexuais irreversíveis” (Diniz, 2009, p. 320). Aqui, observamos uma diferença entre as práticas no setor público e privado, com relação ao modelo de assistência, onde “a correção do corpo” preferencial para as mulheres brancas e de renda mais alta é a cesárea, pois “se o parto é um evento negativo, devemos preveni-lo” (Diniz, 2009, p. 320). Enquanto entre as mulheres mais pobres e que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS) “o modelo correccional parte do pressuposto de que se o parto é um evento negativo e não estamos autorizados a preveni-lo,

vamos pelo menos abreviar sua duração”, incluindo a prática da episiotomia (Diniz, 2009, p. 321).

Esse quadro contrasta com os novos protocolos de assistência, nos quais não sofrer uma episiotomia durante o parto vaginal é considerada uma questão de segurança e de qualidade da experiência (Amorim et al., 2017; Jiang et al., 2017; WHO, 2018).

Sendo o parto um evento que envolve essencialmente as experiências das mulheres e suas identidades, é importante que as suas especificidades sejam consideradas no cuidado em saúde. Nesse sentido, o modo como as mulheres experienciam não apenas a reprodução, como a sua própria existência, interfere na forma como experimentam questões de saúde e doença. Desse modo, é necessário pensar a intersecção que deixa mulheres e negras mais expostas à opressão e violência, mesmo em serviços de saúde (Davis, 2017). Embora nenhuma pergunta abordada neste estudo tenha sido relacionada diretamente à questão racial e que nenhum relato tenha incluído esse tema, estas questões são muito importantes tanto para o avanço para a equidade de gênero quanto para a luta antirracista⁷.

Considerações finais

Com relação à amostra estudada, a obstetrícia foi a profissão cuja formação pareceu ser mais crítica quanto a não necessidade e não indicação da episiotomia de rotina, embora tenha ensinado a respeito do procedimento e tenha proporcionado treinamento da episiorrafia (em decorrência do debate sobre a necessidade de aprender a suturar versus abandonar a prática da episiotomia). A medicina foi a categoria profissional que apresentou o ensino menos crítico com relação à episiotomia e promoveu o ensino dessa prática desde a graduação, enquanto a enfermagem ensinou a partir da especialização. Apenas uma enfermeira relatou que aprendeu e praticou a episiorrafia durante a graduação (a pessoa formada há mais tempo), o que sugere mudanças geracionais nesta cate-

⁷ Um detalhamento mais aprofundado a respeito da Interseccionalidade pode ser encontrado neste livro no Capítulo “Gênero, raça e classe e seus impactos na vida da mulher negra no Brasil”.

goria profissional relacionadas ao ensino dessa prática.

Conclui-se que práticas desnecessárias, dolorosas e potencialmente perigosas, como a episiotomia, estiveram presentes na formação de profissionais de saúde e durante a sua experiência profissional, demonstrando a lacuna que existe entre as práticas baseadas em evidência e o ensino em saúde. Nesse cenário, a episiotomia e o “ponto do marido” são uma oportunidade para reforçar a vulva e a vagina como estruturas que devem se adequar às supostas necessidades de satisfação do prazer sexual masculino e heteronormativo. O uso da episiotomia e do “ponto do marido” se apresentou como parte de um evento que marca, não apenas a passagem da mulher para a condição de mãe, como da mãe de volta à condição de “mocinha de novo”, segundo estruturas de poder de caráter correccional direcionado ao corpo das mulheres.

O modelo de assistência atual se mostra ainda muitas vezes desalinhado às evidências científicas com relação ao cuidado com o períneo. No entanto, muitas mudanças aconteceram ao longo do tempo, especialmente nos últimos anos no Brasil, como indicam os estudos avaliativos em âmbito nacional que analisaram tanto a saúde pública quanto a saúde suplementar, como Nascer no Brasil, avaliação da Rede Cegonha e Nascer Saudável (Leal et al., 2019). Também é digna de nota a redução das taxas de episiotomia a patamares cada vez mais baixos, mesmo em hospitais-escola, como apontado em trabalho anterior a respeito da implementação piloto da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (Diniz et al., 2021).

Este trabalho sugere que sucessivas gerações de profissionais pratiquem menos episiotomia, mostrando que aos poucos a prática e o ensino têm se modificado para a proteção do períneo e da integridade corporal na assistência ao parto vaginal no Brasil, ainda que mais lentamente do que se deseja. A pressão de movimentos sociais que defendem os direitos das mulheres, tanto no caso brasileiro como em outros países, tem sido uma força necessária e potente para a visibilização e superação de concepções misóginas e obsoletas na assistência, contribuindo para transformações da assistência ao parto, em direção a modelos mais humanizados, seguros e respeitosos.

Referências

Amorim MMR, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reproductive Health* (2017) 14:55. DOI 10.1186/s12978-017-0315-4.

Atkinson R, Flint J. Accessing hidden and hard-to-reach populations: snowball research strategies. *Social Research Update* [Internet]. 2001. [acesso em 07 jul 2023].

Carmen Simone Grilo Diniz, Jamile Claro de Castro Bussadori, Luana Beatriz Lemes, Elaine Christine Dantas Moisés, Caio Antonio de Campos Prado & Christine McCourt (2021): A change laboratory for maternity care in Brazil: Pilot implementation of Mother Baby Friendly Birthing Initiative, *Medical Teacher*, DOI: 10.1080/0142159X.2020.1791319.

Datubo-Brown DD. Keloids: a review of the literature. *British Journal of Plastic Surgery* 1990;43(1):70-77.

Davis A. *Mulheres, cultura e política*. Tradução Heci Regina Candiani. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

Davis-Floyd R. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press, 1992.

Davis-Floyd RE, Sargent CF. Introduction. In: *Childbirth and Authoritative Knowledge - Cross-Cultural Perspectives*. Davis-Floyd R, Sargent C. (eds) Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1997.

De Barbieri T. Sobre la categoría de género: una introducción teórico-metodológica. En: *Debates en Sociología* 18, (1993), p. 145-169.

Diniz SG, Chacham AS. O "corte por cima" e o "corte por baixo": o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva* 2006; I(1):80-91.

Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2009; 19(2):313-326.

Diniz CSG, Niy DY, Andrezzo HFA, Carvalho PCA, Salgado HO. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface Comunicação Saúde Educação* 2016; 20(56):253-9.

Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.

Kettle C, Tohill S. Perineal Care. *Clinical Evidence.* 2011; 04:1401.

Kitzinger S, Rhiannon W. Some women's experiences of episiotomy. National Childbirth Trust, 1981.

Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, da Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 30 Sup:S17-S47, 2014.

Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Gama SGN, Domingues RMSM, Vilela MEA. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(7):e00223018.

Lemes LB. Episiotomia e integridade perineal no parto: inovações e contradições no ensino e na assistência. 2024. Tese - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2024.

Minayo MCS, Deslandes SF. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25 ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 108p, 2007.

Ministério Público Federal. Episiotomia: Para MPF, há consenso de que prática não deve ser utilizada indiscriminadamente [Internet]. 2014a. [acesso em 07 jul 2023]. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/sp/migracao/sala-de-imprensa-unidadeprsp/noticias_prsp/24-10-14-episiotomia-para-mpf-ha-consenso-de-que-pratica-nao-deve-ser-utilizada-indiscriminadamente.

Ministério Público Federal. MPF em São Paulo realiza audiência pública para debater episiotomia e humanização do nascimento [Internet]. 2014b. [acesso em 07 jul 2023]. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/sp/migracao/sala-de-imprensa-unidadeprsp/noticias_prsp/16-10-14-2013-mpf-em-sao-paulo-realiza-audiencia-publica-para-debater-episiotomia-e-humanizacao-do-nascimento.

Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 300 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

Parto do Princípio. Episiotomia “é só um cortezinho”: violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 1. ed. São Paulo: Parto do Princípio; Espírito Santo: Fórum de Mulheres do Espírito Santo [Internet]. 2014. [acesso em 07 jul 2023]. Disponível em: https://www.partodoprincipio.com.br/_files/ugd/2a51ae_eb147c28c9f94840809fa9528485d117.pdf.

Rubin G. O Tráfico De Mulheres: Notas Sobre A Economia Política Do Sexo. Recife, SOS Corpo, 1993.

WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

A Autonomia da Mulher na Relação Médico-Paciente na Assistência ao Parto e no Ordenamento Jurídico Brasileiro: distanciamento entre teoria e prática

Caroline Venturoli Ferreira e Silva¹

Introdução

Neste trabalho, busca-se apresentar ao leitor a evolução da questão do consentimento em teoria e prática na medicina e no ordenamento jurídico, especialmente ao longo do século XX e começo do século XXI, com destaque para a situação da mulher nesses contextos.

Para tanto, apresenta-se a evolução dos modelos de relação médico-paciente do tradicional ao contemporâneo ao longo do século XX e o papel central desempenhado pelo consentimento nesse processo. Em seguida, trata-se especificamente da relação médico-paciente na assistência ao parto. Busca-se apresentar como o exercício da autonomia da mulher é desafiado nesse contexto.

No âmbito jurídico, mostra-se como a capacidade da mulher para os atos da vida civil se colocou no Direito brasileiro, da equiparação às crianças nas Ordenações Filipinas à igualdade de direitos e obrigações na Constituição Federal de 1988. Ainda nesse tema, destaca-se a proliferação desordenada de normas estaduais na última década.

Ao final, expõe-se a necessidade de a prática da assistência ao parto se adequar ao já estabelecido nas instâncias teóricas, especialmente

¹ Caroline Venturoli Ferreira e Silva (cvf.venturoli@gmail.com) é mestra e doutoranda pela Faculdade de Direito da USP.

do paradigma do consentimento informado, com realização do direito ao parto humanizado, com pleno exercício pela gestante de sua autonomia.

A realidade fática conhecida e documentada

A alta ocorrência de violência obstétrica – nomenclatura que engloba diversas formas de violações de direitos praticadas por profissionais de saúde durante a gestação, parto, pós-parto e abortamento, dentre as quais, para fins deste trabalho, destaca-se a realização de intervenções sem consentimento – é uma realidade constatada por diferentes fontes.

A pesquisa *Nascer no Brasil*, de 2014, é o maior estudo já realizado sobre parto e nascimento no país, foi coordenado pela Fiocruz em parceria com diversas instituições científicas e revelou a prevalência de um modelo de atenção bastante medicalizado, com a realização de práticas que a OMS não recomenda que sejam rotineiras, que provocam dor e sofrimento desnecessários se utilizadas sem real indicação clínica; altos índices de nascimentos entre 37 e 38 semanas de gestação; baixa incidência de boas práticas em recém-nascidos; e índices elevados de mortalidade materna e neonatal (Leal et al., 2014).

Além disso, observou-se que quase 70% das brasileiras, no início da gestação, desejam um parto vaginal. Apesar dessa vontade, em 52% dos nascimentos acontece a cirurgia cesariana. No setor privado, ela ocorre em 88% dos casos. Se observada a taxa de cesariana de até 15% recomendada pela OMS (OMS, 2015), é notório o problema brasileiro. Pode-se concluir pela ocorrência de partos cirúrgicos não embasados pela ciência médica e contrários à vontade declarada pelas parturientes.

A relação médico-paciente: do modelo tradicional ao contemporâneo

No século XX, a assistência ao parto colocou-se de forma compatível com o modelo tradicional da relação médico-paciente. Esta se estabelecia verticalizada, pautava-se por um viés paternalista, com atribuição de superioridade ao médico perante o paciente que devia reportar sintomas e cumprir o determinado pelo profissional da saúde. A centralidade

da figura do médico tinha como consequências uma maior medicalização da vida e do sofrimento, além da institucionalização das pessoas, com hospitalizações certas vezes desnecessárias (Albuquerque, 2016).

Ao longo do século, a evolução da ciência médica tornou-a mais eficaz, mais agressiva, mais invasiva e potencialmente mais perigosa. Procedimentos cirúrgicos, químicos e exploratórios passam a exigir o consentimento do paciente, precedido de comunicação ampla e bidirecional, a construir o modelo contemporâneo da relação médico-paciente, com valorização da autonomia do último (Calado, 2014).

A “mútua participação” no processo comunicacional entre médico e paciente foi descrita pela primeira vez em 1952. Dela decorre a “tomada de decisão compartilhada”, conceito que surgiu em 1972. Na década de 1990, passa a ser o paradigma. O paciente deve entender os fatores que necessitam ser avaliados no processo decisório, receber esclarecimentos e tomar a decisão a respeito do tratamento, a ocasionar melhores experiências e menos arrependimento no longo prazo. Trata-se do resultado do movimento de bioética que se afasta do modelo paternalista e se aproxima dos princípios da beneficência, da não maleficência, da autonomia do paciente e da justiça, na busca por atenuar o desbalanço de poder inerente à relação médico-paciente (Pieterse, Finset, 2019).

Revela-se importante contraste com a prática médica do começo do século XX, que se consolida, principalmente, no século XXI, com a centralidade da relação no paciente – ao menos no ordenamento jurídico. Ele decide sobre seu processo terapêutico de forma compartilhada com o médico. Há significativa redução da distância entre eles, em uma relação horizontalizada e atenta ao cuidado integral ao indivíduo, em estrita observância ao benefício gerado de acordo com os valores do próprio paciente (Viveiros, 2018). Essa nova relação reveste-se de caráter contratualista, com respeito à autonomia da vontade do paciente e compartilhamento de poderes e responsabilidades (Calado, 2014).

No Direito, essa ampliação da autonomia do paciente, marcada pela tomada de decisão compartilhada, se faz presente na Constituição de 1988, na atenção integral no atendimento à saúde (art. 198, inciso II); no Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde, de 1994 (Brasil, 2010); e na Política Nacional de Humanização, que confere protagonismo

ao paciente (Brasil, 2004).

Hoje, todo e qualquer paciente, na relação com seu médico, é sujeito de direitos que decorrem da vulnerabilidade da situação em que se encontra e ocupa papel central no processo de deliberação terapêutica (Albuquerque, 2016). É por tal razão, inclusive, que se atribui à gestante a qualidade de paciente. Ainda que não ostente qualquer patologia, ela goza de tal sorte de direitos próprios da relação em que se encontra com o profissional de saúde.

A relação médico-paciente no atendimento obstétrico

A interpretação do parto como evento médico, potencialmente perigoso e com recomendação de que se dê no hospital consta da literatura médica da década de 1930 e se insere em um contexto mais amplo de medicalização da sociedade (Velasquez, 2021).

Condições específicas de vulnerabilidade das pacientes gestantes, parturientes e puérperas, a institucionalização e a medicalização de sua assistência, somados a uma boa dose de violência de gênero, colaboraram para a normalização do que hoje se entende como violência obstétrica (Velasquez, 2021).

Movimentos de revisão do parto surgem na Europa e nos Estados Unidos nas décadas de 1950 e 1960 e, aos poucos, se espalham para outros países ocidentais (Diniz et al., 2015). Nos anos 1970 e 1980, ganha destaque o incentivo à compreensão do parto como evento fisiológico e a ideia de risco passa a ser utilizada para contestar determinadas intervenções e o local do parto. Não obstante, a autonomia da mulher no parto é pauta relativamente recente, consequência dos movimentos feministas da década de 1990 (Velasquez, 2021).

O Movimento da Medicina Baseada em Evidência (MBE), encabeçado pela iniciativa internacional da Colaboração Cochrane, na segunda metade da década de 1980, estimula a revisão das práticas médicas de assistência ao parto até então consagradas nos hospitais. Intervenções como a episiotomia mostram-se despropositadas e arriscadas de acordo com o novo paradigma da melhor evidência científica (Diniz, 2004). Em 1985, a Organização Mundial da Saúde lança o documento “Tecnologias

apropriadas para o parto e nascimento”. As décadas seguintes marcaram-se pela crescente difusão do novo modelo.

A autonomia da mulher e da gestante no ordenamento jurídico brasileiro

A subtração da autonomia da vontade da mulher é fenômeno que esteve oficialmente presente no Direito brasileiro do período colonial até a segunda metade do século XX. Nas Ordenações Filipinas, compilação das normas editadas pela coroa portuguesa que vigoraram de 1603 a 1916, diversos dispositivos legais limitavam a autonomia da mulher, submetendo-a, assim como as crianças, à tutela do pai ou do “cabeça do casal” (se fosse casada), em razão de sua presumida “fraqueza do entender” (Oliveira, Bastos, 2017).

O Código Civil de 1916, que sucedeu às ordenações reais, estabeleceu, em seu art. 6º, inciso II, que as mulheres casadas não possuíam plena capacidade para os atos da vida civil (Brasil, 1916). Se quisesse exercer atividade profissional, por exemplo, dependia de autorização do marido, conforme o seu art. 233. O reconhecimento jurídico da capacidade plena de toda mulher para conduzir sua própria vida veio apenas na década de 1960 com a edição do Estatuto da Mulher Casada (Brasil, 1962). Essa evolução apresentou-se consolidada nas normas jurídicas posteriores, como a Constituição Federal de 1988 e o Código Civil de 2002.

A despeito do reconhecimento da autonomia da mulher, genericamente considerada, para os atos da vida civil, em matéria de direitos sexuais e reprodutivos, tema no qual se insere a saúde materna, a questão é mais delicada.

Até a década de 1990, questões relativas à sexualidade e à reprodução apareciam na legislação vinculadas ao tema da família (Barsted, 1999). No direito civil, por exemplo, apesar da vigência do Código Civil de 2002, já publicado após a Constituição de 1988, ainda se tem a preocupação com demonstração de vínculos familiares e com a confusão patrimonial em razão deles. É o caso do artigo 1.523, do Código Civil, que dispõe:

Art. 1.523. Não devem casar: I - o viúvo ou a viúva que tiver filho do cônjuge falecido, enquanto não fizer inventário dos bens do casal e der partilha aos herdeiros; II - a viúva, ou a mulher cujo casamento se desfez por ser nulo ou ter sido anulado, até dez meses depois do começo da viuvez, ou da dissolução da sociedade conjugal; III - o divorciado, enquanto não houver sido homologada ou decidida a partilha dos bens do casal; IV - o tutor ou o curador e os seus descendentes, ascendentes, irmãos, cunhados ou sobrinhos, com a pessoa tutelada ou curatelada, enquanto não cessar a tutela ou curatela, e não estiverem saldadas as respectivas contas. Parágrafo único. É permitido aos nubentes solicitar ao juiz que não lhes sejam aplicadas as causas suspensivas previstas nos incisos I, III e IV deste artigo, provando-se a inexistência de prejuízo, respectivamente, para o herdeiro, para o ex-cônjuge e para a pessoa tutelada ou curatelada; no caso do inciso II, a nubente deverá provar nascimento de filho, ou inexistência de gravidez, na fluência do prazo.

Com relação à gestante, há reconhecimento legal do atendimento humanizado como direito a ser garantido, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990):

Art. 8. É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

No entanto, a legislação nacional ainda carece de maior detalhamento sobre o conteúdo e limites de tal direito, além de não fazer referência expressa ao termo *violência obstétrica*. O tema acaba por se desenvolver em normas infralegais de caráter nacional e na legislação estadual.

Quanto às primeiras, são exemplos: a Política de Humanização Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000); Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; Diretrizes nacionais de assistência ao parto do Ministério da Saúde; Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Mi-

nistério da Saúde; Portarias 1.067/2005 (que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal), 1.459/2011 (que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha) e 11/2015 do Ministério da Saúde; Resolução da Diretoria Colegiada 36 de 2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal); Portaria GM466/2000 do Ministério da Saúde que estabelece como competência dos estados e do Distrito Federal a definição de limite, por hospital, de percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos realizados ou a definição de outras estratégias para a obtenção de redução destes procedimentos no âmbito do Estado.

Em determinados Estados da federação, entre os anos de 2015 e 2019, foram publicadas leis sobre humanização do parto e, em alguns, até sobre violência obstétrica. Em geral, tais leis tratam de direito à segurança, com observância de rotinas e procedimentos nos padrões da OMS ou outras instituições de excelência reconhecida; direito de opção por procedimentos eletivos que propiciem maior conforto e bem-estar; direito à elaboração de um “Plano Individual de Parto”; direito a informação; dever da Administração de publicar protocolos, rotinas e estatísticas; dever de justificação de adoção de medidas que os protocolos da OMS ou outras instituições de excelência reconhecida classifiquem como desnecessários, carentes de evidência científica, suscetíveis de causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira; deveres da equipe de assistência; direito da gestante, durante o trabalho de parto, de movimentar-se livremente, escolher posição física, ingerir líquidos e alimentos leves e de contato físico precoce entre gestante e recém-nascido, salvo prescrição médica em contrário. É o caso de Acre (2016), Alagoas (2017), Amazonas (2019), Distrito Federal (2015), Goiás (2019), Mato Grosso do Sul (2018), Minas Gerais (2018), Paraíba (2015), Paraná (2018), Pernambuco (2022), Piauí (2022), Rio de Janeiro (2016), Rondônia (2017), Roraima (2020), Santa Catarina (2022), São Paulo (2021) e Tocantins (2018).

Não obstante, entre 2019 e 2021, houve também no âmbito de diversos Estados da federação, entre eles: Mato Grosso do Sul (2021), Pará (2020), Paraná (2020), Rondônia (2020), São Paulo (2019), o fenômeno da “lei da cesárea”, em que se previram leis que pretendem conferir à mulher

a possibilidade de optar pela cirurgia cesariana sem indicação médica. Em julho de 2020, por unanimidade, o Órgão Especial do Tribunal de Justiça de São Paulo julgou inconstitucional a norma paulista, por violar competência da União para editar normas gerais sobre o tema (Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 2188866-94.2019.8.26.0000, TJSP, Órgão especial, Rel. Alex Zilenovski, v.u., j. 01/07/2020).

Apesar da aparente promoção da possibilidade de escolha da gestante e, portanto, do exercício de sua autonomia, tais leis não parecem se prestar a tal propósito. Não se tem notícia de que, no modelo cultural de atitude atual brasileiro, tenha sido considerada ilícita a realização da cirurgia cesariana a pedido exclusivo da gestante, após o adequado cumprimento do dever de informação de riscos e benefícios pelo médico, a justificar a necessidade de dispositivo legal nesse sentido.

Em sentido diverso, tais leis podem servir para dar aspecto de legitimidade para cesarianas realizadas sem real indicação médica e sem consentimento lícito da parturiente. Pode se dar forma lícita, isto é, a assinatura de um termo assinado no sentido permitido pela lei, a decisões substancialmente ilícitas por vício de consentimento, pois não devidamente precedidas do adequado processo comunicacional entre médico e paciente.

Chamam atenção, ainda, disposições como da Lei nº 5.741, de 26 de outubro de 2021, de Mato Grosso do Sul (2021), na qual, o art. 5º, §1º, determina que *“às disposições de vontade manifestadas pela gestante ou parturiente, sobrepor-se-ão as decisões médicas quando assim exigirem a segurança do parto ou a saúde da mãe ou do recém-nascido”*. O texto da lei estadual vai de encontro com a redação do art. 15, do Código Civil (*“Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”*) e, mais uma vez, põe em xeque o exercício da autonomia da gestante no momento do parto.

A realidade fática a conhecer

Na assistência ao parto, apesar das importantes contribuições do feminismo na promoção de agendas inovadoras voltadas à efetivação da saúde sexual e reprodutiva das mulheres (Diniz, 2017), a autonomia da vontade da mulher sobre o próprio corpo não é fato consolidado. Para

além da dificuldade de realização do parto vaginal, como exposto acima, frequentemente mulheres são tratadas de forma tutelada e infantilizada, sem acesso a informações e recursos que permitam escolhas informadas a respeito da própria saúde (Ibid., p.2).

Espera-se uma efetiva revisão na prática da assistência ao parto em âmbito nacional, de modo a promover os direitos fundamentais de gestantes, parturientes e puérperas, com respeito especialmente a sua autonomia existencial. Atualmente, está em curso a pesquisa “Nascer no Brasil II: Inquérito nacional sobre perdas fetais, partos e nascimentos (2020 a 2021)”. Aguardemos os resultados.

Conclusão

Constatado que, no começo da década passada, na assistência ao parto no Brasil, era frequente o desrespeito à vontade das gestantes, verifica-se a progressiva valorização da autonomia do paciente, não obstante a horizontalização da relação médico-paciente seja fenômeno relativamente novo. No atendimento obstétrico, o exercício de tal direito é especialmente desafiador.

No âmbito jurídico, o reconhecimento da plena capacidade civil de toda mulher para o exercício de sua autonomia privada é fato igualmente recente. No que tange a direitos sexuais e reprodutivos, a questão é mais delicada. Limitada a legislação nacional, nos Estados da federação proliferaram leis oscilantes, ora em prol da saúde e da autonomia das gestantes, ora colocando-as em xeque.

Atualmente, aguardam-se os resultados da pesquisa “Nascer no Brasil II: Inquérito nacional sobre perdas fetais, partos e nascimentos (2020 a 2021)” para que se conheça se têm sido respeitados os direitos das gestantes nos nascimentos ocorridos no início desta década.

Referências

Acre (Estado). Lei nº. 3.169, de 2016. Institui o programa de humanização da assistência ao parto e ao nascimento em todos os estabelecimentos de saúde do Estado [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em <http://www.al.ac.leg.br/leis/wp-content/uploads/2016/10/Lei3169.pdf>

Alagoas (Estado). Lei Ordinária nº. 7.873, de 21 de março de 2017. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do estado e dá outras providências [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em <https://www.al.al.leg.br/leis/legislacao-estadual> Albuquerque A. Direitos humanos dos pacientes. Curitiba: Juruá; 2016.

Amazonas (Estado). Lei nº. 4.749, de 3 de janeiro de 2019. Dispõe sobre o parto humanizado e o Plano de Parto Individual (PPI) nos estabelecimentos da rede pública estadual e nos estabelecimentos conveniados com o Poder Executivo Estadual, no âmbito do Estado do Amazonas Estado [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em <https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2020/10898/5153.pdf>

Barsted LL. Breve panorama dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. In Barsted LL, Hemann J (coord.). As mulheres e os direitos civis: traduzindo a legislação com a perspectiva de gênero. Rio de Janeiro: CEPIA; 1999.

Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei nº. 3.071, de 1º de janeiro de 1916. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3071.htm

Brasil. Lei nº. 4.121, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre a situação jurídica da mulher casada [internet]. [acesso em 05 de junho de 2023]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4121.htm

Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de novembro de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

Brasil. Lei nº. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm

Calado VN. Responsabilidade civil do médico e consentimento informado: um estudo interdisciplinar dos julgados do STJ. Curitiba: Juruá; 2014.

Diniz SG, Materno-infantilismo, gênero e inovação, em saúde materna. Seminário Internacional Fazendo Gênero - 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos). Florianópolis; 2017.

Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, 2015; 25(3): 377-384.

Diniz SG. Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também). Rio de Janeiro: Editora Unesp; 2004.

Diniz MH. O Estado atual do biodireito. 10 ed. São Paulo: Saraiva; 2017

Distrito Federal. Lei nº. 5.534, de 28 de agosto de 2015. Institui o Estatuto do Parto Humanizado no Distrito Federal, com o objetivo de assegurar melhor assistência às mulheres em seu período gravídico-puerperal nas instituições públicas e privadas de saúde do Distrito Federal [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em <https://legislacao.cl.df.gov.br/Legislacao/consultaTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR-402892!buscarTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR.action>

Goiás (Estado). Lei nº. 20.596, de 04 de outubro de 2019. Institui a Política Estadual de Qualidade no Atendimento às Gestantes do Estado de Goiás; Lei nº 19.790, de 24 de julho de 2017. Institui a Política Estadual de Prevenção à Violência Obstétrica no Estado de Goiás [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em https://legisla.casacivil.go.gov.br/pesquisa_legislacao/99105/lei-19790

Leal MC, Torres JA, Domingues RMSMD, Theme Filha MM, Bittencout S, Dias MABD, et al. Sumário Executivo Temático da Pesquisa Nascido no Brasil [internet]. Fiocruz; 2014 [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascidoweb.pdf>

Mato Grosso do Sul (Estado). Lei n. 5.217/2018. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em <http://aacpdappls.net.ms.gov.br/appls/legislacao/secoge/govato.nsf/>

448b683bce4ca84704256c0b00651e9d/4f5b7c5b2259b189042582b90040ca43?OpenDocument

Mato Grosso do Sul (Estado). Lei nº. 5.741, de 26 de outubro de 2021. Dispõe sobre o parto cesárea e acesso ao uso de analgesia no parto normal, e dá outras providências [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em <http://aacpdappls.net.ms.gov.br/appls/legislacao/secoge/govato.nsf/1b758e65922af3e904256b220050342a/55af6c39589923b00425877b0048443d?OpenDocument&Highlight=2,parto>

Minas Gerais (Estado). Lei nº. 23.175, de 21 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado providências [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em [https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/](https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=23175&comp=&ano=2018)

[completa.html?tipo=LEI&num=23175&comp=&ano=2018](https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=23175&comp=&ano=2018)

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília (DF); 2010.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF); 2004.

Oliveira AM, Bastos RASM. A família de ontem, a família de hoje: considerações sobre o papel da mulher no direito de família brasileiro. *Revista Jurídica Cesumar*. 2017; 17(1):235-62.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [internet]. [acesso em 30 out 2022]. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=03E4469875E384E427667FA53843D35A?sequence=3.

Pará (Estado). Lei nº. 9.016, de 30 de janeiro de 2020. Dispõe sobre a garantia à gestante da possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em http://bancodeleis.alepa.pa.gov.br:8080/lei9016_2020_94892.pdfm

Paraíba (Estado). Lei Ordinária nº. 10.548, de 05 de novembro de 2015. Institui o Pacto Estadual Social para Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento em todos os estabelecimentos de saúde do Estado da Paraíba [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em http://sapl.al.pb.leg.br/sapl/sapl_documentos/norma_juridica/11896_texto_integral

Paraná (Estado). Lei nº. 19.701, de 1º de novembro de 2017. Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em <http://www.assembleia.pr.leg.br/agoraelei?showPopup=protecao-a-gestante-contra-a-violencia-obstetrica>

Paraná (Estado). Lei nº. 20.127, de 15 de janeiro de 2020. Altera a Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, que dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em http://portal.assembleia.pr.leg.br/modules/mod_legislativo_arquivo/mod_legislativo_arquivo.php?leiCod=52034&tipo=L&tplei=0

Pernambuco (Estado). Lei nº. 17.768, de 3 de maio de 2022. Institui a Política Estadual de Atendimento à Gestante no Estado de Pernambuco [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=62987&tipo=>

Pieterse AH, Finset A. Shared decision making-Much studied, much still unknown. *Patient Education and Counseling*, 2019;102(11):1946-1948.

Rio de Janeiro (Estado). Lei nº. 7.191, de 06 de janeiro 2016. Dispõe sobre o direito ao parto humanizado na rede pública e privada de saúde no estado do Rio de Janeiro e dá outras providências [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em http://www3.alerj.rj.gov.br/lotus_notes/default.asp?id=53&url=L2NvbnRsZWkubnNmL2M4YWUwOTAwMDI1ZmVlZjYwMzI1NjRlYzAwNjBkZmZmL2EwMWUxZDQxNGJkYjk2N2E4MzI1N2YzMzAwNTgwZWwZWM3P09wZW5Eb2N1bWVudA==.

Rondônia (Estado). Lei nº. 4.173, de 13 de novembro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica, no Estado de Rondônia [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em <http://ditel.casacivil.ro.gov.br/COTEL/Livros/Files/L4173.pdf>

Rondônia (Estado). Lei ordinária nº. 4.717, de 19 de março de 2020. Dispõe sobre a autonomia da gestante para escolher a via de parto e dá outras providências [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em <https://sapl.al.ro.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2020/9320/14717.pdf>

Roraima (Estado). Lei Ordinária nº. 1.378, de 04 de fevereiro de 2020. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do estado e dá outras providências [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em <http://sapl.al.rr.leg.br/ta/1506/text>

Santa Catarina (Estado). 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 [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2022/18322_2022_lei.html

São Paulo (Estado). Lei nº. 17.137, de 23 de agosto de 2019. Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2019/lei-17137-23.08.2019.html#:~:text=Garante%20%C3%A0%20parturiente%20a%20possibilidade,quando%20escolhido%20o%20parto%20normal>

São Paulo (Estado). Lei nº. 17.431, de 14 de outubro de 2021. Consolida a legislação paulista relativa à proteção e defesa da mulher [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2021/lei-17431-14.10.2021.html>

Tocantins (Estado). Lei nº. 3.385, de 27 de julho 2018. Dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Tocantins [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em https://www.al.to.leg.br/arquivos/lei_3385-2018_53238.PDF

Tocantins (Estado). Lei nº 3.113, de 2 de junho de 2016. Institui o Estatuto do Parto Humanizado no Tocantins, e dá outras providências [internet]. [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em https://www.al.to.leg.br/arquivos/lei_3113-2016_39596.PDF

Velasquez L. Violência Obstétrica em perspectiva histórica (1950-2012). In: Teixeira LA, et al., coord. Medicalização do parto: saberes e práticas. São Paulo: Hucitec; 2021.

Viveiros de Castro TD. Questões atuais sobre o direito ao próprio corpo na legalidade constitucional. In: Matos ACH, Teixeira ACB, Tepedino G, coordenadores. Direito Civil, Constituição e unidade do sistema: Anais do Congresso Internacional de Direito Civil Constitucional. V Congresso do IBDCivil. Belo Horizonte: Fórum; 2018. p. 33-45.

“A pulseirinha do papai”: heteronormatividade na assistência à saúde materna prestada a casais de mulheres em São Paulo

Paula Galdino Cardin de Carvalho¹, Cristiane da Silva Cabral²,
Carmen Simone Grilo Diniz³

Introdução

Existe uma escassez de estudos em âmbito nacional com ênfase na assistência à saúde durante o período da gravidez até o pós-parto, prestada a casais de mulheres. A Pesquisa Nascer no Brasil foi um estudo multicêntrico, de base hospitalar realizado em 2011-2012, e incluiu 23.940 puérperas em todo o país. Seus resultados abrangem questões relativas à atenção ao pré-natal, parto e pós-parto e mostram a alta incidência de cesarianas (52%) e predominância de um modelo medicalizado de assistência entre gestantes com parto vaginal (Leal et al., 2014). Apesar da riqueza de informações do referido estudo, a orientação sexual das participantes não foi um aspecto contemplado.

Uma revisão da literatura de 1980 a 2004, considerando as experiências de mulheres lésbicas durante o parto em diferentes países, foi rea-

-
- 1 Paula Galdino Cardin de Carvalho (paulagaladino@gmail.com) Bióloga, doutora em Saúde Coletiva pela FSP/USP, pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Direitos Humanos e Saúde da População LGBTQ+ (NUDHES) e pós-doutoranda pela FCMSCSP.
 - 2 Cristiane da Silva Cabral (cabralcs@usp.br) Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ, professora do Departamento Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade da FSP-USP, com dedicação integral à docência e à pesquisa.
 - 3 Carmen Simone Grilo Diniz (sidiniz@usp.br), Médica, Pós-doutora em Saúde Materno-Infantil pelo Cemcamp e pelo King's College London, Women's Health Division. Professora titular do Departamento de Saúde e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

lizada por McManus et al. (2006). Este trabalho mostrou que um número crescente de lésbicas estão acessando serviços de saúde durante o período gravídico-puerperal (gravidez, parto e pós-parto), e suas experiências são afetadas pelas atitudes e ações dos profissionais de saúde. Este estudo aponta evidências de que os cuidados são melhores quando profissionais e instituições de saúde reconhecem e são sensíveis às necessidades específicas dessas mulheres.

Uma revisão integrativa realizada por Lúcio & Araújo (2017), teve o objetivo de analisar a produção científica nacional e internacional sobre a maternidade lésbica, produzida entre 2010 e 2015 no âmbito da enfermagem. Foram encontrados apenas cinco estudos, todos internacionais, demonstrando a incipiência da temática. A revisão evidenciou a precariedade na qualidade da assistência dos profissionais da saúde com a presença de abordagens preconceituosas e discriminatórias, bem como apontou a necessidade de mais estudos nesta área.

Diante disso, o objetivo desse capítulo é descrever e analisar interações sociais de casais de mulheres com as instituições e profissionais de saúde durante a assistência da gravidez até após o parto. Busca-se, assim, dar visibilidade às demandas de parentalidade de casais homoafetivos e contribuir para uma maior qualidade do atendimento prestado a essas mulheres.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, em que foram entrevistadas mulheres que tiveram filhos durante uma relação homoafetiva. Para este estudo, optamos pelo termo mulheres em uma relação homoafetiva e/ou casais homoafetivos, que tem sido utilizado no âmbito do direito e também da medicina para referência aos casais de mesmo sexo. Para os demais estudos citados, optamos por conservar a forma de referência que os/as autores/as utilizam, como: “mulheres lésbicas” e “maternidade lésbica”.

O objetivo foi compreender questões relativas à assistência à saúde recebida no período de concepção, pré-natal, parto e pós-parto. Os seguintes tópicos foram explorados nas entrevistas, utilizando um roteiro

semiestruturado: dados pessoais; relacionamento afetivo-sexual; processo de decisão reprodutiva; concepção; gravidez e pré-natal; parto; pós-parto; e amamentação. Também foi perguntado às participantes se elas escolheriam fazer algo diferente durante o processo.

Foram realizadas 19 entrevistas individuais em profundidade no período de Dezembro de 2015 a Janeiro de 2017, pela pesquisadora principal. Os casais foram entrevistados separadamente e individualmente. Uma das participantes na época da entrevista estava separada da companheira com quem teve filhos. Portanto, esse estudo totaliza 10 histórias de famílias homoafetivas, seis residentes em São Paulo e quatro em Poá e Mogi das Cruzes.

Para seleção das participantes foi utilizada uma rede de contatos, com a divulgação de convites na Internet, redes sociais, indicação de pessoas conhecidas, entre outros. Priorizou-se a entrevista de casais para aceder a diferentes dimensões das experiências vividas das informantes, sobre como os profissionais de saúde reagem ao atenderem as mulheres que estão em diferentes posições em relação ao evento reprodutivo, ou seja, a que gesta e a que é a parceira. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: mulheres cisgêneras que tiveram filhos biológicos durante uma relação homoafetiva, e que residiam na região metropolitana de São Paulo. Foram critérios de exclusão: mulheres que engravidaram sem ter uma parceira homoafetiva, e aquelas que optaram pela adoção.

As entrevistas foram registradas, transcritas e analisadas em três fases principais: pré-análise através da leitura flutuante das entrevistas; exploração do material em que as principais ideias foram identificadas (nesta fase, foram selecionados trechos significativos de discursos e foram construídas categorias temáticas); e a análise final com a articulação do corpus estruturado a uma base teórica (Bardin, 1993).

O projeto de pesquisa obedece à Resolução nº 466/2012 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa com seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP (CAAE 44581015.1.0000.5421).

Resultados e discussão

As idades das participantes variaram de 27 a 43 anos, com uma média de 34 anos. Sete participantes se identificaram como lésbicas, e as demais utilizaram termos como homossexual, gay ou casal homoafetivo para referirem a si mesmas. Treze participantes se declararam como brancas, quatro como pardas, uma como negra e uma participante preferiu responder “multicolorida”. Com relação à escolaridade, dezoito tinham ensino superior completo e uma tinha ensino médio completo. Sete casais possuíam registro de união civil e todas as participantes tinham filhos com idade igual ou inferior a quatro anos no momento das entrevistas. Duas participantes tinham filhos mais velhos de uma relação heterossexual anterior. Os nomes dados às entrevistadas são fictícios para proteger suas identidades.

Com relação à concepção, seis casais engravidaram com a utilização de técnicas de reprodução assistida. Quatro deles recorreram à fertilização in vitro (FIV), em que os óvulos de uma das mulheres são fecundados em laboratório com sêmem de doador, e os embriões são posteriormente transferidos para o seu útero. Dois casais utilizaram a recepção de óvulos da parceira (ROPA), técnica em que ambas as mulheres participam, uma doando os óvulos para a fertilização e a outra na gestação do embrião. Dois casais fizeram inseminação caseira com sêmem de doador conhecido, e duas gestações foram oriundas de relações sexuais durante um breve período em que o relacionamento homoafetivo havia sido rompido. Nesses dois casos, ao reatarem o compromisso, todo o processo de gravidez, parto e pós-parto foi acompanhado pela parceira.

Quatro casais realizaram o pré-natal utilizando o convênio de saúde, quatro pagaram de forma privada, um fez parte pelo convênio e outra parte de forma privada, e apenas um casal realizou o pré-natal no serviço público. Todos os partos foram realizados na rede suplementar de saúde: dois pelo convênio e os demais pagos de forma privada. Dois nascimentos foram domiciliares com equipe contratada; quatro partos foram cesarianas; e quatro foram partos vaginais hospitalares. Em um deles, o casal tentou parto domiciliar, mas teve que ser transferido para o hospital. Em

cinco dos dez casais entrevistados, ambas as mulheres amamentaram.

Apesar da maioria das participantes relatar uma boa percepção do atendimento durante a gravidez, parto e pós-parto, essas mulheres experimentaram diversas situações de discriminação e de violação de direitos quando em contato com instituições e profissionais de saúde. Diante desta constatação, as categorias de análise foram elaboradas a partir de como os aspectos heteronormativos estiveram presentes durante tais situações e se dividem em: (1) “Saindo do armário”: revelando-se enquanto casal homoafetivo; (2) “Ninguém enxergava ela”: a importância da inclusão da parceira que não está grávida; (3) “A Pulseirinha do papai”: aspectos institucionais; (4) “Legalmente é complicado”: a busca pela garantia de direitos.

“Saindo do armário”: revelando-se enquanto casal homoafetivo

“Quando eu fui na primeira consulta a médica perguntou o nome do pai, do meu esposo. [...] Não expliquei, não contei minha história, mas depois eu fui contando, fui me abrindo. Eu nunca fico à vontade pra contar muito, como é a minha vida, a minha relação. Agora eu consigo falar melhor, que eu sou casada com uma mulher, que eu tenho uma filha, agora sim. Antes, eu não conseguia de primeira falar assim, que ela era minha mulher.” (Franciele, 29 anos)

Franciele engravidou em uma relação com um homem após um breve término no seu relacionamento com sua companheira, e no início da gravidez teve dificuldades em revelar que tinha uma parceira. A médica que a atendeu perguntou diretamente pelo pai da criança e seu esposo, o que dificultou que ela explicasse que o pai da criança não era o seu parceiro afetivo. Com o tempo, foi se sentindo mais à vontade com a médica, que soube que ela tinha uma companheira apenas quando se adicionaram em redes sociais.

Nos outros casos, a maioria dos profissionais de saúde sabiam que elas eram um casal homoafetivo desde o início. Como foi o caso de Ana e sua companheira:

“A gente tinha muito disso, se perguntarem a gente vai falar que estamos juntas. Não tem como esconder, a gente é uma família.” (Ana, 35 anos)

Ana relata que elas tinham a preocupação de fazer todas as consultas juntas para se protegerem da possibilidade de sofrerem algum tipo de discriminação, mas na única consulta que ela não pôde comparecer, sua companheira Gabriela foi constrangida. Durante uma consulta do pré-natal com um novo médico, este questionou se era mais interessante uma relação entre “duas meninas”, quis saber como o casal se conheceu e o que os pais dela achavam dessa relação. Na época optaram por não denunciar o ocorrido e, após esse episódio, trocaram de profissional imediatamente.

“Aquilo foi tão invasivo para mim que eu não tive reação na hora, não consegui nem denunciar o médico. Eu me senti extremamente desconfortável com aquele médico por ele ter feito perguntas de âmbito muito pessoal e íntimo, que ele não teria feito com um casal heterossexual, eu tenho certeza.” (Gabriela, 37 anos)

Além dos profissionais que acompanharam as mulheres durante o pré-natal, os casais se depararam ao longo de toda a gravidez (e sua infinidade de exames e idas a laboratórios), parto e pós-parto, com diversos profissionais de saúde que tiveram diversas reações ao descobrirem que se tratava de um casal de mulheres:

“Algumas pessoas são muito legais, mas eu acredito que mais da metade fica um pouco incomodados com o fato de terem duas mulheres ali com criança. Essa é a verdade, a verdade se percebe isso, é uma coisa que está no ar, muita gente fica incomodada, enfermeira, médico, pediatra. Mas eu sempre busquei encontrar um profissional que lidasse bem com a situação, e que não olhasse pra você como se você fosse uma pessoa estranha.” (Jéssica, 32 anos)

Nos momentos de vacinação das crianças, Jéssica disse que tinha “preguiça” de explicar a situação delas como casal, já que eram profissionais diferentes que as atendiam. Ela acabava concordando quando per-

guntavam se ela era “tia” da criança. Ou seja, é difícil o reconhecimento de que uma segunda mulher também possa ser a mãe da criança; cogita-se mais frequentemente que seja tia, irmã, entre outros. Outras perguntas constantemente feitas por profissionais de saúde foram: “quem é a mãe?”, “quem é pai?”

“Sempre perguntavam: “E o marido?”. [...] em geral a Talita respondia: “Sou eu! Que sou casada com ela” assim mais... afirmativa. Às vezes eu falava: “Ai não, nem precisa responder” tinha às vezes mais essa, essa estratégia do não, “Ah, não precisa responder”... Mas, mas, teve um incômodo nesse sentido.” (Luiza, 43 anos)

A revelação da orientação sexual e de uma relação homoafetiva para os profissionais de saúde, em geral, é uma questão a ser enfrentada desde o acesso a cuidados ginecológicos. A literatura tem mostrado que mulheres que se relacionam com mulheres frequentam menos os serviços de saúde, e muitas evitam revelar sua orientação sexual em tais contextos (McManus et al., 2006; Facchini & Barbosa, 2006). Em estudo realizado no Reino Unido, foram relatados altos níveis de ansiedade sobre as implicações de se revelarem enquanto lésbicas para os profissionais de saúde, demonstrando o quanto essas questões podem afetar negativamente a qualidade do atendimento, podendo trazer desconforto, prestação inadequada de serviços e até mesmo hostilidade (Wilton & Kaufmann, 2001). Poder conversar abertamente com os profissionais de saúde é um fator importante para que casais homoafetivos recebam cuidado adequado (Larsson & Dykes, 2009).

“Ninguém enxergava ela”: a importância da inclusão da parceira que não está grávida

“A médica sabia que eu era casada com uma mulher [...] acho que o atendimento é muito exclusivo pra mulher que tá grávida. Aí, quando vai o companheiro, eu percebo, porque as amigas contam, que os médicos dialogam, entendeu? com o companheiro... não sei... parecem que envolvem... eu não senti que os médicos tentaram envolver a Ana, mas ela

participava, né? Ela tava lá comigo nas consultas pré-natal, fazia algumas perguntas... mas era sempre voltadas pra mim as respostas” (Gabriela, 37anos)

A maioria dos casais participou junto de praticamente todas as consultas e relatou uma boa percepção do atendimento do pré-natal, onde foram feitos esclarecimentos diversos sobre a gravidez e respeitadas as preferências da via de parto dessas mulheres. Ainda assim, outros casais relataram o sentimento de invisibilidade da companheira que não estava grávida.

Esse tipo de situação também foi mencionado por outro casal com relação ao primeiro médico que as acompanhou durante o pré-natal. Bárbara, cuja companheira Carolina ficou grávida de gêmeos pela técnica ROPA, relatou:

“Eu sempre acompanhei tudo, não acho que tinha preconceito, mas também não tinha um acolhimento da minha presença ali. Então, não sei explicar se era só pra ela, olhando pra ela porque ela era a gestante, então, eu estar ali ou não, tanto faz. Não era o que eu gostaria que fosse um atendimento, do pré-natal. A gente deixou de acompanhar com ele porque a gente já tinha essa sensação de frieza.” (Bárbara, 32 anos)

O casal mencionado acima trocou de médico próximo ao final da gravidez gemelar, ao descobrirem que uma das crianças estava com um problema de saúde. Segundo elas, a relação com o novo profissional se mostrou bastante distinta da anteriormente vivida, pois o médico as acolheu “enquanto ser humano, enquanto casal, e enquanto mães”.

No entanto, após o nascimento de seus filhos, Carolina chama atenção para a diferença de tratamento que sua parceira Bárbara recebeu:

“Todo mundo me enxergava ali, tava vendo eu e ninguém enxergava ela. Não enxergavam. Não enxergava assim, foi ela que deu o primeiro banho, ensinaram ela, foi ela que deu, mas, assim, naquela hora ali, entrava no quarto, ia ver como é que eu tô, ah, tá dando mamar? Me olhava e não olhava ela. Então ela sentia, claro.” (Carolina, 32 anos)

Ainda que as duas mulheres sejam incluídas nas consultas, pode existir uma priorização do papel do "pai biológico" quando esse está presente. O casal Luiza e Talita utilizou o método FIV para engravidar e escolheu um amigo homossexual para ser o pai da criança. Nesse caso, em mais de uma vez, o médico questionou o lugar da parceira na cena do parto:

"O que é novidade? Ah, o casamento homossexual... o pai que não é o parceiro... enfim, acho que foi um trabalho de aceitar essa família. E aí, bom, todas as questões que poderiam vir com isso, né, sociais... Desde a hora do parto, sei lá, o médico perguntou para mim: "Quem vai assistir o parto?" eu falei: A Talita, você tem alguma dúvida?", né, "E o pai?" Eu falei: "Não, o pai vai ficar lá fora esperando ué, ele não é o meu par, como é que ele vai ficar lá?". Eu vou ficar lá fazendo força né, com um cara que eu não tem essa relação? (riso) Não faz sentido né? Por exemplo, isso... Aí o médico falou: "Mas vocês vão perguntar?" "Ele não tem que decidir..." O médico queria que a gente perguntasse pra ele! Eu falei "Não. Sou eu que vou decidir. E pra mim tá decidido!" (Luiza, 43 anos)

Enquanto os profissionais geralmente não questionam o papel do pai em uma família heterossexual, o papel da parceira que não está grávida frequentemente não é apenas questionado, mas também incompreendido e ignorado. No caso exposto acima, embora tenha sido garantida a presença da companheira durante o parto, esse lugar foi questionado até o último momento pelo médico. A condição de pagante garantiu um atendimento personalizado e a escolha da via de parto (parto normal), mas não as protegeu de situações discriminatórias. Esse mesmo casal também enfrentou dificuldades quando Talita, que não estava grávida, manifestou para o médico o desejo de amamentar a criança:

"Acho que ele tentou ser normal, tranquilo, mas, por exemplo, ele não acreditou muito que eu pudesse amamentar. Eu perguntei pra ele, em primeiro lugar, porque eu não sabia pra quem perguntar como fazer. E ele riu, achou que não era possível... e não sei o quê. Aí, eu fui atrás de uma especialista e comecei a fazer o tratamento, fui noticiando do tratamen-

to, e ele não levou muito a sério, acho. Não levou muito a sério, mas me acolheu, assim. Me pareceu que ele não estava tão acostumado com esse público, mas acho que ele agiu, ou sempre tentou agir, com naturalidade.” (Talita, 32 anos)

Algumas parceiras que não ficaram grávidas optaram por amamentar o bebê por meio de lactação espontânea ou induzida, e relatam que essa experiência auxiliou no vínculo emocional entre eles, bem como na divisão de tarefas com a companheira. Ridicularizar, desconsiderar o desejo da mulher de amamentar e a “tentativa” de agir com naturalidade são exemplos do despreparo de profissionais para lidar com necessidades apresentadas por casais homoafetivos.

A interação com o profissional de saúde pode ser fortalecedora ou desestabilizar o bem-estar da parturiente e sua parceira. A insatisfação com o atendimento recebido levou alguns casais a romper a relação com o profissional de saúde, às vezes em estágio avançado da gestação. Esse tipo de troca representa uma mudança em busca de satisfação, que exige que a mulher ou casal busque outra possibilidade de atendimento mesmo após ter recebido um tratamento frio, ou hostil (Lino & Diniz, 2015).

O profissional de saúde deve estar ciente dos desafios que os casais do mesmo sexo podem enfrentar ao considerar a transição para a parentalidade, e devem ser capazes de informar as opções disponíveis para eles de forma pró-ativa. Ainda que possam não saber todas as respostas para os questionamentos do casal, os profissionais precisam acessar os recursos disponíveis para responder a quaisquer perguntas que possam estar além de sua experiência (McManus et al., 2006).

Estudos nacionais e internacionais também relatam que a parceira que não está grávida é, por vezes, questionada por profissionais da saúde com relação à legitimidade de seu relacionamento com sua parceira e/ou filhos(as) (Wilton & Kaufmann, 2001; McKelvey, 2013). Indicam, ainda, que essas mulheres podem sentir-se diferentes, invisíveis e também isoladas durante a transição para a parentalidade (Souza, 2005; Wojnar & Katzenmeyer, 2014). É importante que os profissionais de saúde estejam conscientes da possibilidade desses sentimentos e reconheçam as potenciais diferenças entre as experiências das parceiras durante o processo de

concepção e gravidez, parto e após o parto (Wojnar & Katzenmeyer, 2014).

A “pulseirinha do papai”: aspectos institucionais

“Quer dizer, recebi uma pulseirinha azul, escrito sou papai, né, para ter acesso à maternidade. Enfim, você tem que dar risada destas coisas. Óbvio que depois eu entrei em contato com a ouvidoria do hospital, e falei: gente, pelo amor de Deus, sério, 2016, pulseirinha azul escrito sou papai, sabe?” (Rose, 29 anos)

Dois casais entrevistados relataram que no dia do parto, a parceira que não estava grávida recebeu uma pulseirinha para ter acesso às unidades do hospital, e nela estava escrito: “papai”. Rose disse que, por ser o dia de nascimento do seu filho, não deixou que isso a afetasse, mas que, se fosse em outra situação, ela acha que teria feito “um barraco”. No caso de Lara e sua companheira, que engravidou de gêmeos com o método ROPA, a percepção foi de que o atendimento recebido até o parto foi de muito “respeito e acolhimento”. Ainda assim, Lara aponta a entrega da pulseirinha como um sinal do despreparo do hospital em lidar com especificidades de um casal de mulheres.

“Sempre (foi uma relação) de muito acolhimento, de muito respeito, de muito cuidado, todos: pediatra, pessoal da UTI neonatal, não só os nossos médicos particulares, que estavam sendo remunerados por nós, mas toda a equipe do hospital, muito respeito comigo, porque tinha uma etiquetinha dizendo filho de, e aí tinha uma coisinha dizendo pai e mãe, aí eles riscaram a palavra pai e colocaram meu nome, né? Mas você vê o despreparo da maternidade, assim que eles nasceram eu ganhei uma pulseirinha dizendo: eu sou o papai! Uma pulseirinha azul-marinho que me dava direito de entrar na UTI.” (Lara, 40 anos)

Com o casal Luiza e Talita a situação foi diferente. Como existia a presença de um pai biológico, antes do parto Talita recebeu uma pulseira que deveria ser entregue ao pai da criança. Talita explicou que quem iria

assistir ao parto era ela, mas a funcionária insistiu que aquela pulseira era para o pai. Ela entregou a pulseira para ele e só depois descobriu que com isso ele conseguiu entrar no berçário e acompanhar o primeiro banho do bebê. Para ela, não foi oferecida a oportunidade de participar desse momento. Nesse caso, além do hospital não estar preparado com uma pulseira para acolher a parceira, também desconsiderou sua importância e participação no processo e priorizou a presença do pai.

Além da “pulseirinha do papai”, cartazes, formulários, fichas, fotos de decoração e outros elementos em clínicas e hospitais incluem apenas a possibilidade de espaço para homem e mulher, pai e mãe. Está explícita uma heteronormatividade que muitas vezes exige até mesmo o vínculo do matrimônio, esposo e esposa. As estratégias utilizadas para enfrentar a heteronormatividade institucional foram riscar os formulários e colocar o nome de ambas as mulheres; a própria equipe de saúde rasurar placas e etiquetas para incluir o nome da parceira; e a realização de reclamação na ouvidoria do hospital com relação à pulseirinha.

“Os sistemas já são muito preparados para isso, para os casais héteros. E também fico pensando nas mulheres solteiras, mulheres viúvas. Meu, para de pressupor que tem um marido sempre, que tem um pai. [...] Em aula, encontro, internet, curso, tudo, tudo, tudo é a mulher e o marido. Não vi nenhum referencial, nem de mulher solteira, nem de casal de mulheres e pais. Totalmente invisível.” (Rose, 29 anos)

Profissionais de saúde e administradores podem estabelecer um ambiente seguro, acolhedor, que reconheça a diversidade sexual de várias formas, sem julgamento, e sem pressupor que todos os pacientes são heterossexuais (Werner & Westerstahl, 2008). Algumas possibilidades incluem a inserção de casais homoafetivos e outras composições familiares em fotos de decoração da área de espera, folhetos, sites, cartazes, e a presença de materiais adaptados para diferentes populações de pacientes (Amaro & Jacob, 2004). Os formulários e demais documentações podem ser revisados para refletir a diversidade das orientações sexuais, identidades de gênero e estruturas familiares (Ross et al., 2014; James-Abra et al., 2015; Brasil, 2005).

“Legalmente é complicado”: a busca pela garantia de direitos

“Assim que foi permitido a gente fez contrato de união e assim que liberou o casamento nós casamos. A gente tem uma poupança juntas desde que começamos a namorar para ter respaldo jurídico, tudo era sempre no nome das duas e se alguém questionasse a gente tinha a nossa história juntas, hoje em dia é outra história porque já somos casadas.” (Ana, 35 anos)

A maioria dos casais entrevistados, possuía registro de união estável ou casamento civil na época que os filhos nasceram. Mas para aquelas que não possuíam, a ausência de um documento oficial que comprovasse a união homoafetiva foi o motivo alegado pelo plantonista para não permitir que Jéssica acompanhasse o parto de seus filhos.

“Aí você chega lá no hospital e (perguntam) “Você é casada?” Não, não sou mais tenho uma união estável e tal. “Não, não pode, ou só pessoa que é casada ou só o pai biológico.” (Jéssica, 32 anos)

Em nenhum momento, Jéssica pensou que poderia ser excluída do parto, já que por seis meses ela esteve semanalmente com a companheira na obstetra. Para ela, estar presente no parto estava “completamente subentendido”. Ao ser questionada se faria algo diferente sobre sua experiência, ela diz que teria insistido para que estivesse presente. Ela lamenta não ter se informado melhor sobre seus direitos e de não ter feito o registro de união estável, “no caso de algum médico babaca falar alguma coisa e você esfregar um documento na cara dele e ter algumas garantias”.

O registro de união estável não seria necessário para a obtenção desse direito, uma vez que a aplicação da lei da acompanhante já garantiria o bem-estar do casal. A Lei nacional nº 11.108 permite, desde 2005, que todas as mulheres tenham direito a um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos serviços públicos e privados (Brasil, 2015). Embora esse direito tenha sido conquistado há alguns anos, ainda hoje ele não é devidamente cumprido de

forma geral. Muitas mulheres, independente de sua orientação sexual, estado civil e classe social, são obrigadas a ficar sozinhas no nascimento de seus filhos (Diniz et al., 2014).

Além da certidão de união estável ou civil, o registro de nascimento das crianças também tem um impacto nos direitos da parceira que não gestou sobre a criança, inclusive dentro das instituições de saúde. Geralmente esse registro pode ser realizado com facilidade em cartórios, ou mesmo dentro dos hospitais; entretanto, para casais homoafetivos o processo pode ser muito mais complexo.

Dos dez casais entrevistados, dois conseguiram registrar o nome das duas mulheres na certidão de nascimento sem ação judicial; quatro registraram somente após ação judicial; e quatro possuíam apenas o nome da mulher que engravidou, sendo que um desses casais estava movendo processo há mais de um ano com pedido de reconhecimento de maternidade socioafetiva. Sobre não ter o próprio nome na certidão do filho, Talita diz:

“Era uma questão que me incomodava até mais antes de ele nascer do que depois. Acho que de insegurança mesmo, de que, afinal, que vínculo seria esse: biologicamente eu não sou mãe; legalmente eu não sou mãe. Onde eu vou ser mãe? Agora, como eu durmo, acordo, dou banho, dou comida, acordo à noite, dou mamã, levo pra cima e pra baixo, tenho certeza de que eu sou mãe. [...] Mas legalmente é complicado, porque eu levo ele pra fazer exame, por exemplo, ou eu entrego os documentos da Luiza e não digo nada e finjo que eu sou ela. “Ah, e a senhora é dele o quê?” Nada. O que que eu posso dizer? Nada, né? Legalmente eu não sou nada: não sou mãe, não sou tia, não sou avó. Não sou nada. Então é chato. É bem chato.” (Talita, 32 anos)

Os casais que não conseguiram fazer o registro no nome das duas mulheres utilizaram estratégias como: tentar incluir o sobrenome da companheira na hora do registro da criança alegando querer fazer uma “homenagem” a alguém; casar no civil para poder incluir o nome da parceira e posteriormente colocar ambos os sobrenomes na certidão da criança. Mesmo os casais que conseguiram o registro no nome de am-

bas as mulheres comentam a dificuldade encontrada no processo, muitas vezes tendo que procurar vários cartórios, contratar advogados e juntar muitos documentos que um casal heterossexual não precisaria:

“A gente registrou, ela tinha quase um mês. Ela ficou sem registro um tempo. Isso incomoda muito né, a gente não ter um registro. [...] a gente teve que pedir vários documentos, em vários lugares. O síndico aqui do nosso prédio fez uma carta dizendo que nós vivemos numa união, moramos juntas aqui há oito anos, todo mundo participou de um pouquinho sabe? Nós pegamos contas no meu nome e no nome dela, pra comprovar que é no mesmo endereço, tudo isso pro nossos advogados levarem pro juiz, pra ele dar ok. Como se precisasse de alguém dizer se nós somos mães ou não dela né? [...] Chateia a gente né, falei: Nossa, precisa disso? Se eu pegar um homem ali na rua agora pra registrar isso ele pode, por que pode? Por que ele é homem e eu sou mulher? Se você chegar agora pra registrar não vão perguntar quem é ele né? Não tem essa dificuldade.” (Cláudia, 30 anos)

Ainda que já fossem casadas, Bárbara e Carolina fizeram um testamento para tentar garantir que se algum problema ocorresse durante o parto, a outra parceira tivesse direitos sobre a criança. Também contrataram um advogado para o pedido de antecipação de registro no nome das duas, na tentativa de garantir direitos imediatos sobre as crianças:

“Não tinha nem registro no nome, ela não sabia se podia subir na UTI, por exemplo, entendeu? Então atrapalha muito, atrapalha muito, é lógico que vai gerar isso tudo, né? Tipo, “nossa, estão duvidando da minha maternidade, então eu não vou poder ver minha filha no hospital, porque eu não tenho um papel de certidão de nascimento.” (Carolina, 32 anos)

“Meu Deus! Se ela morre, se alguma coisa acontece. Eu não sou nada das crianças legalmente, eu não posso visitar”. (Bárbara, 32 anos)

A possibilidade de serem discriminadas ou não terem seus direitos como responsáveis pela criança que irá nascer é um dos motivos que faz

com que casais homoafetivos tentem se proteger e se hiperformalizar por meio de recursos legais já disponíveis, ou abrindo precedentes por meio de ação judicial.

O ideal é que os profissionais de saúde possuam um conhecimento básico, de como as leis locais e nacionais afetam casais homoafetivos, no que se refere à proteção legal da criança e do casal (Kaufman & Dundas, 1995). O reconhecimento de casamento entre pessoas do mesmo sexo como entidade familiar ocorreu em 2011. Em 2013 foi aprovada a resolução que obriga todos os cartórios do país a celebrar esses casamentos, e também a inclusão de casais homoafetivos na resolução do Conselho Federal de Medicina para o uso de tecnologias reprodutivas (CFM, 2013). A aprovação do casamento entre pessoas do mesmo sexo possibilitou a existência de um documento que dá direitos a casais homoafetivos equivalentes aos dos heterossexuais.

O período em que as participantes engravidaram se concentra entre 2011 e 2015. Muitas recorreram ao casamento anteriormente à gravidez para aumentar a possibilidade de proteção legal e, em alguns casos, para incluir o sobrenome da parceira no registro de nascimento da criança.

Alterações legais recentes podem facilitar o registro de crianças no nome de casais homoafetivos. Em 2016, a Corregedoria Nacional de Justiça (CNJ) publicou o Provimento nº 52 que regulamenta a emissão de certidão de nascimento de crianças geradas por quaisquer técnicas de reprodução assistida, incluindo adequação do documento para certidão dos filhos de casais homoafetivos. Em 2017, o provimento nº 63 da CNJ fez mudanças nas regras para registro de nascimento. Entre as alterações, consta que as certidões de nascimento não terão quadros pré-estabelecidos para preenchimento dos genitores, dando a possibilidade de dois pais, duas mães e até uma filiação entre três pessoas serem formalmente reconhecidas.

Como apresentado neste estudo, direitos como o casamento civil e o registro das crianças no nome das duas mulheres podem ter impacto na qualidade da assistência recebida. A ausência desses documentos gerou sentimento de insegurança e impotência nos casais, impedimentos em acompanhar o parto e dificuldades no acesso às unidades hospitalares após o nascimento do bebê.

Considerações Finais

Este trabalho descreve e analisa um tema emergente, que é a parentalidade de mulheres em relações homoafetivas e sua interação com o sistema de saúde na assistência ao ciclo gravídico puerperal. A contribuição deste artigo volta-se à problematização dessa realidade, ao mostrar como a naturalização do modelo de família heterossexual afeta de forma negativa a experiência dessas mulheres durante esse período, e ao trazer as formas de resistência que elas inventam para ampliar a legitimidade social do relacionamento afetivo entre mulheres nas relações cotidianas com instituições e profissionais de saúde.

Os resultados apontam para três níveis diferentes de barreiras para casais de mulheres durante atendimento ao período gravídico puerperal, que englobam: a interação com diversos profissionais de saúde; os aspectos institucionais do sistema de saúde; e as questões legais. A perspectiva das mulheres entrevistadas neste estudo demonstra que suas experiências podem ser moldadas por esses aspectos, isoladamente ou em conjunto, podendo ter impacto na saúde mental e física das mulheres e crianças envolvidas, e no processo de constituição de vínculos familiares.

O vínculo familiar pode ser desdobrado em quatro elementos: o vínculo biológico (dado pela concepção e origem genética); o parentesco (vínculo que une indivíduos em uma genealogia); a filiação (dado pelo reconhecimento jurídico conforme as leis sociais em questão); e a parentalidade (exercício da função parental de cuidados, educação, saúde etc.). Esses quatro elementos podem estar combinados de diversas maneiras, evidenciando a relatividade de escolhas feitas por uma determinada cultura em uma determinada época (Zambrano, 2006). A experiência social da parentalidade homossexual desafia a heteronormatividade implícita no domínio da família e do parentesco e traz implicações em questões jurídicas, sociais, tecnológicas, econômicas (Grossi, 2003), e também de saúde.

A maternidade lésbica combina elementos tradicionais com elementos transgressores. Por um lado, existe o peso da dimensão biológica na construção dos vínculos; por outro, se constrói um discurso sobre a

importância dos cuidados e afeto para legitimar os vínculos que não estão assegurados pelo sangue. Em casais de mulheres que decidem ter filhos juntas, uma delas pode não ter o vínculo biológico com seu filho e deverá legitimar-se através da dimensão social. A falta de respaldo legal para esse vínculo e o peso simbólico da biologia faz com que a figura da “outra mãe” seja muito vulnerável (Herrera, 2007). Segundo Vargas & Moas (2010, p.758) “a despeito das transformações no âmbito das relações familiares e das identidades sociais, a centralidade do casal heterossexual prevalece no discurso médico e jurídico acerca do desejo de filhos”.

Como apontado neste e em outros estudos, para casais homoafetivos a decisão pela parentalidade pode envolver constrangimentos, processos e escolhas não encontradas pela maioria dos casais heterossexuais e a lesbofobia/homofobia e a heteronormatividade podem ser determinantes importantes na capacidade de acesso aos serviços de saúde e afetar a comunicação e qualidade do atendimento (McManus et al., 2006; Roos et al., 2006; Rondahl et al., 2009).

Diversas estratégias individuais e legais, foram utilizadas por esses casais na tentativa de garantir o máximo de direitos e minimizar a possibilidade de discriminação. Algumas dessas estratégias envolveram: a mudança de profissional de saúde em face de alguma manifestação ou atitude discriminatória; presença conjunta às consultas de pré-natal e pós-parto; denúncia na ouvidoria dos hospitais em função de alguma orientação ou procedimento inadequado realizado; realização do casamento civil; e a busca de processo legal para ter o nome de ambas as mulheres no registro nascimento das crianças.

Para proporcionar a melhora na qualidade do atendimento é necessário: incluir todas as mulheres, independente de parceria e orientação sexual; promover uma ambiência acolhedora e inclusiva, a partir da instituição de práticas não heteronormativas, como o uso de linguagem adequada, revisão de formulários e documentos incluindo espaço para a parceira. É fundamental favorecer a formação e educação permanente de profissionais de saúde em geral, assim como a observância das políticas públicas e leis vigentes e a responsabilização em caso de discriminação de qualquer tipo. A mudança das práticas deve partir dos gestores e profissionais, ainda que provocadas pelos indivíduos que assumem sua

diversidade sexual, que procuram os serviços de saúde. No entanto, não se deve esperar que casais homoafetivos tenham sozinhos a responsabilidade de educar todos a seu redor (Wilton & Kaufmann, 2001) – trata-se de uma mudança cultural que exigirá a participação ativa dos profissionais de saúde, gestores e responsáveis por sua formação.

Agradecimentos

Às mulheres que participaram deste estudo e ao CNPq e à CAPES pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Referências

Amato P, Jacob MC. Providing Fertility Services to Lesbian Couples: The Lesbian Baby Boom. *Sexuality, Reproduction & Menopause*. 2004; 2(2):83-88.

Bardin L. *L'analyse de contenu*. Paris: Presses Universitaires de France Le Psychologue; 1993.

Brasil. Lei nº 11.108, de 7 abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*. 08 abr 2005. Seção 1:1

Conselho Federal de Medicina - CFM. Resolução 2.013/2013 [internet]. [acesso em 19 jan 2022]. Disponível em: http://www.portal-medico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf

Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30:140-153.

Facchini R, Barbosa RM. Dossiê: Saúde das Mulheres Lésbicas promoção da equidade e da integralidade. Rede Feminista de Saúde. Belo Horizonte; 2006.

Grossi MP. Gênero e parentesco: famílias gays e lésbicas no Brasil. *Cadernos Pagu*. 2003; (21): 261-280.

Herrera F. La otra mamá: madres no biológicas en la pareja lésbica. In: Grossi M, Uziel AP, Mello L, organizadores. *Conjugalidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis*. Rio de Janeiro: Garamond; 2007. p.213-231.

James-Abra S, Tarasoff LA, Green D, Epstein R, Anderson S, Marvel S et al. Trans people's experiences with assisted reproduction services: a qualitative study. *Human Reproduction*. 2015; 30(6):1365-1374.

Kaufman M, Dundas S. Directions for research about lesbian families. In: K. Arnup K, editors. *Lesbian parenting: Living with pride and prejudice*. Charlottetown: Gynergy Books; 1995. p. 166-175.

Larsson AK, Dykes AK. Care during pregnancy and childbirth in Sweden: perspectives of lesbian women. *Midwifery*. 2009; 25: 682-690.

Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme MM, Dias MAB, Pereira MN et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(1):17-47.

Lino HC, Diniz SG. Cuide das roupinhas que do parto cuide eu: comunicação entre profissionais e pacientes e decisões sobre a via de parto no setor privado em São Paulo, Brasil. *JHGD*. 2015; 25(1):117-124.

Lúcio FPS, Araújo EC. A maternidade de mães lésbicas na perspectiva da enfermagem: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2017; 19:1518-1944.

McKelvey MM. *The Other Mother: A Narrative Analysis of the Postpartum Experiences of Nonbirth Lesbian Mothers*, 2013.

McManus AJ, Hunter LP, Renn H. Lesbian Experiences and Needs During Childbirth: Guidance for Health Care Providers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006; 35(1):13-23.

Rondahl G, Bruhner E, Lindhe J. Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. *Journal of Advanced Nursing*. 2009; 65(11): 2337-2344.

Ross LE, Steele LS, Epstein R. Lesbian and bisexual women's recommendations for improving the provision of assisted reproductive technology services. *Fertil*. 2006; 86(3):735.

Ross LE, Tarasoff LA, Datejie G, Epstein R, Marvel S, Anderson S, Steele LS. Sexual and Gender Minority Peoples' Recommendations for Assisted Human Reproduction Services. *J Obstet Gynaecol Can*. 2014; 36(2):146-153.

Souza ER. *Necessidade de filhos: maternidade, família e (homo)sexualidade [tese]*. Campinas: Unicamp; 2005.

Vargas EP, Moás LC. Discursos normativos sobre o desejo de ter filhos. *Rev saude pública*. 2010; 44(4):758-62.

Werner C, Westerstahl A. Donor insemination and parenting: concerns and strategies of lesbian couples. A review of international studies. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008; 87(7):697-701.

Wilton T, Kaufmann T. Lesbian mothers' experiences of maternity care in the UK Midwifery. 2001; (17):203-211.

Wojnar DM, Katzenmeyer, A. Experiences of preconception, pregnancy, and new motherhood for lesbian nonbiological mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2014; 43(1):50-60.

Zambrano E. Parentalidades impensáveis: pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. *Horizontes Antropologicos*. 2006; 12(26):123-147.

Políticas Públicas de Gestação, Práticas e Experiências Discursivas de Gravidez Transmasculina

Dan Kaio Souza Lemos¹

Apresenta o

Neste capítulo, descrevo as políticas de saúde e suas ausências em rela o aos direitos reprodutivos das pessoas transmasculinas que realizam, ou não, os processos transexualizadores e externalizadores durante a gravidez, parto e aleitamento. Discuto o ato de engravidar como uma realidade existente e inexistente para pessoas transmasculinas que resistem   constru o da gravidez associada ao construto biológico de mulher, feminino, fêmea, bem como políticas de saúde para a popula o transmasculina grávida em suas subjetividades, pertencimentos e omissões. Problematizo as práticas e as experiências de pessoas transmasculinas grávidas que já engravidaram e/ou que pretendem engravidar, e também suas experiências de gesta o, de parto e de aleitamento, tanto segundo suas narrativas, como também   luz do que preconizam as políticas de saúde e os sistemas de saúde brasileiro.

¹ Dan Kaio Lemos (kaiolemosunilab@gmail.com), Homem Trans Ativista dos Direitos Humanos, Escritor, Antropólogo, Mestre em Antropologia da Saúde, Especialista nos Estudos de Gênero e Sexualidades (UFC), Doutorando em Ciências Sociais (UNB), Coordenador Nacional do IBRAT (Instituto Brasileiro das Transmasculinidades).

Introdução

Quando iniciei este estudo sobre gravidez transmasculina, no dia 28 de junho de 2021, já ocupava o cargo de Coordenador Nacional do IBRAT – Instituto Brasileiro de Transmasculinidades. Comecei esse estudo no ativismo e na militância, antes mesmo da academia científica. Importante dizer que ocupar esse lugar de Coordenador Nacional do IBRAT me permitiu uma maior aproximação com a política das transmasculinidades vivendo no Brasil e, conseqüentemente, uma maior aproximação da população transmasculina grávida.

Nesse sentido, o que me despertou e me moveu a militar, escrever e a pretensão de traduzir tudo isso cientificamente foi a notícia dada pelo STF, na pessoa do Ministro Gilmar Mendes, nessa mesma data, 28 de junho de 2021: a determinação de que o SUS – Sistema Único de Saúde – passe a respeitar os usuários com o gênero que se identificam. Nessa notícia, o Ministro deu o prazo de 30 dias ao Ministério da Saúde para alterar o sistema de informação, permitindo a marcação de exames e consultas de todas as especialidades médicas, independentemente do gênero da pessoa, especialmente as questões sexuais e reprodutivas.

Entendemos essa decisão como um avanço nas políticas públicas de saúde, de gravidez e da própria política identitária transmasculina, ou seja, pessoas transmasculinas que desejam engravidar terem direito a um pré-natal adequado e que o documento de nascido-vivo, sendo o primeiro documento que identifica o recém-nascido, recebendo uma nova categoria, a de PARTURIENTE para identificar a pessoa que deu à luz à criança e que os nomes da mãe e do pai devem incluir a identidade de gênero. A determinação diz:

- 1) Alterar o sistema de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de permitir que marcações de consultas e de exames de todas as especialidades médicas sejam realizadas independentemente do registro do sexo biológico, considerando a autodeclaração de gênero. A intenção é reduzir a burocracia no atendimento de homens e mulheres trans.

2) Alterar a declaração de Nascido-Vivo, primeiro documento que identifica o recém-nascido. O documento terá que incluir a categoria parturiente. O espaço de “pai” e “mãe” serão para os representantes legais, que terão vínculos de paternidade com a criança. A intenção é reunir dados para a formulação de políticas públicas conforme o gênero com o qual os pais da criança se identificam.

Um mês depois, em julho de 2021, começou a eclodir nas redes sociais as práticas e experiências discursivas de gravidez transmasculinas em relação aos direitos, mas também em relação às representatividades como, por exemplo, a rede social *WhatsApp* lança emoticons de homens trans grávidos.

Nesse cenário, o IBRAT se empodera dessa pauta e passa a ser meu primeiro campo de observações e meu primeiro campo de escrita científica. O primeiro trabalho que fiz dentro desse campo com o tema gravidez através da etnografia, foi a busca histórica de membros mais velhos que se tornaram pais e até avôs.

Meu filho e meu neto são os dois amores da minha vida — apesar de ter sido concebido durante uma violência sexual que sofri aos 16 anos, ele foi gerado com muito amor. Claro que não foi fácil levar adiante uma gestação depois desse trauma, mas hoje, quando vejo meu filho casado e criando meu neto, que é um moleque lindo, cheio de vida, percebo que aquele sofrimento ficou guardado no passado. Quando soube que estava esperando o Rafael, eu vivia em situação de rua. Comecei a perceber os sintomas e fui procurar minha mãe. Ela me deu a opção de interromper, mas eu disse que não, que queria manter a gestação — não sou contra o aborto, defendo que quem é dono do corpo possa decidir o que fazer com ele, e eu decidi ter meu filho. [...] O que deu uma balançada na relação foi quando eu decidi passar pela transição de gênero, aos 48 anos, e fazer a cirurgia de retirada dos seios. [...] Meu filho não me chama mais de mãe, mas também não consegue me chamar de pai. Até meu neto nascer, ele me chamava de Jordhan, mas depois passou a me chamar de vovô. Acho que essa é uma solução que deixa nós dois confortáveis. (Jordhan Lessa tem 54 anos, mora em Ma-

ricá- RJ e é guarda municipal, palestrante e escritor, faz parte do Conselho Nacional do IBRAT. Ele é avô de Matheus, de 4 anos.)

Foi nesse período que conheci várias pessoas transmasculinas que engravidaram, que estavam grávidas e que planejam uma gravidez. Assim, comecei a tecer a escrita e a etnografar essa experiência, vislumbrando todos os cenários temporais e problematizando também as políticas de saúde e gravidez no Brasil.

Em um segundo momento, percebo os impactos das campanhas sobre gravidez e paternidade realizadas pelo IBRAT e, assim, fui construindo meu diário de campo e fazendo meus primeiros contatos externos com pessoas transmasculinas que não são membros do IBRAT.

Figura 1. Campanha Agosto Dourado e o incentivo à amamentação. 18 de agosto de 2021.



FONTE: IBRAT.

A campanha problematiza o aleitamento como uma questão de saúde pública e, também, um direito humano que precisa ser respeitado e protegido. O chamado Agosto Dourado simboliza a luta pelo incentivo ao aleitamento, em que a cor se refere ao padrão ouro de qualidade do leite. A Semana Mundial de Aleitamento Materno (Smam) é uma campanha mundial que é celebrada de 1 a 7 de agosto e traz a necessidade de pensarmos quais pessoas têm acesso e são estimuladas à amamentação, bem como, defender este estímulo em relação a todas as pessoas que não tenham retirado sua glândula mamária. Traz, também, a conscientização de que não são só mulheres cisgêneros (mulheres que não viveram uma transição de gênero) precisam de licença-maternidade, mas as mulheres trans e travestis também. E, por fim, a problemática de pensarmos a saúde para além do sistema binário de gênero, pois as políticas públicas binárias não contemplam a diversidade de corpos que lutam por existir.

Em um terceiro momento, resolvi ampliar e constituir minha rede de amigos/interlocutores permanentes e estabelecer o universo de relação e estudo a ser aprofundado. No dia 21/11/2021 o tema gravidez, aleitamento e paternidade foi tema do II ENAT - Encontro Nacional das Transmasculinidades (2021). Um evento nacional dialogando com várias pessoas transmasculinas os processos reprodutivos: paternidade, gestação, parto e aleitamento.

Figura 2. ENAT – Encontro Nacional das Transmasculinidades. 18 de novembro de 2021.

ibrat

ENCONTRO NACIONAL DE TRANSMASCULINIDADES 2021

Eixo - Raça, Cor e Etnia e Envelhecimento / Saúde Transmasculina

Mesa - Processos Reprodutivos das Transmasculinidades: Paternidade, Gestação, Parto e Aleitamento.

APOLLO ARANTES
Pai de Linda Leone, Boyceta, bissexual, militante do Movimento LGBT, Licenciado em Biologia, Especialista em Gestão Ambiental, Creative Designer pela Adobe.

THEO BRANDON
Homem trans, negro, ativista, pai de Dionísio, Técnico em Informática, graduando em Medicina e diretor de extensão da Liga Acadêmica de Endocrinologia - BA.

Moderador: Dan Kaio

21/11/2021
18:15h

Youtube
youtube.com/c/InstitutoIbrat/

Homenagiades: Jordhan Lessa, Nivaldo Finelon

FONTE: IBRAT.

Em um quarto momento, essas experiências tomam outras dimensões. No dia 13 de janeiro de 2022, em parceria com a Revista Estudos Transviades – uma revista produzida por pessoas transmasculinas que traz informações diversas (textos, artigos, poesias, artes etc.) sobre e por pessoas transmasculinas – iniciamos um mapeamento quantitativo com dados qualitativos, com perguntas abertas e fechadas, preliminar por

meio da ferramenta Google Forms – Mapeamento de demandas Transmasculinas vivendo no Brasil.

Um questionário que pretendia buscar um pouco mais das informações que precisávamos sobre as questões socioeconômicas, as questões de raça/cor/etnia, gestação, gravidez planejada, ou não, os processos transexualizadores/externalizadores, as violências sofridas durante a gravidez, os acessos e não-acessos aos dispositivos de gestação e as identidades transmasculinas.

Nesta investigação, foram catalogadas 900 pessoas transmasculinas, sendo 31 pessoas transmasculinas grávidas nos seguintes recortes: 13 pessoas brancas, 11 pessoas pardas, 05 pessoas pretas e 02 pessoas indígenas. O mapeamento tinha por objetivo: mapear, colher, analisar e construir um informe sobre as diversas necessidades e demandas relacionadas à população transmasculina vivendo no Brasil, e também, dialogar com as repartições públicas nos âmbitos: Federal, Estadual e Municipal.

Em seguida comecei uma análise em relação à realidade atual da população trans e transmasculina no Brasil frente às seguintes leis/portarias e diretrizes efetivadas:

1. Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional;
2. Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008; portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013; e a atual portaria nº 1.370, de 21 de junho de 2019, que definem as Diretrizes Nacionais para o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde – SUS, a serem implantadas em todas as unidades federadas;
3. Provimento nº 73 de 28/06/2018, que regulamentou a retificação do registro civil e todos os cartórios de registro de pessoas do Brasil ficaram obrigados a realizar a alteração de nome e marcador de gênero nas certidões de nascimento;

4. Resolução nº 11, de 18 de dezembro de 2014 que estabelece os parâmetros para a inclusão dos itens “orientação sexual”, “identidade de gênero” e “nome social” nos boletins de ocorrência emitidos pelas autoridades policiais no Brasil;

5. Nova categoria PARTURIENTE nas mudanças de layout da DNV (declaração de nascido vivo) no Brasil.

Neste momento me deparo com a realidade de que não existem dados governamentais sobre o número e a realidade das pessoas transmasculinas vivendo no Brasil, o que temos hoje são dados oficiais obtidos através de um mapeamento, onde fui convidado, com mais 05 pessoas transmasculinas, pelo Instituto Race & Equality. Assim surgiu o informe “A dor e a delícia das Transmasculinidades vivendo no Brasil: das invisibilidades às demandas” (2021), que diz:

No entendimento das pessoas transmasculinas não-binárias, compreendemos que a representação da não-binaridade passa por um processo de não reconhecimento social, até mesmo dentro da comunidade trans, gerando outros processos de exclusão e silenciamento de expressões transmasculinas, ainda menos visíveis e reconhecidas que as dos homens trans. A identificação das identidades de gênero anunciadas traz novamente a categoria de “homem trans” em maior destaque (73,5%); tendo a opção “transmasculinos” como a segunda mais marcada (15,8%) e “transmasculines” em terceiro lugar (8,2%). Além disso, uma parcela marcou a opção “Outro/e” (2,5%). Ressaltamos que todas essas categorias vivenciam as transmasculinidades e que a desidentificação com a categoria “mulher”, que foi imposta ao nascimento, é uma das marcas compartilhadas por pessoas que se identificam com o campo das transmasculinidades (Pfeil e Lemos, 2021, p. 36 -37).

Hoje, no Brasil, a política das transmasculinidades é compreendida em três categorias: (i) a política de homens trans, que se autoafirmam como homens, transitam nos signos masculinos e utilizam os pronomes masculinos “ele” e “dele”; (ii) a política dos “boyceatas” que não se afirmam

na categoria homem, porém transitam nas masculinidades, e fazem uso também dos pronomes masculinos. Importante salientar que a linguagem binária utilizada por esses dois grupos se desloca do binarismo colonizador, biologizante, que reconhece somente homens e masculinidade a partir de pênis; (iii) a política de transmasculines, que não se afirmam na categoria homem, nem na categoria mulher, mas sim na identificação da linguagem não binária (pronomes ele//elu/ile; delu/dile) e a ressignificação das performances linguísticas da masculinidade. Essas construções são políticas, segundo Mbembe (2021, p.12): “A política é, por sua vez, uma prática instrumental, um trabalho de montagem, organização, modelagem e redistribuição espacialmente, de conjuntos corpóreos, mas essencialmente imateriais.”

Ao problematizarmos o tema gravidez é importante pensarmos as identidades corporais, pois o corpo fala, o corpo está sempre falando. Mesmo sem abrir a boca e falar, o corpo está sempre dizendo algo e muito desse algo está relacionado à identidade, pois o corpo diz muito quem se é e, somente por isso, a existência do binarismo é real. É importante entender as definições e explicações em que são tecidas as “*artes de viver*” (Foucault, 2009). Elencando os processos de construções políticas de nós transmasculinos, busco com essa geografia corporal, das leituras do corpo, performática e identitária, a localização de “quem não somos” nos processos de gravidez, instigando a desconstrução da hegemonia.

No mundo ocidental, existem leituras geográficas corporais que são colocadas expostas e dinamizadas em signos (Segato, 2012), ou seja, os corpos são lidos e localizados a partir da ideia de signos femininos e masculinos, objetivando uma relação de reconhecimento, pertencimento ou não. Se faz necessário falar também sobre corpos identitários como uma categoria de análise histórica e útil (Scott, 1995), vivenciando a percepção das subjetividades, que passa a ser tomada pelas teóricas feministas na ideia de se perceber as desigualdades de gênero e as desigualdades entre homens e mulheres, bem como a busca do pertencimento.

Dizer, por exemplo, “eu sou um homem trans”, não significará tanto se não houver uma representação de uma política transmasculina, e tudo isso está impregnado na (des)construção corporal e (re)significação dos signos. O corpo se relacionando com o universo vivencia a experiência

de mundo-ação, vivencia corpos identitários (binários) e corpos não-identitários (não-binários), trazendo à tona suas expressões para além desta forma, conteúdo, história, diante de suas práticas discursivas, apresentando suas verdades, saberes e experiências. O corpo fala, o corpo é política.

“Corporeidade”, neste caso, não se refere apenas ao que há de maciço no corpo e em tudo o que objetivamente o compõe (a pele e suas cores, os órgãos tomados individualmente, os ossos que lhe conferem a estrutura, o sangue que circula nas veias, os nervos, o sistema piloso que o reconhece como a vegetação, os micróbios que povoam a sua fauna, a água sem a qual ele sucumbiria à aridez etc.). A corporeidade também se refere ao modo como o corpo é objeto de percepção, ou seja, como é criado e recriado pelo olhar, pela sociedade, pela tecnologia, pela economia ou pelo poder; o modo como se posiciona em relação a tudo o que o cerca ou que se move e cria um mundo ao seu redor (Mbembe, 2021, p.12).

Gestação e paternidade

Inicialmente, convido vocês a pensarem a ideia de gestação, seja ela cis ou trans, configurada a acontecimentos que envolve diversas mudanças, sejam elas corporais, psíquicas, culturais e sociais, e essas mudanças vão da concepção até o final da vida dessas pessoas, essas mudanças não param e elas são dinâmicas.

Em geral, as pessoas trans não conseguem dar conta dos modos de existências hegemônicos, sendo assim, socialmente a percepção de humano não está atrelada a essa população. Logo, o acesso a direitos, saúde e afetividade, ocorrem de maneiras limitadas.

Ainda vivemos a ideia de gestação de forma impossibilitada pela sociedade ocidental, quando se trata de identidades abjetas, constituindo assim a ideia de “esterilidade simbólica”, ou seja, a completa negação ao direito de exercer a parentalidade (Angonese; Butler, 2000; Lionço et al., 2008; Sousa et al., 2018).

Dito isto, são diversas as formas de discriminações, especialmente

nas práticas de prevenção e cuidados em relação à saúde, que têm ocasionado não só dores, como uma baixa adesão aos serviços, o que reflete na saúde individual e coletiva das pessoas transmasculinas e de suas crianças. Segundo o relatório Projeto transexualidades e saúde pública no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans/transmasculinos (2015):

85% dos homens trans declararam ter precisado de atendimento à saúde, no entanto, não o procuraram. Em relação aos motivos, 50% afirmaram não ter procurado a unidade de saúde por medo de sofrer preconceito, discriminação ou outro tipo de violência. Entre outras questões, 20% declararam ter de omitir informações a respeito de sua identidade de gênero, vida sexual ou existência de filhos biológicos durante os atendimentos e, quando questionados sobre a possibilidade em ter filhos, 46,43% admitiram (Sousa, 2015).

Quando falamos sobre políticas públicas de saúde em relação à população LGBTQIAP+ em comparação com as políticas e campanhas produzidas para mulheres cisgêneras (mulheres que não realizaram a transição de gênero) e pessoas cisheterossexuais (pessoas cisgêneras e heterossexuais), tangente à gravidez, é perceptível o não avanço, por exemplo, a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral das Mulheres e Rede Cegonha, que não só priorizam o corpo cisgênero e a sexualidade heteronormativa como reforçam a ideia heterossexual como única existente de modo de reprodução e familiar (Angonese; Lago, 2018; Mello; Gonçalves, 2012).

Nesse cenário, se faz necessária a desconstrução da ideia/lógica de uma gravidez associada unicamente a mulheres/fêmea/feminino/cisgênera, a ideia de uma cultura biológica, que se constroem pela política recheada e ordenada em sua forma, em sua força, em seu exercício de torção, daquilo que lesiona. Tornar-se pai para uma pessoa transmasculina, por exemplo, para aqueles que se hormonizam é um grande desafio, pelo uso das tecnologias.

Eu sofri antes mesmo de engravidar porque eu tive que parar com a minha hormonização, então eu estava regredindo praticamente com tudo que eu já estava me sentindo bem.

Depois, consegui engravidar, mas ainda estava lidando com a minha disforia", narra o futuro papai, que já aplicava no corpo o hormônio masculino há aproximadamente um ano. (Cleyton Bitencourt, homem trans, em entrevista dada para Portal IG)

Problematizo: O sistema de saúde no Brasil compreende tais práticas e experiências? Se sim, como o sistema lida com mamas, útero, ovários e genitálias ditas e lidas como vaginas, independentes do gênero?

Do ponto de vista de saúde pública, ainda existe um despreparo, mas que tem avançado no sentido de inclusão. Esse despreparo parte da ideia de que não havia pessoas transmasculinas gestantes, com isso trago a reflexão: se não tinha, por que agora tem? O que aconteceu? Apresento algumas reflexões que nos fazem entender a problemática em relação ao despreparo: a primeira delas é o evitamento dos serviços, em seguida processos de assujeitamentos, bem como o ganho de visibilidades e o ganho de direitos da população transmasculina.

Partindo disso temos, pessoas transmasculinas que vivem e/ou viveram diversas vulnerabilidades, e muitas vezes tornar a identidade de gênero invisível, mediante os processos de assujeitamentos, é um posicionamento em nome da sobrevivência e da vida. Conforme as pessoas trans acessam direitos, elas ganham visibilidade, estimulando que mais pessoas possam exercer outras formas de sexualidades e corporalidades às experiências.

Em seguida, pessoas transmasculinas que não tiveram espaço para transicionar² (não ter acessos aos dispositivos que realizam tais procedimentos como hormônios, cirurgias, retificação de nomes etc.), não tive-

2 Esse transicionar vai compor um conjunto de ações interagindo no processo de externalização (ao utilizar essa expressão denotamos uma categoria êmica, ao mesmo tempo ética e teórica também) corporal; pode ou não ser vivido através das tecnologias de gênero farmacológicas e/ou cirúrgicas, criando um layout corporal e se territorializando em suas novas sociabilidades desconstruídas e construídas (Saffioti, 2015). Lugares, passagens e vivências, que muitas vezes eram tidas como inalcançáveis por questões biológicas, o transicionar torna alcançáveis. Também o ato de transicionar está envolto em um forte desejo de desconstruir essa não pertença de gênero biológico e se construir em sua identidade, ou seja, transicionar é desconstruir e construir corporalidades, desconstruir e construir signos e significados; a desconstrução e construção de lugares, territórios e de símbolos, tanto os caminhos protocolados (aqui nos referimos os caminhos que estão relacionados ao uso das tecnologias de gênero - hormônios, cirurgias etc. em determinados dispositivos privados ou públicos).

ram acesso às informações acerca de transições tecnológicas de gênero³, que são transições com uso de hormônios e/ou intervenções cirúrgicas, suporte social, assistência médica de qualidade, recursos financeiros para o custeio de uma transição tecnológica e quando engravidam e/ou engravidaram, não foram entendidos e/ou não eram entendidos como pessoas transmasculinas.

E, por último, pensar que algumas pessoas transmasculinas vivem/viveram processos de uma gravidez indesejável, pois isso acontece com qualquer pessoa que tenha possibilidades de engravidar. Isso nos leva a crer que também eles podem ter vivido altas taxas de aborto na condição de um sistema de saúde hostil e inacessível às suas identidades. Nestes casos de gravidez não planejada, muitas pessoas procuram o aborto, enquanto outras aceitam a gravidez.

Não podemos esquecer, também, que a gravidez transmasculina não está isolada, por exemplo, do processo transexualizador. Percebemos que nesses quase dez anos de processo transexualizador não há investimentos em estudos para produção de hormônios e redução de danos para o corpo trans, isso muito me faz estranhar, e isso me faz lembrar também o estranhamento que Berenice Bento (2006) teve em relação à estratégia do Ministério da Saúde configurada em discussões normativas e hegemônicas. Toda a utilização da hormonioterapia é pensada a partir de corpos cisgêneros. Nesse contexto, quando uma pessoa transmasculina, que opta pela hormonização, acessa o processo transexualizador, subentende-se que a necessidade primária é garantir o uso da testosterona, e os direitos reprodutivos abordados são feitos com um viés forte da percepção cisgênera sobre os corpos trans, acreditando que o desejo de uma pessoa trans é ser uma pessoa cis, negando tudo que o torna trans.

Estes cenários estão mudando e, cada vez mais, pessoas transmasculinas estão exercendo suas identidades, sexualidades, corporalidades e parentalidades, de uma forma mais ampla. É aí que nós começamos também a poder sonhar, desejar e concretizar o desejo de ter filhos com as mesmas possibilidades das pessoas cisgêneras.

3 Entendem-se como tecnologias de gênero: “[...] tecnologias que produzem vida (e que incluem as de modificação ou aumento corporal) são tecnologias materiais e discursivas, culturais e políticas e não simplesmente técnicas no sentido literal do termo” (Bourcier, 2008, p. 65).

O tema gravidez é amplo e traz debates como parto e lactação, planejamento reprodutivo, com intersecção de identidades, corporalidades, raça/cor/etnia e sexualidades.

Outras questões, como as infecções sexualmente transmissíveis, também estão sendo reconhecidas. A cartilha “Homens trans: vamos falar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis?”, produzida em 2019 pelo Ministério da Saúde em parceria com pessoas transmasculinas, foi o primeiro documento oficial que traz os questionamentos de saúde da população transmasculina.

Não existem dados sobre a população transmasculina vivendo com HIV/AIDS nos programas de HIV/AIDS BRASIL. O IBRAT – Instituto Brasileiro das Transmasculinidades – com a Revista Estudos Transviades e o Instituto Internacional sobre Raça, Igualdade e Direitos Humanos, lançaram o informe “A dor e a delícia das transmasculinidades: das invisibilidades às demandas” (2021). Neste informe, pela primeira vez, é falado sobre pessoas transmasculinas vivendo com HIV.

Das 1.219 respostas, 1.068 (87,8%) afirmaram não viverem com HIV, enquanto 10,6% não sabem e 1,6% (20 pessoas) vivem com HIV. Dos e des/os participantes, a maioria (61,5%) não tomou a vacina para o HPV105, enquanto 34,5% afirmam terem tomado e 3,9% não têm ideia do que se trata a vacina. Para es/os participantes que atuam como profissionais do sexo, o que equivale a 7,1% do total de respostas, 51,7% têm acesso a prevenções e cuidados relativos à saúde sexual (Pfeil e Lemos, 2021; p.67).

Dito isto, quando o assunto é reprodução sexual, soa como algo de maior credibilidade que a diversidade sexual, de gênero e da sexualidade. É perceptível isso quando relacionado à prioridade no acesso à saúde reprodutiva de mulheres cisgêneros, sobretudo heterossexuais. Essa realidade se forma considerando a prioridade ao cuidado à saúde da “família real”, em tempos de colonização e democratização da saúde, voltada ao conhecimento eurocêntrico das experiências, pensado por e para descendentes portugueses, excluindo pessoas nativas e racializadas do planejamento e assistência à saúde pública. Nesse ínterim, homens trans e transmasculines são uma pequena parte dos excluídos do sistema

de saúde, na perspectiva assistencialista, de acesso e ingresso profissional e inclusão teórica-acadêmica.

Pessoas transmasculinas gestantes e a transição tecnológica (hormonal e cirúrgica)

Falar de gravidez transmasculina é também falar de interrupção do uso de testosterona, e da falta de acesso a testosterona, e de como isso pode impactar no controle reprodutivo no desejo de engravidar ou não. Bem como, os mitos da testosterona como redutores da fertilidade, mas não o suficiente para funcionar como método anticoncepcional. Existem vários casos de pessoas transmasculinas que mesmo fazendo uso de testosterona engravidaram, como o caso de Clayton Bitencourt, homem trans, que afirmou em entrevista dada para Portal IG ter feito vários exames para saber se o hormônio masculino não havia prejudicado de alguma forma o funcionamento de seu útero. Com os resultados indicando uma gravidez sem riscos, o casal engravidou de forma natural, sem grandes dificuldades.

Dito isto, temos as seguintes questões: gravidez, hormônios e acesso à saúde como pontos importantes, inter rompimento hormonal ou não e o que ganharia e o que perderia, se tem lactação, se tem desejo ou não de amamentar etc. A gestação vive ainda toda uma comunicação de signos para mulheres cisgêneras como símbolo de maternidade, excluindo a identidade transgênera de mulheres trans e travestis e da maternidade como um símbolo sexista que exclui a identidade transmasculina. Todos os termos são no feminino, não existe preparação na linguagem, pois ela não é inclusiva.

Entender os impactos de não poder usar testosterona na gravidez e retroceder todo um processo adquirido, bem como receber toda a carga de signos contrários como aumento dos intrusos (expressão nativa que significa mamas), redistribuição de gordura e de como isso vai causando crises em ter que esconder a gravidez. De repente ter que largar o emprego porque fica difícil esconder, começar a se isolar em casa a ponto de não conseguir nem exercer seu direito de gestante, não conseguir sentar-se na cadeira preferencial do ônibus, sentir-se pressionado a lactar, todas são

situações de dramas vividos por nós, pessoas transmasculinas, em processo de gravidez.

A medicina é um dos principais espaços de produção de conhecimentos sobre saúde, no entanto, é um dos espaços que mais colaboram para usos de termos pouco científicos. O questionamento está além de usar uma linguagem inclusiva para pessoas trans, mas também, em pensar uma linguagem que identifique cientificamente, uma determinada situação/contexto/prática, a qual o profissional deseja se referir. É comum a utilização de termos como "leite materno", quando a pessoa quer se referir a Leite Humano, ou o uso do termo "mãe" para se referir a pessoa gestante ou parturiente.

Trago as seguintes questões para pensarmos: o corpo transmasculino como um corpo que vive várias experiências em relação às transições. Temos corpos transmasculinos que vivem ações tecnológicas de gênero, ou seja, utilizam tecnologias para modificarem seus corpos e outros não. Para esses grupos de pessoas, entendemos que o assunto "gravidez" precisa ser compreendido, principalmente nos serviços públicos e privados de saúde, e que precisamos de um olhar atento dos profissionais. Para cuidarem de um corpo grávido que faz ou fez uso de hormônios ou que foi cirurgiado. Quais os impactos dessas tecnologias no processo de gravidez? Como realizar um procedimento de saúde em relação à gravidez tendo um corpo que vivencia processos de modificações? As modificações corporais produzem outras leituras, outros entendimentos de gravidez e outros sentidos.

Hoje temos esse desafio em relação a profissionais de saúde, que lidam diretamente com a gravidez de estarem atentos e atualizados aos processos da transgeneridades em relação às pessoas transmasculinas, que não fazem uso das tecnologias de gênero, e que vivenciam sua identidade da mesma forma de uma pessoa transmasculina que faz uso de hormônios e/ou cirurgias. Isso demanda também, um processo de atendimento e cuidado dos profissionais em relação à identidade ao corpo, e às políticas efetivadas em relação à população transmasculina como o direito ao nome social, a retificação de nome no RG, o direito às tecnologias de gênero, caso essa pessoa deseje.

Todos esses processos precisam estar em diálogo com a gravidez.

Entender que uma identidade masculina pode estar por viver a condição biológica uterina e que isso não confronta com a identidade dessa pessoa.

A política trans teve vários avanços, que vão desde o nome social no ano de 2016, quando se torna um direito a ser utilizado em todas as repartições públicas e privadas. Tivemos avanço em relação a portaria 2.803, que rege o processo transexualizador no Brasil, o direito de realizar modificações em seus corpos. Tivemos avanços, também, dentro da área de saúde, com o novo layout da DNV com a categoria parturiente. Essa categoria entra como avanço na área de saúde lidando especificamente com a gravidez, lidando com as identidades e corporalidades trans, também pensando nas pessoas intersexos, nas pessoas não-binárias, e procedimentos de útero de substituição de pessoas que gestaram, mas sem interesse em permanecer com a criança.

Mas, é preciso lembrar que a gravidez foi dada na condição de mulher e isso gira na leitura do corpo feminino e isso vai impossibilitando muitas vezes profissionais e a própria população entender e aceitar o corpo transmasculino grávido gerando o pertencimento nesse local de acesso à saúde.

Outro ponto importante é discutir as violências de gênero em um processo de gravidez devido às mudanças corporais, que podem acontecer antes, durante ou após a gestação e isso é algo que precisa ser acompanhado dentro do acesso à saúde reprodutiva, pois não é simplesmente um corpo que está grávido, e sim, um corpo que vivencia todo esse cenário.

É importante dizer que pessoas transmasculinas podem ou devem optar por uma gravidez e ser pai ou não, podem ou devem optar por amamentar ou não, podem ou devem seguir com seus processos de tratamento hormonal e tecnológico, ou não. O direito reprodutivo assegura autonomia no processo de decisão sobre os aspectos do planejamento familiar, e isso inclui que todas as pessoas têm o direito de decidir se terão filhos, quantos desejam, se irão amamentar, se a amamentação será compartilhada, se vão compartilhar a parentalidade, pois, nenhum mecanismo, no processo referente ao planejamento familiar, deve ser compulsório ou impositivo.

O corpo gestante, por vezes, é lido como um corpo acessível e de

responsabilidade médica, este é um ciclo que precisamos quebrar dentro do sistema de saúde, pois o direito à autonomia jamais deve ser retirado desse processo. E logicamente, nesse contexto, pessoas trans estão em maior vulnerabilidade, pois esse corpo já é visto como área de controle médico antes mesmo de gestar.

Mais uma vez friso a ideia da gestação materna que não é pensada em outros corpos, gerando o apagamento da gestação paterna. Em um estudo realizado no Canadá *“Transmasculine individuals’ experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study”*, em 2016, e no livro *“Where’s the mother: stories from a transgender dad”* (MacDonald, Trevor, 2016), são trazidas experiências de pessoas transmasculinas grávidas. O livro pontua a experiência de Trevor, homem trans, que vive uma relação homoafetiva. Trevor passou por uma gravidez muito sofrida por viver o dilema de não ser reconhecido pela sociedade como um homem grávido, o dilema de não ser reconhecido pelos dispositivos de saúde como um homem grávido e o dilema de amamentar em um peito cirurgiado. Esses dilemas fizeram com que o Canadá despertasse para pesquisas e avanços na área de saúde.

É preciso levar em conta os processos severos de resistências e/ou abandonos vivenciados, considerando, tanto o atravessamento da gestação, quanto o atravessamento da racialidade, como dois elementos importantes no cuidado à saúde de transmasculinos, como demanda pública da saúde transexualizadora. Mesmo na ausência de pesquisadores da saúde realizando essa discussão tão importante para o acesso democrático à saúde de homens gestantes para além dos ambulatórios. Legitimando-se o ter útero enquanto uma experiência masculina de intersexos e transmasculinos, cabendo também o olhar para as identidades não-binárias.

Em minhas observações percebo três grupos: o primeiro está relacionado a pessoas transmasculinas que viveram situações de abuso sexual/estupro, engravidaram e tiveram a criança. Um segundo grupo que viveu a gravidez dentro do aspecto da cisgeneridade, uma gravidez não entendida em processos transitórios, que hoje a gente se aproxima e entra no entendimento da gravidez transmasculina. O terceiro grupo, que é também de pessoas transmasculinas, que planejaram/planejam sua gravidez.

O debate da identidade transmasculina começa a tomar posições, começa a se empoderar e quando isso começa a criar suas raízes então todas as práticas e experiências dessa identidade também começam a ser empoderadas e fincadas, assim a gravidez é uma delas, como poderíamos falar de várias outras. Assim estamos avançando e com esse processo de avanço essa gravidez passa a ser mais pertencida na comunidade transmasculina e na sociedade como um todo.

Importante salientar que a amamentação não é exclusiva de mulheres cisgêneras que passaram pelo ato de parir. Pessoas transmasculinas que engravidam também podem amamentar ou induzir a uma lactação para amamentar seus filhos. Um dos atos mais revolucionários, citado na pesquisa anterior, é o ato de usar o próprio peito para alimentar seu bebê, tanto o peito operado ou não.

Nesse sentido, surge o questionamento: O “corpo materno” – conforme entendido na sociedade ocidental – pode ser um corpo masculino? Essa discussão é pertinente, pois assim é possível pensarmos vários corpos que amamentam, várias formas de alimentação e várias identidades produzindo e alimentando outros. Tudo isso, também, nos faz refletir sobre o discurso “de verdade” sobre a definição de “maternidade” e “paternidade”. O livro *“Fresh Milk: The Secret Life of Breasts”* (2003) traz a perspectiva de que homens cisgêneros podem amamentar, pois eles têm mamas, mamilos e ductos mamários, e a prolactina é produzida pela glândula pituitária, que fica no cérebro. Dito isto, reforço a ideia de que não só um corpo e uma só identidade pode amamentar, e sim diversos corpos e diversas identidades. Pessoas transmasculinas estão (des)construindo os significados de maternidade, paternidade, gravidez e amamentação de forma positiva.

Conclusão

A importância das análises de políticas públicas vai no sentido de que muitos desses processos nascem das vertentes médicas, pensando em como um corpo é construído, a partir do domínio médico, sendo, com isso, sistematizado e validado por meio de leis, portarias e diretrizes, passando a ser tomado como uma verdade de que para se construir um

corpo se faz necessário o saber médico. Essa verdade foi introduzida para levar muitas pessoas trans a não questionarem tal processo: já assimilam e vivenciam e/ou muitas delas nem conseguem acessar.

Nesse sentido, elenco alguns pontos importantes para se pensar em corpos transmasculinos grávidos: o fazer social a partir das práticas e experiências subjetivas e intersubjetividades, intercalando os processos de representações e configurações em construções e desconstruções relacionadas à gravidez transmasculina; a figura transmasculina concebida como uma urgência em ser problematizada social e culturalmente; a resignificação a partir dos próprios significados e signos transmasculinos e da gravidez, mas não de forma unilinear, ou seja, não de uma única forma ou origem, mas sim, de múltiplas, de polifonias; e por fim, o ato de engravidar desafiando as convenções de gênero que definem o corpo grávido com uma expressão e papéis atribuídos à mulher cisgênera e ao feminino; a ideia de maternidade fortemente cultuada à prática e experiência também de mulheres cis.

Contudo, com a integração da identidade autoafirmada de pessoas transmasculinas, e com os processos de modificação corporal, tende a ocorrer uma resignificação da experiência de parentalidade, alcançada através da dissociação da ideia de que ter uma criança é um fenômeno exclusivamente de mulheres cis, o que abre a possibilidade de a gravidez ser considerada como meio para atingir o fim de ter uma criança.

Os serviços de saúde precisam respeitar as pessoas em sua integridade, respeitar o nome, gênero, sexualidade, raça/cor/etnia e corporalidade. Para isso temos como questões práticas colocar o nome social nos prontuários, nas etiquetas de solicitações de exames e de identificação de pacientes/PARTURIENTE em seus bebês, que ainda são impressas com o nome de registro da pessoa que pariu. Necessitam também que os casos sejam atendidos pelos centros de cidadanias LGBTs atuando em rede com serviços de saúde, criando grupos de trabalho para discutir as questões, preparando e informando de modo que não haja surpresas.

O campo da saúde tem que fazer o papel de mediação de questões relevantes sobre como as pessoas trans estão sendo assistidas, quais têm sido as barreiras no cuidado da saúde dentro do sistema único de saúde, articular serviços distintos, de níveis de complexidades distintas. O SUS

precisa incluir a população transmasculina em integridade e equidade no cuidado.

Referências

Angonese M, Lago MCS. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. *Saude soc* [internet]. 2017 [acesso em 5 jan 2023];26(1):256-270. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017157712>

Bento BMA. *Reinvenção do Corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.

Bertucci P. Por que existe uma comunicação inclusiva? In: *GuiaTodxsNós* [internet]. Nova Iorque: Guia de linguagem inclusiva | Todxs nós | HBO; c2020. p. 5 [acesso 4 jan 2023]. Disponível em: <https://pji.portaldosjornalistas.com.br/wp-content/uploads/2020/05/GuiaTodxsNos.pdf>

Brasil. Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional [internet]. Brasília (DF); 2016 [acesso 10 jan 2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8727.htm

Brasil. Resolução nº 11, de 18 de dezembro de 2014. Estabelece os parâmetros para a inclusão dos itens orientação sexual, identidade de gênero e nome social nos boletins de ocorrência emitidos pelas autoridades policiais no Brasil [internet]. Secretaria de Estado da Segurança Pública; 2014 [acesso em 31 maio 2023]. Disponível em: http://www.sesp.mt.gov.br/documents/4713378/11927966/Resolucao-11-CNCD_LGBT.pdf

Butler J. *Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo*. In: Louro GL. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica; 2000.

Conselho Nacional de Justiça (BR). Provimento nº 73, de 28 de junho de 2018. Dispõe sobre a averbação da alteração do prenome e do gênero nos assentos de nascimento e casamento de pessoa transgênero no Registro Civil das Pessoas Naturais (RCPN) [internet]. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2018 [acesso em 5 jan 2023]. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2623>.

Falcao M, Vivas F. Gilmar Mendes determina adoção de medidas para garantir respeito à identidade de gênero no SUS. G1 [internet]; 2021 [acesso em 4 jan 2023]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/06/28/gilmar-mendes-determina-adoacao-de-medidas-para-garantir-respeito-a-identidade-de-genero-no-sus.ghtml>

Foucault M. *Le Courage de la vérité: le gouvernement de soi et des autres*. Paris: Gallimard; 2009.

Furlan L. Pai é quem cria, mas também quem pare: homem trans está grávido de 40 semanas. IG [internet]. 2021 [acesso em 8 jan 2023]. Disponível em: <https://queer.ig.com.br/2021-03-30/-pai-e-quem-cria--mas-tambem-quem-pare---homem-trans-esta-gravido-de-40-semanas.html>

Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saude soc* [internet]. 2008 [acesso em 7 jan 2023];17(2):11-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902008000200003>

Mbembe A. *Brutalismo*. São Paulo: N-1 Edições; 2021.

Ministério da Saúde (BR). *Homens Trans: vamos falar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis?* [internet]. Brasília (DF); 2018 [acesso em 10 jan 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2018/homens-trans-vamos-falar-sobre-prevencao-de-infecoes-sexualmente-transmissiveis-2013-versao-atualizada-e-corrigida/view>

Ministério da Saúde (BR). Mudanças no layout da DNV. Brasília (DF); 2021 [acesso em 10 jan 2023]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/eventos/2_Reuniao_Novo_layout_da_DNV_24-09-21.pdf

Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes [internet]. Brasília (DF); 2004 [acesso em 8 jan 2023]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf

Ministério da Saúde (DF). Portaria nº 1.370, de 21 de junho de 2019. Inclui procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS [internet]. Brasília (DF); 2019 [acesso em 5 jan 2023]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.370-de-21-de-junho-de-2019-16726742628>

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Brasília (DF); 2013 [acesso em 5 jan 2023]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008 [internet]. Brasília (DF); 2008 [acesso em 5 jan 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html

Pfeil B, Lemos K. A dor e a delícia das transmasculinidades no Brasil: das invisibilidades às demandas [internet]. Rio de Janeiro: Instituto Internacional sobre Raça, Igualdade e Direitos Humanos; 2021 [acesso em 7 jan 2023]. Disponível em: https://raceandequality.org/wp-content/uploads/2021/10/TRANSMASCULINIDADES-BRASIL_FINAL.pdf

Segato RL. Genero y colonialidade: en busca de claves de lectura y de um vocabulario estratégico descolonial. e-cadernos CES [internet]. 2012 [acesso em 10 jan 2023]; 18:106-131. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/eces.1533>

Sousa D, Iriart J. Viver dignamente: necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. saúde pública* [internet]. 2018 [acesso em 8 jan 2023];34(10):1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00036318>

Štambuk M, Milković M, Maričić A. 2019. Motivation for Parenthood among LGBTIQ People in Croatia: Reasons for (not) Becoming a Parent. *Revija za sociologiju* [internet]. 2019 [acesso em 7 jan 2023];49(2):149-173. Disponível em: <https://doi.org/10.5613/rzs.49.2.2>

Colocar-se no Centro, Quando se está à Margem: aspectos da desigualdade de condições dos partos domiciliares no Brasil

Aline de Oliveira Gonçalves¹, Edialy Cancian Tetemann²

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a mulher deve ter o seu parto no local em que ela sinta segurança e que haja viabilidade de um cuidado adequado. Esse local pode ser em casa, maternidades ou centros de partos se for uma gestação de risco habitual, e toda a atenção e cuidados devem estar voltados para suas necessidades e segurança (WHO, 1997).

O parto domiciliar é permitido e disponibilizado pelo serviço público de saúde em alguns países como a Holanda, Inglaterra e Austrália. A assistência é prestada por parteiras profissionais, com curso superior, que acompanham a paciente em todo seu ciclo gravídico-puerperal. Na Austrália foram criados programas de partos domiciliares financiados pelo governo, para atender a demanda de mulheres que desejam o parto em casa e que sejam elegíveis de acordo com os protocolos (Catling-Paull, Foureur, Homer, 2012).

Nos Estados Unidos houve um aumento de 41% (2010) nos partos domiciliares planejados. Um estudo de coorte retrospectiva de nascimen-

1 Aline de Oliveira Gonçalves (aliengoncalves@gmail.com), jornalista, doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Tecnologia e Sociedade (PPGTE) da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR), mestre em comunicação pelo Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social da UFPR.

2 Edialy Cancian Tetemann (edialy@usp.br), enfermeira, mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, doutoranda em Saúde Pública FSP/USP.

tos domiciliares nos EUA, entre 2004 e 2010, demonstrou que as mulheres de baixo risco tiveram baixas taxas de intervenção ou efeitos adversos (Cheyney, et al., 2014).

Em países como Gana, os partos domiciliares ocorrem em maior número em áreas rurais, quando comparados às áreas urbanas. Quando são analisadas as diferenças entre as mulheres que escolhem o parto domiciliar, nas áreas rurais, essa decisão está relacionada com fatores socioculturais e institucionais, já nas áreas urbanas esse fator está ligado à pobreza e falta de consultas de pré-natal (Ahinkorah et al., 2021; Alatinga, Affah, Abihiro, 2021).

Na Noruega, o parto domiciliar planejado não é oferecido pelo serviço de saúde público, as mulheres que fazem essa opção arcam com as despesas e há um reembolso de uma pequena parte do valor pelo governo. Semelhante com o que ocorre no Brasil, as norueguesas que escolhem os partos domiciliares planejados custeiam integralmente os serviços (Skrondal, Bache-Gabrielsen, Aune, 2020).

No que diz respeito à elegibilidade do parto domiciliar, alguns países possuem critérios de avaliação de risco. Na Austrália, Inglaterra, Japão, Holanda, Noruega e alguns estados do Canadá, há diretrizes específicas que indicam critérios para a gestante ser elegível. Em países que possuem Organizações ou Sociedades Obstétricas, apenas na Inglaterra a entidade é favorável ao parto domiciliar, quando a gestante não possui nenhum risco (Comeau et al., 2018).

O atual modelo hegemônico de parto no Brasil é tecnocrático³ e hospitalar. Nesse modelo, o parto é usualmente associado ao risco, sendo a parturiente considerada uma pessoa em estado frágil, que depende de outrem para que seu filho nasça com saúde e segurança (Menezes, Portella, Bispo, 2012). As altas taxas de cesarianas e o excesso de procedimentos durante o trabalho de parto, trouxeram à tona uma discussão sobre a desnaturalização do parto, gerando aumento de morbimortalidade materna (Sandall et al., 2018) e até mesmo aumento de gastos desnecessários (En-

3 Robbie Davis-Floyd (2000) denominou tecnocráticas práticas que têm características como: separação mente-corpo; alienação do profissional em relação ao paciente; organização hierárquica; padronização dos cuidados; a autoridade e a responsabilidade são do profissional, não da paciente; valorização excessiva da ciência e da tecnologia; e intolerância para com outras modalidades de cuidados.

tringer, Gomes, Costa, Pinto, 2018).

No movimento de tornar a mulher protagonista de seu trabalho de parto, o Ministério da Saúde (MS) lança, em 2002, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, com o objetivo de melhorar a qualidade e o acesso ao pré-natal e parto numa visão de garantia de direitos das mulheres (Brasil, 2002).

A Rede Cegonha (2011) e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2000) propõem uma mudança na assistência ao pré-natal e parto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do financiamento da construção e reformas de centros de parto normal. Mesmo com essas propostas, o modelo de parto ainda é focado no ambiente hospitalar, pois segundo a portaria da Rede Cegonha, os centros de parto normal devem estar localizados em ambiente intra-hospitalar ou a uma distância de até 20 minutos de um hospital.

O parto domiciliar ainda é pouco discutido no campo de políticas públicas e não há regulamentação no Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, recentemente, o Ministério da Saúde, por meio da nota técnica nº 2/2021 (Brasil, 2021), desencorajou o parto domiciliar no âmbito brasileiro, considerando o ambiente hospitalar como o mais seguro. No documento essa segurança é atribuída principalmente à disposição de equipe médica.

Gênero, Tecnologia e Poder

Poucas mulheres brasileiras têm uma real opção de escolha em relação ao local de parto, apesar de isso ser pressuposto por diretrizes internacionais, como as da OMS. Quando o local de parto está em questão, é preciso ponderar sobre o sentimento de segurança da mulher; o delineamento de políticas públicas; o investimento em estruturas como os centros de parto normais ou casas de parto; a disponibilização de equipes de atendimento domiciliar; entre outros aspectos.

Para Tornquist (2004), o parto e nascimento são eventos a um só tempo biológico, cultural e individual: mulheres dão à luz de formas diferenciadas, conforme o contexto histórico em que vivem, sua cultura particular e experiências pessoais – incluindo-se as narrativas e lembranças

guardadas na memória. Situando-se menos como uma doença – à exceção dos partos em que há graves dificuldades e mais como um fenômeno que envolve corpo e saúde, o parto é vivenciado como um ritual de passagem, que assinala mudanças tanto corporais, quanto familiares e sociais. Segundo a Sandall et al. (2018), os aspectos sociais e culturais que permeiam as rotinas de atendimento, mais do que influenciar, estruturam a abordagem de tratamento da mulher e do bebê, trazendo reflexos nos desfechos dos partos e na saúde da criança.

A transição dos partos domiciliares para os hospitalares no Brasil se deu de forma gradual, desde o século XIX até meados da década de 1950, sendo que hoje quase a totalidade dos nascimentos são hospitalares e entre eles mais de 50% por cesariana. No início da transição, as parteiras tinham mais experiência e conhecimento tácito para acompanhar as parturientes, mas os primeiros médicos, que se formaram no Brasil, desqualificaram esse conhecimento, inclusive por uma disputa de campo de atuação.

Enquanto as parteiras acreditavam que sua função era assistir o parto, esperar a natureza se manifestar, e aparar a criança — conseguindo inclusive, através de rezas e rituais, o auxílio benfazejo de santas e santos do panteão católico e das demais forças sobrenaturais —, os médicos acreditavam que seu dever era fazer o parto, agindo como 'sentinelas avançadas', prontos para intervir sempre que o organismo se afastasse daquilo que consideravam fisiológico. Daí as parteiras serem ridicularizadas, consideradas supersticiosas, chamadas de ignorantes, e seu saber sobre o parto desqualificado (Mott, 1999; p.9).

Podemos considerar que diferentes tecnologias são acionadas nos diferentes ambientes em que os partos acontecem. Enquanto nos partos domiciliares são usados recursos de menor complexidade, sendo valorizada a relação interpessoal, nos partos hospitalares são usados recursos mais invasivos.

[...] as tecnologias em saúde são classificadas em **três categorias**: tecnologia **dura**, relacionada a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais; **leve-**

-dura, que compreende todos os saberes bem estruturados no processo de saúde; e a **leve**, que se refere às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização. Embora essas três categorias se inter-relacionem, o ser humano necessita, em especial, das tecnologias de relações, definidas como 'leves' (Silva, Figueiredo, 2008; p. 292).

No ambiente hospitalar é predominante o uso de tecnologias duras, inclusive nos partos vaginais, acompanhadas (ou não) de tecnologias leve-duras e leves. Algumas das queixas recorrentes das mulheres que têm seus filhos em hospitais é a falta do vínculo com a equipe, sendo que com frequência a gestante é atendida por um médico plantonista. A falta de empatia e acolhimento por parte da equipe e a disponibilidade de tecnologias duras favorecem a utilização de procedimentos mais invasivos, que frequentemente levam à cesariana.

Há evidências de que a cada intervenção feita durante o trabalho de parto e parto, amplia-se a chance de acontecerem outras intervenções (Diniz, Chacham, 2006). O uso da ocitocina intravenosa, por exemplo, aumenta a frequência e a intensidade das contrações e conseqüentemente a sensação de dor, o que pode fazer com que a parturiente opte por uma analgesia e tenha que ficar na posição litotômica (o que dificulta a saída do bebê e favorece lacerações). No caso dos partos domiciliares, os recursos utilizados para o alívio de dor (massagens, técnicas respiratórias, banhos de chuveiro e de banheira) favorecem desfechos com menos interferências.

A crítica sobre a tecnologia

O olhar crítico sobre o desenvolvimento e o uso das tecnologias se faz necessário para elucidar aspectos como valores sociais e econômicos que elas representam. A partir de uma perspectiva crítica, o teórico canadense Andrew Feenberg (2010) salienta que as tecnologias não são neutras, pelo contrário, estão carregadas de valores culturais. Ele ressalta que o desenvolvimento tecnológico se dá em meio a interesses múltiplos, e muitas vezes desiguais, contraditórios e até ambíguos. Ao analisar a tran-

sição dos partos das residências para os hospitais, é possível identificar alguns dos valores e interesses envolvidos nesses processos.

A forma como o conhecimento da área médica foi estruturada gera críticas até a atualidade. A chamada racionalidade médica, segundo alguns pesquisadores, equilibra-se de forma reducionista entre dicotomias como saúde e doença, normal e patológico, sendo fundamentada de forma implícita e com contradições insuperáveis, como aponta Camargo Jr (2005).

Esta doutrina (médica) é basicamente implícita. A atividade profissional e o próprio referencial teórico da Medicina não dispõem de um “fio condutor” claramente enunciado. [...] Não há ideais ético-normativos explícitos que guiem o médico, com a possível exceção da legislação deontológica da atividade profissional, que, todavia, não é, em hipótese alguma, uma instância de articulação teórico conceitual. Essa situação não é propriamente uma surpresa, na medida em que praticamente todas as noções fundamentais da medicina (como doença, saúde, cura e até mesmo homem, no sentido de ser humano) são igualmente implícitas (Camargo, 2005; p. 185).

Para Camargo (2005), as práticas médicas, por não serem embasadas em fundamentos explícitos, não podem ser diretamente contestadas. Assim, a clínica médica atual, mesmo apoiada no uso de práticas e instrumentos complexos, exames laboratoriais, entre outros, está submetida à racionalidade mecânico-casual.

Inscritas nesse contexto, as práticas médicas de obstetrícia ganharam características que foram chamadas de ‘tecnocráticas’ pela antropóloga norte-americana Robbie Davis-Floyd (2000). Esses aspectos incluem o que chamamos anteriormente de tecnologias duras e apontam a deficiência da aplicação das tecnologias leves. O que demonstra que também em outros países, no caso os Estados Unidos, tecnologias mais invasivas são utilizadas de modo extensivo.

Por outro lado, no atendimento prestado por enfermeiras obstétricas e obstetrizes a ênfase é na formação de vínculo entre a equipe e as parturientes, assim como a utilização de recursos de baixa complexidade

(Koettker et al., 2018). Apesar de no Brasil não haver uma regulamentação específica para a prática do Parto Domiciliar Planejado (PDP), a profissional da enfermagem está apta a acionar tecnologias leves, leves-duras e algumas duras para fazer seu trabalho. Elas dispõem de recursos materiais (bola de pilates, acessórios para massagem, banheira, material de sutura, balança) e podem inclusive emitir a Declaração de Nascido Vivo - DNV, por exemplo. Elas também fazem a avaliação de risco e o planejamento caso haja necessidade de transferência para um hospital. Em geral, suas práticas seguem as evidências científicas, resultando em elevados índices de parto normal, baixa necessidade de transferência para o hospital e de cesariana (Koettker et al., 2018). As equipes de parto domiciliar podem contar com o apoio de doulas, profissionais que dão suporte psicológico e emocional para a parturiente, contribuindo no acionamento de tecnologias leves. Quando a família deseja, algumas delas se dispõem também a oferecer algum tipo de apoio no âmbito espiritual. Sendo assim, é possível criar a hipótese que as tecnologias empregadas na assistência estão relacionadas ao local em que parto ocorre e, também, à formação do profissional que presta a assistência.

Tecnologias e estruturas de poder

A relação das tecnologias relacionadas à reprodução com hierarquias de poder é estudada pela Judy Wajcman, pesquisadora e professora reconhecida pelo seu trabalho na interseção entre estudos de gênero e tecnologia. Ela aponta que as tecnologias reprodutivas são algumas das que estão mais intrinsecamente ligadas a modelos institucionalizados de poder e de autoridade, o que enfatiza a necessidade de se buscar tecnologias baseadas em valores diferentes, que atendam as reais necessidades das mulheres (Wajcman, 2006). Ela ressalta ainda a necessidade de encontrar caminhos e brechas dentro das tecnologias existentes, acionando o poder de agência das mulheres. Como propõe Wajcman (2006), o olhar atento às características do sistema de atendimento à saúde materna e infantil e aos conhecimentos tradicionais de assistência ao parto, pode abrir possibilidades de agência para as mulheres em diferentes realidades socioeconômicas e culturais. “Recuperar el conocimiento y el control del

cuerpo de las mujeres – su sexualidad y su fertilidad – se consideró un paso fundamental para la Liberación de las mujeres” (Wajcman, 2006).

Ações que podem levar as mulheres a recuperar esse conhecimento e conseqüentemente o controle de seus corpos, passam necessariamente pelo âmbito político, na qual os grupos feministas atuam para que haja mais equidade. Como conta Wajcman (2006), historicamente as figuras masculinas foram relacionadas às tecnologias e as mulheres como ligadas mais à natureza do que à cultura.

Las feministas han identificado el monopolio de los hombres sobre la tecnología como una importante fuente del poder de éstos; la falta de desarrollo de las competencias tecnológicas de las mujeres como elemento importante de su dependencia de los hombres (Wajcman, 2006; p. 24).

O que, segundo ela, não passou despercebido pelos movimentos de mulheres britânico e norte-americano dos anos 1970, que deram um importante impulso para a aparição de uma política feminista sobre o conhecimento científico (Wajcman, 2006). Esses movimentos criticaram a forma como as ciências biológicas e médicas posicionavam a mulher como um ser diferente e inferior ao homem, enfatizando a determinação biológica dos papéis de gênero. A questão posta pelas feministas, segundo Wajcman (2006; p. 32), era: “como se poderia usar a ciência com fins emancipatórios, sendo ela tão implicada em projetos claramente masculinos?”

Aspectos territoriais e socioeconômicos

As diferenças geográficas, sociais e econômicas entre as regiões do Brasil refletem também nos indicadores de parto domiciliar. A questão geográfica impacta principalmente a região Norte, uma vez que as grandes distâncias são barreiras ao acesso aos serviços públicos de saúde. Enquanto a maior escolaridade e renda, nas regiões Sudeste e Sul, propicia que mais famílias tenham acesso ao serviço de PDP.

De acordo com o SINASC, o número de partos domiciliares no Brasil (Tabela 1) apresentou um aumento entre os anos de 2015 e 2017 e nos

anos de 2018 a 2019 houve uma queda nos números. Porém, em 2020, o número de partos domiciliares voltou a crescer, totalizando 19.691 partos.

Tabela 1. Frequência dos partos domiciliares por Região e ano, Brasil, 2021.

Região	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Norte	9.030	47,3	9.660	49,7	9.886	50,3	9.054	48,4	8.406	46,7	9.158	46,5
Nordeste	4.894	25,6	4.395	22,6	4.318	22,0	3.984	21,3	3.743	20,8	4.080	20,7
Sudeste	3.323	17,4	3.452	17,8	3.371	17,1	3.563	19,0	3.631	20,2	3.887	19,7
Sul	866	4,5	993	5,1	1.009	5,1	1.077	5,8	1.085	6,0	1.284	6,5
Centro-Oeste	970	5,1	945	4,9	1.077	5,5	1.028	5,5	1.123	6,2	1.282	6,5
Total	19.085	100	19.445	100	19.661	100	18.706	100	17.988	100	19.691	100

Fonte: Sinasc, 2021.

O número de partos domiciliares nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, é maior quando comparados às outras regiões do país, mantendo-se estável no decorrer dos cinco anos. Porém, ao analisar as demais regiões, observa-se um aumento de 32,5% dos partos realizados em domicílio na região Sul, 29% na região Centro Oeste e de 14,5% no Sudeste – fazendo um percentual comparativo entre os anos de 2015 e 2020, o que pode corroborar o aumento da procura de mulheres para o parto domiciliar planejado.

Ao analisar esses números e as diferenças regionais é importante ressaltar que o parto domiciliar tem características diversas em cada região do país. No que diz respeito às regiões Norte e Nordeste, a ausência de profissionais qualificados e principalmente a barreira geográfica para se chegar aos serviços de saúde são fatores que levam as mulheres a “escolherem” o domicílio como o local de parto. Nessa perspectiva, o Minis-

tério da Saúde, em 2011, criou o Programa Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos por Parteiras Tradicionais, que visa o treinamento de parteiras que assegurem o mínimo de segurança e qualidade para as mulheres (Ministério da Saúde, 2011).

De acordo com os dados do SINASC (Tabela 2), entre 2015 e 2020, referente à escolaridade da mãe e o parto domiciliar por região do Brasil, percebe-se que a maior parte das mulheres com 12 ou mais anos de estudo, que tiveram o parto domiciliar, residem na região Sul, em seguida na região Sudeste. Mulheres que realizaram o parto domiciliar e tinham menos de 7 anos de estudo estão concentradas nas regiões Norte e Nordeste.

Tabela 2. Frequência dos partos domiciliares por escolaridade da mãe e Região, Brasil, 2021.

Escolaridade da mãe (Anos de estudo)	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	4120	7,5	1570	6,2	273	1,3	88	1,4	502	7,8
1 a 3 anos	7606	13,8	3063	12,1	655	3,1	212	3,4	480	7,5
4 a 7 anos	21466	38,9	9142	36,0	3914	18,4	1219	19,3	1731	26,9
8 a 11 anos	19636	35,6	8795	34,6	9836	46,3	2399	38,0	2087	32,5
12 anos e mais	808	1,5	1524	6,0	6238	29,4	2283	36,2	1486	23,1
Ignorado	1558	2,8	1320	5,2	313	1,5	113	1,8	139	2,2
Total	55194	100	25414	100	21229	100	6314	100	6425	100

Fonte: SINASC, 2021.

No estudo realizado por Carvalho et al. (2014) foram descritas as características das mulheres que tiveram o parto domiciliar no Brasil, en-

tre 1994 e 2011. Essas mulheres tinham, em sua maioria: idade entre 20 e 29 anos; de 1 a 7 anos de estudo; estado civil solteira; de 4 a 6 consultas de pré-natal; e gestação a termo (Carvalho et al., 2014). Quando foram analisados os partos domiciliares no município do Rio de Janeiro (2010 a 2017), as mulheres tinham: idade entre 20 a 34 anos (70%); 8 a 11 anos de estudos; estado civil solteira; 7 ou mais consultas de pré-natal; gestação a termo (Chaves et al., 2022).

Contrapondo essa realidade, o perfil econômico de mulheres que optam pelo parto domiciliar planejado (PDP) é de pessoas com ensino superior completo ou cursando e que exercem atividade remunerada. Esse perfil de classe média e alta é esperado para a procura do PDP, pois não há disponibilidade desse serviço nos serviços de saúde pública, sendo que o mesmo deve ser contratado e pago pelas mulheres que optam pelo parto domiciliar (Cursino, Benincasa, 2022; Feyer, Monticelli, Knobel 2013).

Cursino e Benincasa (2022) também identificaram que a maioria das mulheres que escolhem o PDP eram primíparas. Esse dado encontrado no Brasil difere de achados internacionais. Um fator que pode explicar essa disparidade é que no Brasil, as primíparas têm receio de sofrer violência obstétrica já no primeiro parto e por isso buscam o PDP (Feyer, Monticelli, Knobel, 2013).

Nessa ambivalência da prática do parto domiciliar no Brasil, observa-se de um lado a falta do acesso ao serviço de saúde e ineficiência de políticas públicas, e de outro o parto domiciliar planejado por opção, restrito à parcela da população com melhores condições econômicas.

Parto fora “de cena”

No litoral do estado Paraná, na região Sul do Brasil, uma rede informal de mulheres experimenta uma estratégia diferente para realizar o parto domiciliar. Na ausência de parteiras tradicionais e de equipes de enfermeiras e obstetrias na região, elas optaram por um parto autoassistido. Em consonância com a pesquisa apresentada, no momento do parto, a maioria delas eram jovens (entre 20 e 30 anos) e primíparas. O delineamento desse grupo de mulheres está sendo estudado na pesquisa

de doutorado de uma das autoras deste capítulo. Inicialmente foi identificado que mais de 12 partos aconteceram dessa forma, entre os anos de 2012 e 2020, somente nos municípios de Matinhos e Morretes.

Para ajudar na compreensão das motivações das integrantes desse grupo, serão pontuadas a seguir algumas falas de duas mulheres que tiveram partos domiciliares nos anos de 2012 e 2021. Uma delas, A. H. era estudante universitária, quando pariu pela primeira vez, acompanhada apenas pelo seu companheiro e pai da criança, na Ilha do Mel, município de Paranaguá (PR). Os dois haviam planejado um parto domiciliar em Matinhos, mas A. H. entrou em trabalho de parto semanas antes da data prevista, enquanto eles passeavam na Ilha do Mel e ela optou por permanecer e parir no local. A segunda mulher, V., oceanógrafa, planejou e teve seu parto em casa, em Pontal do Paraná, acompanhada por quatro pessoas: uma doula, uma aprendiz de parteira, seu companheiro e uma amiga.

Os trechos transcritos a seguir foram retirados de duas conversas promovidas publicamente em redes sociais virtuais. A primeira conversa aconteceu no canal da artesã Marcela da Terra, no Instagram⁴, na qual a anfitriã conversou com A. H. e sua família. A segunda está disponível pelo Youtube⁵, foi promovida pela doula E., com a participação de V. Ambas as conversas têm pouco mais de uma hora de duração. Foram destacadas as falas relacionadas com: a escolha do local de parto; as impressões da mulher que pariu em casa sobre os serviços de assistência à gestante e parturiente no hospital / maternidade pública local; a preparação intelectual, física e emocional para o parto; o entendimento sobre risco e segurança; a escolha dos acompanhantes de parto; os papéis e ações dos acompanhantes ou assistentes de parto; os recursos preparados ou utilizados durante o trabalho de parto e parto (banho, chás, massagens, tesoura, toalhas, lençóis).

Nas duas *lives*, ambas as mulheres fazem declarações de que não identificavam as maternidades públicas de Matinhos e de Paranaguá

4 Eu, parteira. uma prosa com minha parteira, @ana.hetzel "Instagram." Instagram, <https://www.instagram.com/reel/CHEJ3MOHaZ3/>. Accessed 30 Sept. 2022. Eu, parteira, parte II. uma prosa com minha parteira, @ana.hetzel "Instagram." Instagram, <https://www.instagram.com/reel/CHENbvzHJW7/>. Accessed 30 Sept. 2022.

5 Ferreira, Sábina Lua-Elaine. RELATO DE PARTO DOMICILIAR - A História Da Vanessa e Da Helena. Youtube, 14 Aug. 2021, <https://www.youtube.com/watch?v=Z63d6bLwKiA>.

como locais seguros para parir. As falas sobre as razões de optar pelo parto em casa e porque evitaram parir na maternidade são convergentes. Vale ressaltar que equipes de parteiras urbanas de Curitiba não estão disponíveis para atender partos domiciliares nos municípios do litoral do Paraná, devido à distância e outras implicações que dela decorrem. Além disso, tanto A. H. quanto V. declararam que não tinham recursos financeiros para contratar a equipe, se tivessem optado por ir a outra cidade, não teriam um local que considerassem adequado para parir, mesmo que pudessem contratar a assistência das parteiras urbanas.

A.H.:

[...] a realidade hospitalar de Matinhos era bem chocante, hoje que estão iniciando os processos de humanização, mas em 2012 não tinha nada assim. Então eu olhei aquele ambiente, lembro bem desse momento em que eu olhei para o ambiente hospitalar. Eu cheguei em casa e eu chorei. Eu chorei e falei: assim não cara. [...] vamos bancar esse parto em casa mesmo. Vamos estudar sobre a fisiologia do parto. Vou me cuidar durante todo o pré-natal e vamos fazer um parto em casa, né?

V.:

[...] se precisar a gente vai pra a maternidade, mas eu realmente não queria. E no meio da pandemia, né? Aquela coisa e fica mais gente (em cada quarto), mas aí se eu for lá na maternidade, eu não vou conseguir fazer (o parto).

Vanessa teve como plano B recorrer à maternidade de Matinhos, mas nas normas do serviço público de saúde, deveria ser atendida no Hospital Regional, em Paranaguá, devido à localização da sua residência.

V.:

Eu moro em Pontal do Paraná e aqui eles encaminham pro Regional, para o Hospital Regional. Ah, eu não iria pra o Hospital Regional. Lá no Hospital Regional, onde tem Covid

rolando à solta, é gigante aquele hospital, não tem só maternidade, né? [...] E eu comecei a pesquisar uma maternidade. Fiquei sabendo de uma maternidade de Matinhos e falei: esse vai ser meu plano B. Mesmo eu sendo de Pontal, vai ser em Matinhos, vou dar um jeito.

Em relação às motivações de escolha do local do parto, ambas mulheres mencionam que ‘sempre’ pensaram em parir em casa. A. H. afirma que fez a escolha por não considerar o ambiente hospitalar acolhedor e acreditar que seria capaz de parir sozinha, uma vez que essa é a maneira natural, fisiológica de ocorrer o nascimento. Enquanto V. diz ter sido motivada pelas experiências de outras mulheres na região.

A.H.:

Então sendo bem simples e sincera, o que me firmou muito foi pensar na natureza e nos animais. Sabe, Marcela, não me mirei em ninguém, sabe. Mas, poxa, os animais são tão simples [...] sem toda aquela aparelhagem que o ser humano criou e necessita por causa do seu contexto social pra parir. Por que eu não vou conseguir parir também, né? Sendo um animal também, né? Então foi essa força que me veio na real, assim.

V.:

Eu quero ter um parto em casa e eu sempre pensei. Mas uma vez que fiquei grávida, eu já pensava, vai ter que ser em casa, mas como eu vou fazer em casa? Mas aí comecei a lembrar, fulana já teve nenê em casa aqui no litoral. Comecei a contar, foram assim, umas cinco, seis, cinco eu conheço, são próximas, e é possível. [...] As mulheres conseguiram, eu também vou conseguir. Não tem por que não dar. Dá medo? Dá, mas esse estudo que a gente faz antes do parto, pra tirar todo esse medo, é muito importante.

Ambas as mulheres contam que estudaram muito sobre o parto, apesar de não citarem detalhes de como se deu esse estudo: elas consi-

deravam bem-informadas em relação às suas escolhas. Afirmaram que fizeram o acompanhamento pré-natal na rede pública de saúde e tiveram uma gestação saudável e de baixo risco. Sobre a avaliação de risco, que ambas decidiram assumir, declararam o seguinte:

A.H.:

A gente estudou um pouco também sobre como atender um parto emergencial. Nunca fui negligente, nesse sentido. Não foi assim, uma coisa louca, sem nem pensar, né? Eu fiz o pré-natal pra ver que eu estava com uma gestação saudável. Estudei fisiologia do parto. Como atender um parto emergencial real. A única coisa que eu realmente não quis aprofundar era nos riscos, porque como era eu que ia parir, eu não queria a minha mente com trocentos riscos que podiam ter. Sempre pensamos no plano B, se fisiologicamente não vier, se tiver alguma intercorrência, alguma questão, a gente pega o carro e vai para a maternidade, para o Hospital de Matinhos. A gente bancou isso sim. Claro que a gente não contou pra ninguém, para a família, porque ia ser muito chocante.

V.:

Eu fui muito questionada, fui pressionada, mas também depois de um tempo, eu fui muito respeitada, pela minha decisão, porque eu sempre fui uma pessoa muito determinada no que eu queria e se eu quero e eu tenho base para isso, então ok. [...] Mas eu tinha embasamento, sabe? Não só científico, mas de pessoas que já tinham conseguido, exatamente, experiências. Aí tem seus zero vírgula, zero, zero por cento, aí, que não pode dar certo. Sim, claro que tem, mas por isso que a gente faz plano A, plano B, plano C, plano D, e tem que fazer, tem que fazer [...] caso você precise ir para um hospital. Então eu fiz, fiz o plano A, fiz o plano B, fiz o plano C e isso foi muito importante para mim.

Em relação aos acompanhantes de parto, Ana contou apenas com o companheiro, que segundo ela foi seu parceiro também nos estudos e preparação para o momento do parto.

A. H.:

Eu sempre trago a gratidão pela parceria do Rodolfo, nesse momento porque esteve ali presente. Então, considero ele como o doulo e parteiro do parto da Jaya. Assim foi essencial, teve momentos que foram essenciais a presença dele para eu ancorar, a força, a coragem e a fé de continuar nessa escolha que a gente fez. Eu vou contar que (durante o parto) realmente eu entrei no medo, naquele momento da covardia, né? Disse assim: nossa a gente é maluco de estar aqui, só nós dois parindo, que absurdo que estamos fazendo! Será que eu vou conseguir mesmo? Entrei na onda do medo mesmo, né? De que não ia fluir e daí? Nessa hora, foi bom que ele teve essa firmeza de me ancorar, de falar assim: então tá guerreira, você quer pegar a trilha? (Andar) 40 minutos ali, para ir pra casa?

R., que também participou da live, acrescentou que durante o trabalho de parto usou um pequeno espelho para mostrar para A. H. que a menina estava coroando e que faltava pouco para ela nascer, segundo ele, isso fez com que ela recuperasse as forças e continuasse.

Vanessa afirmou que havia convidado uma tia, enfermeira com experiência em partos hospitalares, para lhe acompanhar. Mas com aproximadamente 30 semanas de gestação, houve algum contratempo que impediu que a tia-enfermeira estivesse presente. Foi quando, por meio de amigas em comum, ela conheceu a doula E. e a aprendiz de parteira I. No decorrer do vídeo, E. e V. questionam a forma como I. se apresenta, como “aprendiz”. Porém I. faz uma participação na live e ela reafirma que se considera uma aprendiz de parteira⁶.

V.:

Na rede de Mães de Matinhos me indicaram a I., uma grávida de lá que tinha parido com ela também, mas não foi em casa, ela acabou indo pra maternidade. Aí eu fui falar com a

6 No vídeo do relato de parto de Vanessa, não há menção de que a doula e a aprendiz de parteira tenham sido remuneradas, porém também não é feita nenhuma afirmação de que foi um apoio voluntário.

I. e depois fui conhecer ela. Quando eu entrei na casa dela, eu olhei, eu falei, gente, é ela. O meu companheiro saiu de lá falando assim, agora estou muito mais seguro do que antes.

Nas duas *lives* aparecem falas sobre o que as participantes consideram ser “uma parteira”, uma “parteira tradicional” e uma “parteira profissional”. O que demonstra a intenção dessas mulheres em categorizar e, talvez, legitimar o conhecimento e o papel da parteira no contexto do parto domiciliar.

A. H.:

Eu estou aprendendo também, nesse aprendizado constante. Quando eu estava iniciando, ajudando as amigas nos seus partos, eu perguntei para uma enfermeira obstetra: como que faz para ser uma parteira? Ela, olha, a parteira mesmo, uma parteira, é a comunidade que elege. A comunidade que vai falar ok, ela lá sabe, essa pessoa lá, ela me ajudou no parto. Ela é a parteira. Então, no fundo, na tradição, a parteira é a comunidade que vai escolhendo, porque é aquela mulher que ajudou as amigas a parir, a comunidade a parir, e ela é eleita assim. [Nesse sentido] Não existe um curso de parteira, e eu sinto que a minha caminhada é um pouco assim, né? Claro que a gente não vive aquele contexto ancestral de comunidade.

I.

Eu tive a oportunidade de acompanhar o parto da V.. Eu sou aprendiz de parteira tradicional. Minha mestra é a Dona Flor do Moinho, da Chapada dos Veadeiros. Então, eu moro aqui em Matinhos e eu, enfim, tive um parto em casa, um parto domiciliar e a partir desse momento, surgiu uma chama interna de sentir essa necessidade de estar junto com mulheres, acompanhando rodas, grupos e acompanhando as mulheres que desejam parir de forma tradicional.

É importante falar que sou aprendiz de parteira, mas não sou uma parteira profissional ou enfermeira. A V. pariu. A V.

como aquelas mulheres que pariam antigamente, elas sentiam essa necessidade de ter mulheres perto delas, que dessem confiança. Mulheres que eram mais experientes, que já pariram. Muito envolta de oração, de medicinas naturais. É bom pontuar isso, que ela pariu dentro de um contexto, de uma parteira tradicional.

A. H. teve a sua segunda filha também em um parto domiciliar autoassistido, em Matinhos. Posteriormente ela começou a ser chamada por outras mulheres para estar presente em seus partos domiciliares. No momento da publicação deste texto, ela cursa enfermagem e atua como doula em uma equipe de partos domiciliares em Curitiba. Enquanto a aprendiz de parteira I. também continua sua formação como parteira tradicional, tendo assistido outros partos na região de Matinhos.

Discussão e Tendências

A discussão aqui proposta visa contribuir para a reflexão sobre a possibilidade de serem ampliadas as opções de assistência às mulheres no momento do parto. Muito além de apresentar uma tendência momentânea ou uma nova regra, visamos demonstrar a necessidade de se refletir sobre o modelo de assistência hegemônico, suas características culturais, tecnológicas e implicações sociais e, principalmente, na saúde física, mental e emocional de mulheres e crianças.

Considerando, ainda, que o PDP além de seguro (Olsen, Clausen, 2012) tende a ter desfechos melhores no que tange à satisfação da mulher, a redução de intervenções desnecessárias e, conseqüentemente, as complicações iatrogênicas advindas destas (Koettker et al., 2018; Lessa et al., 2018). Ainda há um potencial de redução de custos aos sistemas de saúde (público e privado), o que pode ser um argumento ao se considerar sua oferta e cobertura financeira tanto pelo SUS, como pelas operadoras de saúde.

Em um cenário em que as mulheres sejam respeitadas em suas escolhas, em que haja profissionais que atuem seguindo evidências científicas, diretrizes e protocolos, o parto domiciliar pode ser viável, como demonstram experiências de outros países. O desafio é criar e implementar

políticas públicas, dentro das atuais diretrizes de segurança, possibilitando acesso a recursos materiais de emergência, transferências, caso sejam necessárias, e serviço de retaguarda. As redes organizadas de mulheres, frequentemente lideradas por doulas, como aquela estruturada no litoral do Paraná, podem, além de dar suporte às gestantes e parturientes, contribuir no processo de mobilização de recursos e de exigência de mudanças nas políticas públicas de assistência, visando um atendimento mais respeitoso.

Mas, por que mesmo reconhecida como uma possibilidade de local de nascimento a prática do PDP até o momento não é oferecida pelo SUS?

Nos dois cenários extremos em que ocorrem os partos domiciliares no Brasil, no primeiro momento seria necessário pensar em políticas públicas que atendam às necessidades básicas das mulheres que vivem em regiões remotas no Norte e Nordeste do país, ampliando o suporte e a inserção das parteiras tradicionais nas ações de saúde comunitária. Por outro lado, a ampliação do serviço para todas as regiões do país evitaria que mulheres se expusessem, por opção, a partos nos quais não contam com uma assistência profissional, em quaisquer localidades.

Apesar do MS deixar claro em suas diretrizes que o atendimento ao PDP não é ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, por esta razão não deveria ser estimulado, há uma exceção na cidade de Belo Horizonte - Minas Gerais. Ao contrário de todos os casos que então devem ser custeados pela própria gestante, que opta por esta modalidade, o Hospital Sofia Feldman, desde o final do ano 2013, oferece à população local o PDP totalmente custeado pelo SUS (Sanfelice, 2015). A iniciativa local aponta a possibilidade de o SUS poder custear esta assistência? Quais seriam os caminhos ou estratégias para expandir essa possibilidade?

Por fim, há necessidade de se ampliar a discussão sobre o parto domiciliar planejado e ampliar o acesso a esse serviço para mulheres que desejarem, independente de situação socioeconômica, para que ele ocorra por uma escolha consciente da mulher. Uma vez que estudos demonstraram que o PDP de mulheres de risco habitual não aumenta o risco de morbimortalidade materna ou neonatal (Hutton et al., 2009), e quando as famílias procuram o PDP a procura também envolve uma busca por atendimento de qualidade e de respeito.

Referências

Ahinkorah BO, Seidu AA, Budu E, Agbaglo E, Appiah F, Adu C, et al. What influences home delivery among women who live in urban areas? Analysis of 2014 Ghana Demographic and Health Survey data. Spradley FT, editor. PLOS ONE. 2021;4;16(1):e0244811.

Alatinga KA, Affah J, Abiir GA. Why do women attend antenatal care but give birth at home? a qualitative study in a rural Ghanaian District. Dasvarma GL, editor. PLOS ONE. 2021;16;16(12):e0261316.

Brasil. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. 2002.

Camargo Jr. KR. A biomedicina. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2005;15(suppl):177-201.

Carvalho S, Rezende P, Costa J, Santana. Perfil epidemiológico de partos e nascimentos ocorridos no domicílio: um estudo ecológico. 2014;18;8(11):3847-54.

Catling-Paull C, Foureur MJ, Homer CSE. Publicly-funded home-birth models in Australia. *Women and Birth*. 2012;25(4):152-8.

Chaves WB, Da Mota CP, Silva JLL da, Mouta RJ de O, Silva T da C, Dias Filho JC, et al. Perfil sociodemográfico de mulheres que tiveram partos domiciliares do município do Rio de Janeiro, no período de 2010 a 2017. *Research, Society and Development*. 2022; 19;11(3):e22011326382.

Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, Vedam S. Outcomes of Care for 16,924 Planned Home Births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2014;59(1):17-27.

Comeau A, Hutton EK, Simioni J, Anvari E, Bowen M, Kruegar S, et al. Home birth integration into the health care systems of eleven international jurisdictions. *Birth*. 2018; 13;45(3):311-21.

Comeau A, Hutton EK, Simioni J, Anvari E, Bowen M, Kruegar S, et al. Home birth integration into the health care systems of eleven international jurisdictions. *Birth*. 2018;13;45(3):311–21.

Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Ciênc saúde coletiva* [internet]. 2020 [acesso em 10 fev 2022];25(4):1433–44. Doi:10.1590/1413-81232020254.13582018

Diniz SG, Chacham AS. O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de saúde reprodutiva*. 2006;1(1): 80-91.

Feenberg A. O que é a filosofia da tecnologia. Andrew Feenberg: racionalização democrática, poder e tecnologia. 2010;3 :39-51.

Feyer ISS, Monticelli M, Knobel R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. *Escola Anna Nery*. 2013;17(2):298–305.

Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K. Outcomes Associated with Planned Home and Planned Hospital Births in Low-Risk Women Attended by Midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: A Retrospective Cohort Study. *Birth*. 2009;36(3):180–9.

Koettker JG, Brüggemann OM, Freitas PF, Riesco MLC, Costa R. Práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados assistidos no Brasil. 2018; 1;52.

Lessa HF, Antonieta M, Alves VH, Rodrigues DP. Choosing the home planned childbirth: a natural and drug-free option. A opção pelo parto domiciliar planejado: uma opção natural e desmedicalizada. 2018;4;10(4):1118–22.

Magalhães SM. Batalha contra o charlatanismo: institucionalização da medicina científica na província de Goiás. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2011;18(4):1095-109.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares. Brasília (DF); 2011.

Mott ML. A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico? 1999;1:25-36.

Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;12.

Robbie DF. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. Journal of Japan Academy of Midwifery. 2001;15(3):40-55.

Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. The Lancet [internet]. 2018 [acesso em 18 abr 2022];392(10155):1349-57. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31930-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31930-5/fulltext)

Sanfelice CF de O, Shimo AKK. Social representations on home birth. Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem. 2015;19(4).

Silva DC da, Alvim NAT, Figueiredo PA de. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. Escola Anna Nery. 2008;12(2):291-8.

Skrondal TF, Bache-Gabrielsen T, Aune I. All that I need exists within me: A qualitative study of nulliparous Norwegian women's experiences with planned home birth. Midwifery. 2020; 86:102705.

Tornquist CS. Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.

Wajcman J, Magalí Martínez Solimán. El Tecnofeminismo. Madrid: Cátedra; València; 2006.

World Health Organization - WHO. Care in Normal Birth: a Practical Guideline. World Health Organization 1997; 24(2):121-123).

Saúde Mental de Mulheres no Ciclo Gravídico Puerperal, Políticas Públicas de Cuidado e a Importância das Redes de Suporte

Natália Augusto Nunes Gil¹, Nataly de Oliveira Sousa²

Depressão Pós-Parto e outras formas de adoecimento psíquico no puerpério

Por muito tempo, se não até hoje, acreditava-se que toda mãe tinha pelo filho recém-nascido um encantamento mágico e imediato, facilitado pelo vínculo já formado no período de gestação. Apenas as mulheres eram capazes de sentir esse “encantamento” e, assim, com apoio nesta crença, as mulheres que rejeitavam seus filhos ou que apresentavam qualquer dificuldade de conexão ou cuidado, eram vistas como portadoras de alguma doença, já que não correspondiam à sua natureza de mãe amorosa (Moraes Martinez e Barbieri, 2011).

Segundo Badinter, autora que trata em profundidade a representação social da maternidade, no final do século XVIII e início do século XIX, inaugurou-se a “era das provas de amor”, contexto sociocultural no qual os filhos tornaram-se o centro da atenção materna e a mulher se viu induzida a sacrificar-se ao extremo para ter seu filho vivendo junto de si. As mulheres passaram a desejar amamentar seus filhos, cuidar sozinha e de maneira afetuosa era parte das funções maternas, bem como a vigilância

1 Natália Augusto Nunes Gil (natalianunesgil@gmail.com), Terapeuta Ocupacional, Especialista em Gerontologia, doutoranda na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

2 Nataly de Oliveira Sousa (Nsousa.expressaocorporal@gmail.com), Profissional de Educação Física, Especialista em Saúde Mental, mestranda na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

ininterrupta para garantir o bem-estar da criança (Badinter, 1985). Era a primeira vez que “o amor” era tido como valor familiar e social, impondo a maternidade e tratando o amor pelo filho como natural e inerente à toda mulher.

Assim, havia duas opções para as mulheres: replicar com êxito o modelo imposto de maternidade para afirmar-se socialmente, ou evitá-lo, sob a pena da condenação social através da “culpa” por qualquer dificuldade da criança (Badinter, 1985). Esta crença operou para organizar a sociedade, na medida em que “o amor materno inato” estabeleceu maneiras ideais de comportamento social esperadas pelas instituições normatizadoras (o Estado e a Igreja, principalmente). A maternidade ocupava um lugar imaculado, de natureza instintiva, inquestionável, de forma que o desejo natural de toda mulher fosse se tornar a “mãe perfeita”. No entanto, se de um lado a maternidade perfeita conferia à mulher um novo status na família e na sociedade, contrariar este ideal trazia enorme culpa, além de um sentimento de inadequação, pois contrariava a “natureza”, o que só era ser explicado, na época, como desvio ou patologia.

Assim, apesar de a suposta falha da maternidade idealizada não ser determinante do adoecimento psíquico no puerpério, pode estar entre os fatores que levam a este tipo de sofrimento, visto que os transtornos mentais têm origem multifatorial e os sentimentos de inadequação, insuficiência, falha e culpa, advindos da não correspondência ao modelo de mãe construído e idealizado socialmente são fatores de risco. No puerpério, as mulheres vivenciam alterações nos níveis hormonais no corpo, alterações psicológicas e sociais, como privação de sono e isolamento social. Há necessidade de se reorganizar, se adaptar a um novo papel, o qual implica um aumento de responsabilidade (Cantilino et al., 2010). Estas alterações e adaptações fazem com que o pós-parto seja o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos mentais na vida das mulheres.

A tristeza materna, ou Baby Blues, é a condição de sofrimento leve mais recorrente entre os quadros puerperais, podendo ser identificada em 50% a 85% das puérperas (Cantilino et al., 2010). Os sintomas normalmente têm início nos primeiros dias após o parto, apresentam um pico entre o quarto e o quinto dia e são autolimitados nas duas primeiras se-

manas pós-parto. O Baby Blues corresponde a uma etapa de reconhecimento mútuo entre mulher e bebê, não sendo propriamente um transtorno psíquico. Nesse caso, não há necessidade de intervenção farmacológica e a abordagem de cuidado visa manter suporte emocional adequado, compreensão e auxílio nos cuidados com o bebê (Cantilino et al., 2010; Carlesso e Souza, 2011).

No que se refere aos transtornos mentais relacionados ao puerpério, a Depressão Pós-Parto (DPP) é a mais prevalente. Configura-se como a complicação médica mais comum relacionada ao parto, com potencial impacto na saúde da mulher e do bebê, sendo considerada um problema de saúde pública (Pitta, 2011). Seu diagnóstico é feito a partir dos critérios explicitados no “Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” - 5ª edição (DSM-5), respeitando a condição de ter iniciado no período gravídico-puerperal.

Os sintomas da DPP podem ter início ainda na gestação, bem como até seis semanas após o parto, a depender da referência diagnóstica utilizada. Normalmente alcançam sua intensidade máxima nos seis primeiros meses, podendo estender-se até os 12 meses “(Pitta, 2011; Cantilino et al., 2010; Fonseca e Canavarro, 2017). Os sintomas mais comuns são desânimo persistente, agitação ou retardo psicomotor, sensação de fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, alterações do sono, temor de machucar o bebê, diminuição do apetite e da libido, queda do nível de funcionamento mental, perda de prazer e interesse nas atividades, presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas, dificuldade para concentrar-se ou tomar decisões e até pensamentos de morte ou suicídio (Pitta, 2011; Cantilino et al., 2010).

Cantilino et al. (2010) e Fonseca e Navarro (2017), apontam peculiaridades nas apresentações de alguns destes sintomas nas mulheres com DPP, tais como alta probabilidade de comorbidade, como sintomas ansiosos e obsessivo-compulsivos (pensamentos sobre fazer mal ao bebê reportados em cerca de 20 a 40% das mulheres); preocupações exageradas com o bem-estar do bebê e com a sua própria competência parental; medo de estar sozinha com o bebê ou de o machucar; elevado número de queixas físicas (fadiga, dores de cabeça, falta de apetite); dificuldade em estabelecer ligação com o bebê; diminuição do desejo sexual.

As mulheres que apresentam maior risco para o desenvolvimento da DPP são aquelas com história prévia de depressão, que apresentaram episódios depressivos ou de ansiedade durante a gestação, com fatores estressores significativos ao longo da vida, baixa autoestima, pouco suporte social e financeiro, e relacionamento conjugal conflituoso. Alguns fatores de risco externos também devem ser considerados, tais como histórico familiar de transtornos psiquiátricos, complicações obstétricas, parto prematuro, fatores culturais, histórico de abuso sexual ou de relação conflituosa com a mãe, gravidez não desejada e tentativa de aborto durante a gravidez “(Cantilino et al., 2010; Carlesso e Souza, 2011). Por outro lado, são considerados fatores protetivos o sentimento de otimismo, elevada autoestima, relação conjugal satisfatória, suporte social de qualidade e ter se preparado física e psicologicamente para as mudanças que ocorrem com a maternidade (Cantilino et al., 2010).

O adoecimento psíquico materno também tem consequências para o desenvolvimento do bebê. Cantilino et al. (2010) apontam que bebês de mães deprimidas expressam menos afeto positivo e mais afeto negativo, têm níveis menores de atividade e vocalizações, apresentam dificuldades para manter contato visual, são mais irritadiços, expressam mais tristeza e raiva e apresentam menos expressões de interesse. Os bebês se aconchegam pouco, choram mais, têm mais problemas de alimentação e sono, e menor desenvolvimento motor, quando comparados a bebês de mães não deprimidas. Já no que se refere às mulheres, tem-se que:

Mães com DPP, quando comparadas às mães não deprimidas, gastam menos tempo olhando, tocando e falando com seus bebês e apresentam mais expressões negativas que positivas (...) Mães deprimidas podem interromper a amamentação mais precocemente e lidar com seus bebês de forma indecisa, pouco afetuosa e confusa por lhes faltarem habilidades de resolução de problemas ou a persistência necessária para estabelecer interações afetivas com suas crianças (Cantilino, et al., 2010, p. 290).

Assim, a DPP pode causar impacto importante na qualidade de vida, na dinâmica familiar e na interação do binômio mãe-bebê, visto que eles são vulneráveis às consequências da depressão materna e dependem

dos cuidados e do vínculo afetivo. De forma que, quanto mais grave e persistente for a DPP materna, maior o risco de que os sintomas e comportamentos afetem o desenvolvimento da criança.

Sobre o tratamento, a DPP é subdiagnosticada, sendo 50 a 90% dos casos não diagnosticados, portanto não tratados (Pitta, 2011). Como principal transtorno mental relacionado ao puerpério e com impactos significativos na vida de mulheres e bebês, a DPP deve ser diagnosticada de maneira precoce, o que por sua vez:

Possibilitará uma evolução mais favorável, diminuindo sintomas depressivos residuais, melhorando o desempenho social e, principalmente, melhorando o relacionamento mãe-bebê, o que facilitará seu desenvolvimento (Pitta, 2011, p. 5; Cantillino et al., 2010).

Políticas Públicas para a assistência à saúde mental no puerpério

A assistência à saúde materna e infantil foi estruturada no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Rede Cegonha, uma rede de cuidados criada com objetivo de: garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada na gravidez, no parto e puerpério; garantir à criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis; promover a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, visando a redução da mortalidade materna e infantil (Brasil, 2011; Brasil, 2015). Assim, a Rede Cegonha financiou e orientou, através de manuais, normas técnicas e outras publicações, as diretrizes clínicas baseadas em evidência científica, que nortearam o cuidado da mulher e da criança (Brasil, 2015).

A Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério - elaborada em conjunto pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2019) - foi a última publica o da Rede Cegonha acerca do tema, e aponta que as notas técnicas devem ir além do estabelecimento das melhores práticas clínicas, e devem estabelecer

parâmetros assistenciais baseados nas necessidades reais da saúde da população.

No entanto, apesar da alta prevalência e dos impactos negativos dos transtornos mentais relacionados ao puerpério, pouco foi abordado sobre a saúde mental materna nos manuais e publicações da Rede Cegonha. Na Nota Técnica de 2019 é possível encontrar as seguintes referências sobre o tema:

- No quadro intitulado “10 passos para um Pré-Natal de Qualidade”, é citado: Promover a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais, e não somente um cuidado biológico: “rodas de gestantes” (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019, p. 19).
- Na anamnese da primeira avaliação pré-natal, sugere-se investigar: nível de estresse do casal, aceitação da gravidez, sinais indicativos de depressão, existência de medos e tabus, uso de quaisquer drogas; relações e apoio familiar e sociocomunitário (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019, p. 25).
- Na rotina de avaliação no pré-natal sugere-se: vigilância para quadros psíquicos, principalmente depressão (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019, p. 28).
- No pós-parto, sugere-se: a) visita domiciliar até 48 horas pós-alta ou nas primeiras 24 horas quando houver presença de fatores de risco ao nascer; b) 1ª consulta puerperal na primeira semana pós-alta e ações do 5º dia para o recém-nascido; c) 2ª consulta puerperal entre 30 e 40 dias pós-parto; e d) continuidade do cuidado na puericultura e saúde reprodutiva (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019, p. 27).

Desta forma, na Nota Técnica que orienta, explica e fundamenta a assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal são encontradas apenas 4 menções acerca da saúde mental. Ao longo da rotina do pré-natal

é recomendada vigilância para quadros psíquicos, mas não é sugerida nenhuma forma de rastreio, ou mesmo a descrição de sintomas para os quais os profissionais de saúde devem estar atentos nesta investigação. É possível observar que as consultas de pós-parto têm foco na saúde do bebê e na saúde física da mãe, encerrando-se o acompanhamento materno puerperal em fase em que a mulher ainda está sujeita ao aparecimento dos primeiros sintomas de DPP (Pitta, 2011; Cantillino et al., 2010).

Contudo, embora a Nota Técnica mais recente apresente pouco conteúdo sobre as questões relacionadas à Saúde Mental, o Caderno de Atenção Básica número 32 publicado em 2013, que trata da atenção ao pré-natal de baixo risco aborda de maneira mais ampla questões como sintomatologia e tratamento dos transtornos mentais puerperais (Brasil, 2013). Na sessão intitulada “Consulta Puerperal (até 42 dias)”, descreve de maneira minuciosa os aspectos emocionais do puerpério, as adaptações que as mulheres enfrentam, a importância do vínculo mãe-bebê e as fragilidades deste período; a importância das demais pessoas que compõem a rede de apoio; a importância do olhar dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS); e aspectos que podem orientar o cuidado prestado pelo profissional da APS neste período.

O conteúdo é amplo, didático e oferece ferramentas para identificação e cuidado. A respeito do papel dos profissionais da APS na atenção à saúde mental no puerpério, a publicação aponta que:

É fundamental que as equipes de saúde da família solicitem o apoio matricial dos profissionais de saúde mental, por intermédio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou de outras equipes de saúde mental do município. Alguns casos considerados mais graves, que precisem de um cuidado intensivo, devem ser encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou outros serviços de referência em saúde mental do município ou da região. Os casos que apresentem riscos de suicídio ou de infanticídio devem ser encaminhados para a internação, de preferência em hospital geral. Ao encaminhar a puérpera para algum serviço da rede de saúde mental, a equipe de saúde da família permanece sendo a responsável pela coordenação do cuidado à mulher e à sua família. A equipe deve manter o contato com a puér-

pera e com a sua família, acompanhando todas as questões de saúde que surgirem neste processo de cuidado (Brasil, 2013, p. 270 e 271).

O CAPS, citado no Caderno, faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que organiza o cuidado em saúde mental, tanto nos municípios como nas regiões. Entre os diversos equipamentos de saúde e as variadas estratégias de cuidado que compõem a RAPS, ao se refletir sobre o lugar de cuidado para mulheres em sofrimento psíquico puerperal, têm-se que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, sendo esperado que assistam pessoas com transtornos leves a moderados (os moderados, com auxílio das equipes especializadas, como as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, as quais contam com profissionais de saúde mental, como psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatra); os Centros de Atenção Psicossocial, por sua vez, são os locais onde é previsto o cuidado de mulheres que apresentam maior gravidade ou cronificação dos sintomas (Brasil, 2015, p. 83).

Desta forma, o cuidado em saúde mental para mulheres no puerpério deveria ser ofertado nas próprias unidades de saúde, tendo início na gestação, com foco preventivo e, posteriormente, com acompanhamento longitudinal. Idealmente, a mulher deveria passar por avaliação para rastreio de DPP até completar 1 ano pós-parto, de modo que fossem ofertadas estratégias de cuidado (não-farmacológicas e farmacológicas) na própria unidade, sendo encaminhadas aos CAPSs de referência as mulheres que apresentassem sinais de cronicidade ou piora acentuada.

Como se não bastassem os desafios já existentes no cuidado em Saúde Mental das Mulheres, em abril de 2022, por meio da Portaria GM/MS nº 715, o Ministério da Saúde (o qual, desde a troca de governo em 2019 já assinalava diversos retrocessos em relação às políticas públicas para mulheres e significativo distanciamento de práticas de saúde baseadas em evidências científicas), substituiu a Rede Cegonha pela RAMI – Rede de Atenção Materno Infantil (Brasil, 2022).

As políticas de saúde da mulher e da criança começaram a sofrer alterações em fevereiro de 2022, ganhando um caráter mais hospitalo-

cêntrico e medicocentrado com a inclusão de médicos pediatras, ginecologistas e obstetras na Atenção Primária. A inserção de médicos especialistas na atenção básica representou uma mudança na assistência, pois enquanto o médico é treinado para o diagnóstico e o tratamento, as profissionais de enfermagem têm como principal atribuição o cuidado. A portaria centraliza a gestação e o parto na figura do médico. O parto e o nascimento voltam a ser eventos médicos e se afastam do movimento pela humanização (Dias, 2022).

A RAMI por si só carrega insuficiências na luta contra a violência obstétrica, que é fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais puerperais. Em levantamento informal nas redes sociais, do qual participaram 1.966 mulheres, cientistas ativistas pela humanização do parto avaliaram que apenas 47% destas mulheres se sentiram felizes com a chegada do filho, atribuindo a diminuição deste sentimento às violências que sofreram no processo de parto. Além disso, metade das mulheres desta amostra relatou associação entre as dificuldades que viveu no pós-parto e puerpério com a forma como os partos aconteceram (Sena e Tesser, 2017).

Além disso, ao analisar as publicações do MS na vigência da RAMI, quanto às políticas de proteção e promoção à saúde mental de mulheres mães, tem-se que o “Manual de Gestação de Alto Risco”, primeira publicação da RAMI, em suas 659 páginas, traz apenas 6 laudas que versam sobre saúde mental (Brasil, 2022a). A publicação inicia o capítulo tratando as questões relacionadas à saúde mental como “doenças psiquiátricas”, o que, por si só, já retrata as principais características da então “nova” política pública: a centralidade na figura do médico. Na sequência, trata a Depressão Pós-Parto de maneira simplista, ignorando a necessidade de avaliação adequada para diagnóstico e tratamento:

Sabendo que a maioria das gestantes deprimidas não relata seus sintomas espontaneamente, é necessário que o médico realize a investigação de forma ativa. Nesse sentido, pelo menos duas perguntas devem ser formuladas nas consultas de pré-natal: 1) “Você se sente triste, para baixo?” e 2) “Você sente que está desanimada, sem vontade para fazer suas coisas?”. Caso a gestante responda negativamente a essas per-

guntas, não é necessária investigação adicional, pois é muito pequena a chance de apresentar depressão (Brasil, 2022a, p. 477).

Como vemos, a RAMI minimiza a relevância dos problemas relacionados à saúde mental no puerpério, inclusive desconsiderando a importância do diagnóstico para, a partir disso, estruturar uma rede de cuidado efetiva e eficiente. Apesar de ter sido revogada tão logo o atual Governo tomou posse, a partir da Portaria GM/MS nº 13, de 13 de janeiro de 2023, a partir das lacunas apresentadas anteriormente a respeito da Rede Cegonha, podemos refletir que tanto esta, quanto a RAMI, no tocante à saúde mental das mulheres mães, obviamente guardadas as devidas proporções, possuem lacunas.

E esses hiatos se dão até mesmo no processo de diagnóstico. Um exemplo disso é que, considerando as principais formas de adoecimento psíquico no puerpério, tem-se que as mulheres com Baby Blues acentuado e DPP deveriam ser cuidadas preferencialmente na atenção básica, encaminhadas para hospital geral (internação) e CAPS em casos graves. No entanto, Baratieri e Natal (2019) apontam que, enquanto profissionais de APS internacionalmente utilizam protocolos de rastreio para DPP, nos estudos nacionais a atenção à DPP é “empírica”, com profissionais despreparados tanto para a identificação, como para a prevenção e tratamento. As autoras destacam ainda que estudos brasileiros limitam-se a investigar o impacto de programas de incentivo ao aleitamento materno, número de consulta pós-parto e de visitas domiciliares, não se atentando a integralidade da atenção pós-parto às mulheres na APS, focando apenas no recém-nascido e se restringindo ao puerpério imediato e tardio (até 40 dias), e cometendo falhas no acompanhamento longitudinal, acarretando assim, possíveis deficiências na detecção da DPP, por exemplo, ressaltam ainda que a DPP no Brasil é um tema pouco estudado e recebe pouca atenção de políticas públicas no pós-parto, com resultados que apontam para falta de qualificação dos profissionais da APS para a temática.

Ainda sobre a atenção insuficiente da APS às mulheres com DPP, Cardillo et al. (2016) evidenciaram que apenas 2,8% das participantes de seu estudo foram diagnosticadas com depressão, embora, de acordo com

o instrumento de rastreio utilizado, 20,8% apresentassem sintomas depressivos com rastreio positivo para DPP. Neste estudo, as autoras ressaltam que a literatura revisada revela que a maioria dos casos de DPP não é diagnosticada no período pós-parto e permanece sem tratamento.

A partir disso, é possível refletir que apesar da alta prevalência de DPP apontada nos diversos estudos e dos impactos negativos acarretados pela doença na qualidade de vida da mulher, no desenvolvimento do bebê e na relação do binômio mãe-bebê, a DPP não é amplamente diagnosticada na APS. Os profissionais são pouco preparados para lidar com as questões da saúde mental, não há uma sistematização para o rastreio de sinais e sintomas e quando a mulher é diagnosticada, o lugar de tratamento também é incerto e depende de arranjos subjetivos, o que dificulta o acesso e implica em morbidades que poderiam ser evitadas com a atenção precoce (Baratieri e Natal, 2019).

A importância das redes de suporte virtuais formadas por mulheres e mães para a promoção e a manutenção da saúde mental

Historicamente, a mulher mãe era parte de uma rede de apoio formada por mulheres dentro do próprio contexto familiar. Era comum a constituição de famílias extensas e um hábito que as mulheres, quando grávidas e próximas de parir, fossem para a casa de suas mães, local em que eram cuidadas e aprendiam a cuidar de seus filhos com as demais mulheres da casa. No entanto, a partir da segunda metade do século XIX, as mulheres, paulatinamente, se afirmam nos espaços sociais para além do contexto familiar. Cresce o número de mulheres no mercado de trabalho (mesmo que informal) e aparece uma tendência de constituição de famílias nucleares, de maneira que as mulheres passam a vivenciar o afastamento de sua família extensa (Samara, 2002; Meira e Centa, 2003). Este distanciamento impactou a rede de suporte com a qual a mulher contava para passar pelo período da gestação e puerpério. O isolamento cada vez mais comum na sociedade, dificultou as possibilidades de apoio, escuta e mesmo de aprendizado.

Já por volta de 1980, emerge um sentimento moderno de mater-

nidade, orientado tanto por este processo de nuclearização da família, quanto por uma ideologia mais individualista, que dita que a maternidade seria uma experiência somente do casal e, em última instância, da mulher, de forma que a família extensa deixa de ser a referência mais importante para a formação de um modelo de maternidade e passa a ser substituída por especialistas ou por grupos de pares (Moura e Araújo, 2004; Meira e Centa, 2003).

É também nesta época que se estabelece uma relação próxima entre as mulheres e os “profissionais da gravidez”. O acompanhamento da gravidez, que antes era feito somente pelo obstetra, passa a ser feito por diversos profissionais, de modo que a rede de apoio da mulher, que se torna mãe, passa a ser composta por estes profissionais, que segundo Moura e Araújo (2004, p. 51), “ocupando um lugar que anteriormente era da família extensa, reforçariam a contração da sociabilidade do casal, o que progressivamente demandaria maior dependência dos mesmos especialistas”.

Surge, neste contexto e impulsionado por parte do movimento feminista, o movimento contra a violência obstétrica no Brasil, um “movimento em prol da humanização do parto e nascimento”, composto por diversos profissionais e organizações da sociedade, propondo um ativismo pela participação da mulher no parto, pelo cuidado aos aspectos emocionais e reconhecimento dos direitos reprodutivos (Sena e Tesser, 2017). O movimento culminou na criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), que, a partir da década de 1990, provocou reflexões e debates acerca da qualidade da assistência ao parto no Brasil. O ativismo promovido pela Rehuna iniciou-se ao mesmo tempo em que a rede mundial de computadores chegava e se fortalecia no Brasil, evidenciando as diferentes ferramentas de comunicação virtual que revolucionaram a troca de informações e inaugurando a era das redes sociais virtuais (Sena e Tesser, 2017). Este é um marco relevante, pois permitiu que as discussões realizadas internamente passassem a ser levadas também para as mulheres, ampliando as discussões antes restritas aos espaços institucionais e aos profissionais, para o movimento de mulheres, através de listas eletrônicas, tais como: Amigas do Parto, Parto Nosso, Materna, Mães Empoderadas, a lista da própria Rehuna, entre outras, inaugurando

do uma forma de organização de mulheres no ciberespaço (Diniz, 2005; Sena e Tesser, 2017).

Sena e Tesser (2017, p. 210) apontam que:

Essa possibilidade de troca, que as novas tecnologias de comunicação favoreceram e impulsionaram, mostrou na prática a possibilidade de fortalecimento das lutas por meio do ciberativismo. Assim, a utilização do ciberespaço se configuraria como um espaço de continuidade da reivindicação de direitos reprodutivos, neste caso, de enfrentamento à violência obstétrica.

Desta forma, nos anos 1990, começam a se formar, em torno do ativismo em prol do parto e do nascimento humanizado, redes virtuais de mulheres, que se ampliaram significativamente nas próximas décadas. Assim, refletiremos mais profundamente a respeito do surgimento das redes sociais virtuais e, especialmente, sobre a participação das mulheres mães nas comunidades virtuais que surgiram na Rede Mundial de Computadores, a Internet.

A Comunicação Mediada pelo Computador representa uma mudança nas formas de organização, de identidade, de conversação e de mobilização social. Comunicar-se à distância de forma rápida ampliou a capacidade de conexão entre as pessoas ao possibilitar que redes fossem criadas e mantidas no ciberespaço, conectando não apenas computadores, mas pessoas. A partir dos anos 2000, plataformas de interação social, hoje denominadas simplesmente “redes sociais”, surgiram e se fortaleceram. *Facebook, Instagram, Twitter, YouTube, WhatsApp* e tantas outras plataformas virtualizaram as relações, proporcionando espaços para a afluência de ideias e a geração de conteúdo para aprendizados diversos, promovendo uma nova forma de organização social, inclusive possibilitando o estabelecimento de amizades virtuais, formas de trabalho remoto, grupos de estudos e de lazer a partir de temáticas comuns (Morando, Souza e Santos, 2020). A maioria destas plataformas permite que sejam criadas comunidades ou grupos de pessoas com interesses semelhantes, sem que necessariamente os integrantes se conheçam ou sejam amigos. As comunidades virtuais são “lugares” onde circulam informações, com-

partilham-se interesses e uma infinidade de materiais sobre o tema daquele espaço (Morando, Souza e Santos, 2020).

Recuero (2009, p. 143) aponta que “estudar as redes sociais na Internet é estudar uma possível rede social que exista na vida concreta de um indivíduo”, assim, não é possível restringir a interação exclusivamente ao ciberespaço, pois embora a comunicação mediada por computador seja uma maneira prática e muito utilizada para estabelecer laços sociais, estes laços construídos virtualmente podem se ampliar para a vida concreta.

Para Sena e Tesser (2017), a Internet tem importância considerável entre as mídias na atualidade, tanto pelas inúmeras possibilidades de interação, quanto por permitir o protagonismo do usuário, que pode produzir conteúdo e relacionar-se com o conteúdo que acessa, não se resumindo ao receptor passivo da informação. Segundo os autores, as chamadas novas tecnologias de informação e comunicação (TICs) revelaram-se como ferramentas úteis e inovadoras ao fortalecer a voz dos cidadãos, principalmente os que compõem grupos historicamente vulneráveis e marginalizados e que, hoje, através do acesso à Internet e da participação nas redes sociais virtuais, têm ganhado maior representatividade e fortalecimento de suas demandas, como é o caso das mulheres, especialmente das mulheres mães (Muggah e Diniz, 2014; Sena e Tesser, 2017). O protagonismo permitido nas redes sociais possibilita que indivíduos socialmente engajados façam um uso mais ativista, inovador e significativo das TICs, utilizando-as para dar visibilidade a histórias antes não contadas, como aquelas que revelam o cotidiano e os desafios enfrentados por populações vulneráveis e com dificuldades para acessar serviços (Muggah e Diniz, 2014).

O ciberespaço tem se mostrado um campo fértil para a inserção das mulheres, promovendo engajamento e empoderamento importantes, por exemplo, para discutir e evidenciar todas as questões que envolvem a saúde da mulher, visto que a reunião de mulheres no mundo virtual teve seu primeiro impulso em torno das questões do parto, ou seja, questões inerentes ao campo da saúde. Sena e Tesser (2017) expõem que as mulheres são em maior número nas redes virtuais na área da saúde e Garbin et al. (2012, p. 351) evidenciam o “imenso potencial da Internet

de possibilitar o *empowerment* dos indivíduos que a utilizam (...) como um instrumento especial para obtenção de formação/conhecimentos e de capacitação, tanto individual, quanto comunitária”.

Direcionando o foco para a participação de mulheres mães no campo virtual e objetivando a relação entre esta participação, a formação de redes de apoio e a produção de saúde, Senlle (2020, p. 49) aponta que “o ciberespaço trouxe uma nova possibilidade de tensionar a maternidade enquanto uma instituição, a partir da criação de grupos e comunidades virtuais de mães em rede”. A autora analisa o uso das redes sociais por mulheres, dividindo esta participação em quatro modos. O primeiro, que ela denomina “O Pessoal é público: uma história social de mães brasileiras e os seus diários maternos em rede”, trata da inserção e agrupamento de mulheres na rede que trazia à tona uma discussão sobre os direitos de mulheres mães, os conflitos entre maternidade e trabalho e questões polêmicas em relação à maternidade; a partir das listas de discussão, blogs e *instant messenger*, mulheres se reuniram, produziram blogs onde naravam o cotidiano da maternidade, tratavam sobre aborto, aleitamento materno, consumo de drogas etc. Essa interação configurou a chamada “blogosfera materna” e evidenciou a utilização da Internet como uma ponte para estabelecer relações e articulações entre pessoas que não se conheceriam sem a mediação do ambiente virtual.

Já o segundo modo da interação dessas mulheres no ciberespaço, Senlle (2020) denominou “O Pessoal é privatizado - mães blogueiras e influenciadoras digitais”; este modo se refere à ampliação do alcance do conteúdo produzido por estas mulheres, que passou do compartilhamento dos desafios cotidianos da maternidade para a monetização do conteúdo que produzem, de modo a influenciar outras mulheres no consumo de determinados produtos ou “modos” de maternar.

O terceiro modo discutido pela autora traz uma dimensão ativista de interação, denominada por ela “O pessoal é político e digital - Ativismo Digital Materno nas ruas, na rede e na academia”. Para a autora, se a Internet já havia inaugurado uma nova forma de comunicação e interação através dos relatos em blogs e da mercantilização de produtos e “modos de vida” a partir do discurso das mães, com as TICs, a Internet estimula ainda mais o empoderamento cidadão e os ativismos, tanto no contexto

individual quanto nas coletividades, através dos movimentos sociais. Menezes e Cavalcanti (2017, p. 39) enfatizam que:

As mulheres têm se organizado em movimentos contra-hegemônicos para enfrentar violências no próprio meio em que elas são propagadas. Em campanhas, exposições de fotografias de corpos “reais”, organizações para incentivar o acesso e também o trabalho das mulheres na área das tecnologias, criação de aplicativo, entre outros exemplos, são várias as vertentes e vozes emergentes na cibercultura.

O último modo de interação das mulheres mães nas redes sociais, discutido por Senlle (2020), trata da atuação política e foi denominado por ela de “O pessoal é político, digital e partidário - #mãesnapolítica”. A autora discute a inserção de mulheres no ambiente político institucional, com candidaturas lançadas em diversas localidades do país nas eleições de 2018.

Portanto, é possível observar o quanto a emergência das redes sociais virtuais criou espaços e revolucionou a maneira de interação e de agrupamento de pares, em torno de questões de interesse comum. Garbin et al. (2012, p. 353) pontuam que:

Comunidades virtuais são fontes não só de informação e conhecimento (técnico ou leigo), mas também possibilitam a formação de redes sociais de suporte. Mais ainda, grupos organizados em comunidades virtuais (...) podem ser fontes de poder e de pressão sobre o campo da saúde, aí incluído o Estado, as corporações e as empresas privadas.

Assim, é evidente a presença e a importância das redes sociais virtuais no cotidiano das mulheres, principalmente das mulheres mães, que compõem, constroem e transformam as comunidades virtuais que participam.

Para que as mulheres vivenciem o período pós-parto de maneira saudável do ponto de vista emocional é necessário que disponham de um ambiente protetor e de suporte afetivo. Assim, garantir o cuidado em saúde mental das mulheres, passa por fortalecer o SUS, implementar políticas de rastreio e diagnósticos do adoecimento e implementar estratégias

de cuidado. Ao mesmo tempo, a inserção em uma rede de relações de apoio, constituída por outras mães e pais mais experientes, pode ser uma das estratégias de cuidado que extrapolam as instituições de saúde.

Neste contexto, os Grupos Maternos Virtuais, formados a partir das Redes Sociais Virtuais, surgem com o potencial de contribuir positivamente para a construção de espaços de promoção de saúde mental e prevenção de agravos, tal qual os grupos virtuais formados em função da humanização do parto e do nascimento revolucionaram o cenário obstétrico anos atrás. Sena e Tesser (2017) discutem a importância do acesso à informação para que os indivíduos tenham maior controle e poder de decisão sobre os fatores que influenciam sua condição de saúde, assim, considerando que as TICs favorecem, justamente, o maior acesso à informação (também em saúde), é possível estabelecer uma relação nítida entre o potencial da conectividade e a promoção da saúde, em suas mais diferentes áreas.

Considerando que, nestes grupos, as trocas comumente referem-se às questões da parentalidade e aos aspectos do ciclo gravídico-puerperal, a participação nos grupos pode auxiliar as mulheres a se apropriarem dos sentimentos, das dúvidas, das angústias e de todo o universo que envolve a maternidade, tendo consciência de que as experiências e as vivências compartilhadas entre as integrantes, ainda que subjetivas e individuais, podem ser comuns a muitas e representar uma das formas possíveis de agir no mundo.

Embora o cotidiano das mulheres esteja em constante adaptação, influenciado pelo mundo do trabalho, pelos recursos tecnológicos e pelos contextos socioculturais, a maternidade permeia o fazer de muitas mulheres, influenciando o conteúdo que acessam e a maneira como se expressam através dele (Senlle, 2020).

Se antes os referenciais de maternidade eram construídos espelhados nas vivências familiares ou nos aconselhamentos de profissionais da saúde, hoje as possibilidades são diversas e estão disponíveis para muitas mulheres. Modos de maternar e de viver na sociedade são construídos cotidianamente, compartilhados e transformados nas trocas nos grupos e comunidades que se formam nas redes sociais virtuais, transpondo as barreiras dos espaços físicos. Espera-se, contudo, que a organização das

mulheres em redes virtuais possa, ao mesmo tempo, ser espaço de acolhimento e promoção de saúde física e mental e impulsionar a atuação cidadã, política, a fim de fomentar a implementação de políticas públicas que garantam o cuidado em saúde mental de qualidade, no SUS, para todas.

Referências

Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.

Baratieri T, Natal S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2019 [acesso em 1 fev 2022]; 24(11): 4227-4238. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28112017>>.

Cantilino A et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev. psiquiatr. clín.* São Paulo. [internet]. 2010 [acesso em 1 fev 2021]; 37(6):288-294. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>.

Cardillo VA, Oliveira LCQ, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes. *Rev. Eletr. Enf.* [internet]. 2016 [acesso em 1 fev 2021]. 18:e1149. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.32728>.

Carlesso JPP, Souza APR. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. *Revista CEFAC* [internet]. 2011 [acesso em 1 out 2017]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169321139021>.

Dias BC. Visões hospitalocêntricas e medicocêntricas sobre atenção ao parto ressuscitam com criação da Rami, denuncia ReHuNa. Entrevista com Daphne Rattner [internet]. Abrasco [acesso em 28 abr 2022]. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/visoes-hospitalocentricas_rami_redecegonha/65772/.

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde colet.* Rio de Janeiro [internet]. 2005 [acesso em 12 jan 2021]; 10(3):627-637. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso.

Fonseca A, Canavarro MC. Depressão Pós-Parto. PROPSICO: Programa de atualização em Psicologia Clínica e da Saúde - Ciclo 1 [internet]. 2017 [acesso em 1 fev 2021]. Disponível em: https://eg.uc.pt/bitstream/10316/45085/1/Capitulo_Depressaoposparto_AFonseca.pdf.

Garbin HBR, Guilam MCR, Pereira Neto AF. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. *Physis*, Rio de Janeiro [internet]. 2012 [acesso em 12 fev 2021];22(1):347-363. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100019&lng=en&nrm=iso.

Meira MCR, Centa ML. A evolução da família e suas implicações na educação dos filhos. *Família, Saúde e Desenvolvimento* [internet]. 2003 [acesso em 17 fev 2020]. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/refased/article/view/8085/5704>.

Menezes MRC, Cavalcanti VRS. Mulher Jovem e Cibercultura: Liberdade, Subordinação e Reminiscências Patriarcais no meio Virtual. *Ex aequo*, Lisboa [internet]. 2017 [acesso em 18 fev 2021]; 35:33-47. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087455602017000100004&lng=pt&nrm=iso.

Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami) [internet]. Brasília (DF): 2022 [acesso em 17 jun 2022]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>.

Ministério da Saúde (BR). Manual de gestação de alto risco [internet]. Brasília (DF) 2022a. [acesso em 17 jun 2022]. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf.

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília (DF); 2015.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [internet]. [acesso em 3 fev 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco [internet]. Brasília (DF): 2013. (Cadernos de Atenção Básica; 32)

Moraes Martinez AL, Barbieri V. A experiência da maternidade em uma família homoafetiva feminina. *Estud. psicol.* [internet]. 2011 [acesso em 31 jan 2021]; 28(2): 175-185. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=395335656005>.

Morando A, Souza NGS, Santos PN. Chamei os dois e perguntei abertamente, quem era o pai e quem era a mãe: homoparentalidade, docência e educação infantil. *Revista Diversidade e Educação.* 2020; 8(1):452-472.

Moura SMSR, Araújo MF. A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. *Psicol. ciênc. prof.* 2004, 24 (1), 44-55.

Muggah R, Diniz G. Prevenindo a violência na América Latina por meio de novas tecnologias [internet]. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé; 2014 [acesso em 2 fev 2021]. Disponível em: http://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/05/AE-06_Prevenindoviolenca.pdf 21. Soares MC

Pitta JCN. Depressão no Puerpério. In: Unifesp, organizador. Especialização de Saúde da Família: Módulo de Casos Complexos [internet]. UNASUS. 2011 [acesso em 1 fev 2021]. Disponível em https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Caso_1.pdf.

Recuero R. Redes sociais na internet. Porto Alegre: Sulina; 2009. (Coleção Cibercultura)

Salgado HO. Cuidado materno livre de danos e prevalência de depressão pós-parto: inquérito Nascer no Brasil, Região Sudeste, 2011 e 2012 [internet]. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2017 [acesso em 2 fev 2021]. doi:10.11606/T.6.2017.tde-02082017-173259 .

Samara EM. O Que Mudou na Família Brasileira?: da Colônia à Atualidade. Psicol. USP [internet]. 2002 [acesso em 17 fev 2020]; 13(2):27-48. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200004&lng=pt&nrm=iso.

Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. Interface (Botucatu) [internet]. 2017 [acesso em 5 jan 2021]; 21(60): 209-220. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100209&lng=en&nrm=iso.

Senlle RG. Conversas de Mães em Rede: um percurso netnográfico, dos blogs maternos até a Bancada de Mães Ativistas nas eleições de 2018 no Facebook [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2020.

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica Para Organização Da Rede De Atenção À Saúde Com Foco Na Atenção Primária À Saúde E Na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde Da Mulher Na Gestaçao, Parto E Puerpério. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde; 2019.

Olhares para a Destituição do Poder Familiar a partir da Justiça Reprodutiva: um necessário caminho a percorrer

Janaína Dantas Germano Gomes¹

Introdução

A Destituição do Poder Familiar (DPF) é a determinação judicial do fim dos vínculos familiares no ordenamento jurídico brasileiro. Os direitos e deveres inerentes à relação de Poder Familiar e os motivos para sua suspensão ou perda estão descritos no Código Civil e no Estatuto da Criança e do Adolescente.

As famílias ditas em vulnerabilidade social conformam-se como a clientela por excelência destes processos judiciais no país, a despeito do artigo 23 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) que determina de maneira objetiva que a pobreza não deve ser motivo para a separação dos filhos de suas famílias, como já demonstrado por diversas pesquisas realizadas no país e a prática cotidiana das profissionais que entrevistei em minha pesquisa de doutorado².

No mesmo sentido, Fávero destaca que são poucas as pesquisas que buscam compreender o público que se conforma como parte nas ações que tramitam nas varas de infância e, quando há esse interesse, ele em geral recai sobre as crianças (2007; p. 32).

1 Janaína Dantas Germano Gomes (janadgg@gmail.com), pesquisadora em Direito, Doutora em Direitos Humanos pela Faculdade de Direito do Largo São Francisco - Universidade de São Paulo (FDUSP).

2 A tese ainda não se encontra disponível no banco de teses da Universidade de São Paulo. Atualmente é pós-doutoranda em Antropologia Social na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Provisoriamente ela pode ser acessada em: https://www.academia.edu/94343094/O_cuidado_em_julgamento_um_olhar_sobre_os_processos_de_destitui%C3%A7%C3%A3o_do_poder_familiar_no_Estado_de_S%C3%A3o_Paulo

Fávero (2000), em pesquisa fundamental por ela coordenada para o estudo da temática, buscou traçar o perfil das pessoas destituídas do poder familiar a partir de 173 autos em que figuravam 201 destituições. Destas, 154 eram as mães das crianças e 47 os pais, tendo a pesquisadora e sua equipe destacado que em nenhum caso a criança tinha em seu registro apenas o nome do pai, mas em 58,1% dos casos em que o registro de nascimento pôde ser consultado (136 autos), o registro estava apenas em nome da mãe.

O imaginário social em torno dessas famílias, que pressupõe a prática de violência com essas crianças, é contrariado pelos dados da pesquisa de Fávero: apenas em 5% dos casos de destituição se tratava de violência contra as crianças, de modo que 47,3% dos casos tratavam-se de carência socioeconômica, 31,2% abandono e 9,5% negligência. A faixa etária dos genitores estava majoritariamente entre os 18 e os 29 anos de idade (p. 45) e, destaca-se a ausência de informações étnico raciais sobre 50,7% das mães e 68,1% dos pais destituídos (Fávero, 2000).

Argumento, neste texto, que indagar as Destituições do Poder Familiar desde uma perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos é de suma importância para o debate acerca dos direitos das mulheres e mães em nosso país. Isto ocorre uma vez que as mulheres figuram como as partes destituídas nestes processos e que a retirada de sua condição de mãe, por meio dos processos de DPF, longe de se fazerem apenas ante as famílias que praticam violências para com suas crianças, está ligada a uma prática reiterada na história de retirada das crianças de mães consideradas, por diferentes motivos, incapazes para o cuidado de seus filhos.

Para tanto, neste texto, passo a apresentar um dos casos apresentados em minha tese de doutorado, e sua íntima relação com direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, demonstrando, da perspectiva deste texto, a necessidade de analisar estas ações não como processos de *garantem a proteção e o melhor interesse das crianças*, como em geral se defende, mas, também, *como processos que operam a gestão da capacidade reprodutiva de determinadas mulheres*. Antes reflito, brevemente, no entanto, sobre a categoria dos “direitos sexuais e reprodutivos” para, então, avançar sobre como eles operam na seara das DPF e a importância de pensar estas violações de maneira conectada.

Um breve histórico da ideia de Direitos Sexuais e Reprodutivos e sua seletividade.

Passando ao largo dos debates acerca da construção de etapas e “ondas” feministas de reivindicação a direitos, que não possuem um sentido unívoco e não é construído por consensos (Hemmings, 2009), da perspectiva jurídica, diversos documentos internacionais reconheceram progressivamente a necessidade de se regular as relações levando em conta as realidades específicas dos diversos grupos sociais.

Dentre estes, as mulheres, e as mulheres que possuem filhos e filhas, considerando-se a desigualdade nas práticas de cuidado, das expectativas sociais e também, o bem-estar das crianças, incluindo aí os bebês e fetos em desenvolvimento, cujos direitos e garantias por vezes estão atrelados à figura da mãe, passaram a figurar em diversos documentos de proteção a direitos específicos.

Os documentos, cujos destinatários eram genéricos e abstratos (o homem, as pessoas) ou que tomavam meramente o homem como sujeito de direitos universal, deixaram de ser suficientes, sendo necessária a especificação desses sujeitos e seus direitos (Diniz; Mattar, 2012; Bobbio, 2004). A construção dessas especificações advém das características inerentes aos próprios direitos humanos, como sua historicidade, sua íntima relação com aspectos políticos e sociais e com a constituição pautada no indivíduo como centro irradiador de direitos (Bobbio, 2004)

Ao longo desse processo de especificação de direitos, documentos como a Convenção para Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), de 1979, passaram a consolidar entendimentos e criar obrigações dos estados-partes de respeitar, proteger e implementar direitos (Mattar e Diniz, 2012).

Segundo Mattar e Diniz o artigo 16 desta convenção é “uma formulação incipiente do que futuramente se tornariam os direitos reprodutivos, conceitualmente desenvolvidos e aprimorados nas conferências internacionais da Organização das Nações Unidas (ONU) realizadas nos anos seguintes” (Diniz e Matar, 2012; p. 109). O artigo referido estabelece que:

Os Estados-Partes adotarão todas as medidas adequadas para eliminar a discriminação contra a mulher em todos os assuntos relativos ao casamento e às relações familiares e, em particular, com base na igualdade entre homens e mulheres, assegurarão: (...) e) Os mesmos direitos de decidir livre e responsabilmente sobre o número de seus filhos e sobre o intervalo entre os nascimentos e a ter acesso à informação, à educação e aos meios que lhes permitam exercer esses direitos.

Iniciado na CEDAW, assim, o reconhecimento e consolidação dos Direitos Reprodutivos ocorre em um processo que, segundo as autoras, “enfrentou muita resistência, e sua efetivação está longe de ser plena, mesmo nos países mais desenvolvidos” (Diniz e Mattar, 2012; p. 109).

A CEDAW, menciona, ainda, em seu artigo quinto, a igualdade na divisão de tarefas entre homens e mulheres da educação e desenvolvimento dos filhos, “entendendo-se que o interesse dos filhos constituirá a consideração primordial em todos os casos”. O artigo 12, por sua vez, menciona a eliminação de discriminação no que toca aos cuidados médicos, acesso ao planejamento familiar e “assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância”.

Assim, o documento que visa proteger os direitos das mulheres, estabelece uma prevalência na consideração dos “interesses dos filhos”, em contradição já observada por Zapater (2015), em que se considera que os direitos e interesses das crianças e mães eram supostamente os mesmos.

Segundo Mattar, a primeira menção oficial dessa categoria de direitos foi na Declaração Final da I Conferência Internacional de Direitos Humanos, que aconteceu em Teerã, no Irã, em 1968: “os pais têm como direito humano básico decidir de forma livre e responsável sobre o número e o espaçamento de seus filhos e o direito à educação adequada e informação a este respeito”, de modo que, em 1974, o documento final da Conferência Mundial sobre População reafirmou a linguagem do direito às escolhas reprodutivas, ampliando sua definição para incluir “casais” e “indivíduos” (Mattar, 2008; p. 67).

Segundo Mattar e Diniz, “a formulação do conteúdo dos direitos reprodutivos teve início, pois, em um marco não institucional de desconstrução da maternidade como um dever, por meio da luta pelo direito ao aborto e anticoncepção em países desenvolvidos” (Mattar e Diniz, 2012). Contudo, foi no amadurecimento das noções acerca de saúde reprodutiva e sexual no âmbito de instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS), nos anos 1980, que a temática se desenvolveu e se consolidou.

O avanço dos debates sobre esses direitos ocorreu nas reuniões, eventos e tratados escritos posteriormente, em que se consolidaram entendimentos sobre direitos reprodutivos. Tais direitos passaram a ser explorados junto com a ideia de direitos sexuais, que posteriormente englobaram também pessoas de diferentes orientações sexuais antes invisibilizadas (LGBTQIA+).

Segundo Corrêa e Ávila (2003) o termo “direitos reprodutivos” consolidou-se no Brasil após 1984, quando no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, realizado na Holanda, o tema foi proposto por feministas norte-americanas. Ali, então, estabeleceu-se um consenso global de que esta denominação traduzia um conceito mais completo e adequado do que “saúde da mulher”, para a ampla pauta de autodeterminação reprodutiva das mulheres.

A pauta dos direitos reprodutivos e sexuais buscou consolidar, mais contemporaneamente, as disputas em torno da capacidade reprodutiva das mulheres, no sentido de conceder a elas maior capacidade de decisão sobre seus corpos, maior acesso a políticas de saúde e mais informação para melhor produzir suas decisões no que toca ao tema.

Um amplo conjunto de legislações e regulamentações técnicas dos serviços de saúde estão à disposição da sociedade para este fim. Sua qualidade e sua capacidade de responder às necessidades das usuárias restam, no entanto, questionadas, assim como as claras diferenciações em termos de qualidade de atendimento das mulheres brancas e com capacidade financeira de escolher tratamentos e profissionais diferenciados, e aquelas que são atendidas pelos serviços de saúde e cuja vida pode estar

em risco em razão de sua má prestação³.

Côrrea e Ávila afirmam que, no Brasil, a desigualdade econômica, marcada pelo alto número de mulheres negras nas classes mais baixas, implica em um desnível no acesso e garantia de direitos de determinados grupos no país. As autoras afirmam que o caso do aborto é exemplar, uma vez que as mulheres com condições financeiras não estão expostas aos mesmos riscos das pobres ao submeterem-se a uma interrupção ilegal da gravidez (Côrrea e Ávila, 2003).

As autoras destacam que a agenda dos direitos sexuais e reprodutivos

... implica mais que simples acesso aos serviços e qualidade técnica da atenção em saúde; requer, adicionalmente, um estímulo permanente à autorreflexão dos profissionais de saúde em relação aos aspectos coercitivos do modelo biomédico que utilizam (Côrrea e Ávila; 2003, p. 32).

E ainda,

... supõe o empoderamento das pessoas (especialmente mulheres e, mais ainda, adolescentes) usuárias dos serviços, para que possam “reagir” à tendência de controle inerente à medicalização da reprodução e da sexualidade (Côrrea e Ávila, 2003; p. 32).

As autoras concluem que a ampliação da liberdade sexual e reprodutiva implica a incorporação do significado e prática dos direitos humanos em sexualidade e reprodução, e não apenas da autorreflexão e ação pedagógica dos serviços de saúde, de modo que a ampliação desses direitos estaria intimamente ligada a ampliação e aprofundamento da democracia no país (Côrrea e Ávila, 2003).

Observamos assim que o acesso das mulheres a seus direitos esteve intimamente relacionado com a regulamentação da capacidade reprodu-

3 Menciona-se, por exemplo, o caso de Alyne Pimentel, cuja morte em decorrência de mau atendimento após o aborto espontâneo no sexto mês de gestação foi considerada responsabilidade do estado por não cumprir seu papel de prestar o atendimento médico adequado desde o início das complicações na gravidez de Alyne, resultando na responsabilização do estado pelo CEDAW e na determinação de recomendações a serem adotadas nos serviços em 2011. Mais informações disponíveis na Agência Senado: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2013/11/14/entenda-o-caso-alyne>

tiva, com o exercício da mulher e, inclusive, com a centralidade da figura dos filhos como sujeitos de direito.

A centralidade dos direitos das mães, dos direitos de escolha sobre o exercício da maternidade, deixou de fora um amplo número de mulheres. Mulheres que são reconhecidas como mulheres que não *deveriam ser mães*, às quais restariam as estratégias de esterilização e contracepção forçada para a gestão dessas maternidades, aspectos invisibilizados ou pouco mencionados pelo feminismo branco de classe média que, pela ação dessas mesmas forças, tornou-se proeminente. Ainda, dentre as mulheres que não deveriam ser mães, há aquelas que, em tendo filhos, são responsabilizadas pela própria pobreza e condições precárias de vida.

Na esteira dessa discussão, a esterilização forçada, a contracepção e a Destituição do Poder Familiar podem ser entendidas como formas de monitorar e regular referidas maternidades. A frequente associação entre a DPF e os direitos das crianças seria, da perspectiva de uma leitura dos direitos das mulheres e dos direitos sexuais e reprodutivos, uma forma de, novamente, invisibilizá-las.

Para observar como se dão possíveis violações aos direitos das mulheres nestes contextos, passo a descrever o caso de Dafne, coletado em minha pesquisa de doutorado.

Dafne: “Apesar de ter nascido saudável, e estar sendo amamentada pela mãe regularmente, a criança fica sob ‘observação’”⁴.

Dafne é uma mulher identificada como parda, de quase quarenta anos, usuária de drogas e que estava, de maneira pendular, oscilando entre o abrigo e a “evasão”⁵ de um centro de acolhida na cidade de

4 A pesquisa, o uso de processos e entrevistas foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EACH/USP no ano de 2020, sob o número 31648120.3.0000.5390. Os dados relativos aos processos, protegidos pelo sigilo de justiça, assim como dos cedentes, foram completamente anonimizados. Friso que não há violação de nenhum tipo de privacidade das partes, considerando-se que o sigilo profissional e ético da pesquisa está também abarcado pelo Código de Ética profissional da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e da Associação Brasileira de Antropologia (ABA).

5 Evasão é o termo utilizado pelo relatório do centro de acolhida, e que é correntemente utilizado em processos penais. O acolhimento não é uma medida de privação de liberdade, então não existiria “evasão” de um serviço de acolhimento. Destaco que esse centro de acolhida é conhecido por ter regras muito exigentes de permanência, sendo qualquer saída não autorizada considerada evasão, o que afastaria as usuárias dos serviços.

São Paulo. A ação de destituição do poder familiar com pedido de tutela antecipada para acolhimento institucional da recém-nascida de Dafne inicia-se, no mesmo dia do nascimento da criança, após uma notificação do centro de acolhida onde estava, o qual possui em suas adjacências um hospital maternidade.

O encaminhamento é assinado por uma psicóloga e duas assistentes sociais. Nos laudos informa-se que nenhum familiar havia sido contado até o momento, que Dafne já havia passado três vezes pela instituição durante a gravidez e que havia “evadido” e não completado o tratamento de sífilis. A gestante teria usado crack antes do parto e a bebê, apesar de ter nascido saudável e estar sendo amamentada pela mãe regularmente, fica sob “observação”.

O Ministério Público descreve em duas páginas de sua petição que Dafne “fugia” do serviço de acolhida, que possuía sinais “claros de abstinência da droga durante o parto”, que havia sido expulsa de casa em razão do uso de drogas e que não concluiu o tratamento de sífilis.

Quatro dias após o nascimento da criança, a vara da infância decreta o acolhimento da criança e a suspensão imediata do poder familiar. No despacho consta que “caso a citada não concorde com a ordem judicial, pode buscar defesa na Defensoria Pública gratuita” e, “sem prejuízo, cite-se por edital”.

Onze dias depois da decisão, que determinou o acolhimento do bebê, é juntado um pedido da Defensoria Pública para que Dafne não deixe de amamentar o bebê, uma vez que se trata de questão de saúde da criança, e que não há risco, senão benefícios, no exercício da amamentação. A Defensoria junta relatório psicológico próprio feito a partir de entrevista com Dafne, munido de informações coletadas junto ao centro de acolhida de que ela estaria vinculada à criança, que é tranquila no convívio, que já iniciou tratamentos e deveria continuar amamentando a criança, além de demonstrar afeto constantemente em relação à criança.

Dafne comparece ao setor técnico do tribunal junto de uma assistente social do serviço de abordagem e é ouvida. Algumas informações são coletadas de Dafne, como a existência de uma outra filha, que vive com a família paterna, dados sobre as relações anteriores, e os motivos de sua saída do centro de acolhida. O homem que Dafne afirma ser o pai da

criança, que teria sido o motivo de sua “evasão”, é chamado de “suposto genitor” no laudo, e não é registrado na certidão de nascimento da criança. O setor técnico pede que ela retorne em um mês para o estudo técnico.

O serviço de abordagem de pessoas em situação de rua (SEAS) é onde Dafne busca ajuda para reaver a guarda de sua filha. O laudo juntado pelo SEAS fala da angústia da mãe em perder a guarda da criança e o desejo de seguir amamentando. No laudo consta que as profissionais do centro de acolhida, ao encaminharem o caso, já sabiam que *“as chances de manter a guarda eram pequenas”*. A assistente social afirma que *“no diálogo, demonstrava estar o tempo inteira arrependida quanto à última evasão”*.

Dafne é proibida de amamentar por decisão judicial. Nos termos da decisão *“é de conhecimento notório que usuárias de entorpecentes não amamentam os filhos recém-nascidos porque o uso de drogas pode causar sérios riscos à saúde da criança”*. E, *“além disso, para a amamentação é necessário que a genitora permaneça quase que em tempo integral no SAICA o que certamente é inviável para a atividade do SAICA que não se destina para tal finalidade. Não é demais lembrar que a genitora estava no centro de acolhida, onde poderia amamentar o filho. No entanto, evadiu desse centro de acolhida diversas vezes”*. As visitas são permitidas.

A defesa da Defensoria Pública é juntada aos autos alegando que Dafne estava amamentando a criança e os relatórios indicam que ela estava vinculada à criança. Não há nenhuma comprovação de dano ou risco à criança, sendo tão somente o fato de ser usuária de drogas e portadora de sífilis os motivos do acolhimento. Ainda, o acolhimento aconteceu antes de qualquer manifestação da mãe. Relatórios da agente de psicologia da defensoria pública apontam para a possibilidade de permanência de mãe e bebê juntas. São apresentadas declarações de comparecimento em instituições de tratamento (CAPS AD). A defesa demanda o retorno ao convívio e a amamentação.

A ausência de Dafne no Setor Técnico para a realização da entrevista é notificada pelo setor técnico da seguinte forma: *“as partes não compareceram, tornando o estudo prejudicado. Do ponto de vista técnico, o caso sugere forte evidência de despreparo da parte da genitora”*. Mesmo sem a entrevista, a ausência foi considerada evidência de despreparo.

Após essa ausência a juíza proíbe as visitas.

Apesar do suposto uso de drogas durante a gestação, a bebê de Dafne está se desenvolvendo em perfeitas condições no centro de acolhida. Informações prestadas pelo serviço onde estava acolhida Dafne, afirmam que ela e sua mãe usam crack juntas, e que “a genitora saía para ir ao CAPS três vezes por semana e em conversa com a psicóloga do CAPS foi relatado que a genitora chegava muito agitada indicando que no caminho para o CAPS usava crack”. No entanto, afirmou-se também que *“a genitora se mostrava cuidadosa com a criança. Era muito atenta aos horários de amamentação”*.

A ausência de Dafne é notificada no processo pela atuação de uma amiga, que entra em contato para informar que ela se internou em um centro de reabilitação. A Defensoria busca utilizar esse argumento para que se aguarde o restabelecimento de Dafne antes da decisão pela DPF. Contudo, seus pedidos são indeferidos.

Reiteradas a inicial e a contestação, a decisão é feita pela magistrada afirmando que *“a ré não tem as mínimas condições de zelar pela guarda, sustento e educação da filha”*, ou *“a ré tem uma filha de dez anos que está sob os cuidados da avó paterna da criança. A ré não possui retaguarda familiar, sendo a sua terceira passagem pelo acolhimento”*. Como demais elementos que justificam a Destituição, afirma-se que *“ciente de sua permissão, nunca visitou a filha e nem ao menos ligou para saber a respeito. (...) No caso deve prevalecer o princípio do melhor interesse da criança, que tem direito de crescer em uma família estruturada que possa oferecer à infante toda a segurança e amparo material e psicológico, o que certamente não ocorrerá com sua família biológica. Extraia-se cópia da presente decisão para juntada nos autos de providência (...) e nos autos de adoção (...).*

Entre a contracepção e a destituição: a separação de crianças de suas famílias como prática de Estado

A relação entre os fenômenos da DPF e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres é colocada pelas próprias interlocutoras desta pesquisa. A afirmação de que as mulheres em questão deveriam ser esterili-

zadas está presente nos serviços de atendimento, nas práticas da saúde e até mesmo nas atuações do poder judiciário. Pessoas relacionadas às mulheres (como familiares, vizinhos conhecidos) mencionam constantemente a necessidade de “resolver a questão” de maneira definitiva.

Da mesma maneira, a participação no “planejamento familiar” é considerada um aspecto positivo nos processos, indicando uma ideia de reconhecimento ou concordância com a ideia de que a mulher parte no processo não deve ter mais filhos.

Em um evento acadêmico no qual participei, um médico, atuante em um hospital em São Paulo, afirmou que o problema das retiradas de crianças de mulheres empobrecidas é um problema “relativamente novo”. Segundo ele, a Destituição do Poder Familiar “não acontecia antes”, uma vez que *“antigamente, quando a equipe médica identificava uma paciente que não tinha condições de cuidado e já tinha tido outros filhos, eles realizavam a laqueadura no ato da cesárea, e isso era resolvido”*⁶.

Ao lado de diversos casos noticiados na mídia como o de Janaína Quirino⁷ e Andrielli Souza⁸, nos quais ambas foram esterilizadas e os filhos destituídos, podemos observar que as políticas de contracepção forçada, esterilização e destituição têm como público-alvo um perfil semelhante de mulheres em vulnerabilidade social, identificadas como mulheres que *não deveriam* ser mães, semelhantes ao caso de Dafne, descrito anteriormente.

A prática da esterilização forçada, assim como a separação após o parto e o tratamento recebido nos espaços de atendimento, devem ser vistas, da perspectiva do presente trabalho, desde uma perspectiva interseccional e que leve em conta os direitos sexuais e reprodutivos envolvidos, aproximando debates que em geral estão afastados.

Como visto, Dafne não produziu nenhuma violência ou risco para com sua criança. Trata-se de uma mulher empobrecida, usuária de dro-

6 Reitero que ao longo da pesquisa coletiva e atividades de formação com a temática, tive acesso a diversas narrativas de práticas de separação, esterilização, impedimento à amamentação e outras práticas direcionadas às mulheres que eram identificadas como pessoas que “não iriam ficar com o bebê”.

7 Cruz MT. Como um juiz e um promotor esterilizaram uma mulher à força. El País: 14 de junho de 2018. Disponível em: brasil.elpais.com

8 Guimarães P. Justiça Catarinense Nega Direito de Andrielli de exercer a maternidade. Portal Catarinas: 07 de Agosto de 2021. Disponível em: catarinas.info

gas ilícitas, que deseja seguir vinculada e amamentando seu bebê. Nenhuma política de cuidado é ofertada, e ela, sozinha, busca apoio de uma clínica de reabilitação. Na sentença que a destitui de seu bebê, a existência de uma outra criança, sob os cuidados da família paterna, é considerada um indício de sua incapacidade como mãe, dentro de uma lógica de reincidência. Evidências médicas sobre a amamentação são ignoradas pela decisão, e não há laudos que comprovem que ela faz uso de drogas ou que ela faz um uso que a incapacite para os cuidados com a criança.

Dafne tem seu caso, poucas horas após o parto, encaminhado à vara. Ainda que esteja amamentando, foi separada de seu bebê. A autorização de visitas não é acompanhada de nenhuma forma de garantia, como transporte ou alimentação, para fazê-la. Ela é considerada uma mulher incapaz do cuidado de si (não trata a própria sífilis, é usuária de drogas), não consegue visitar a criança, e já é reincidente na incapacidade de cuidado, afinal, sua outra criança de 10 anos não vive com ela.

Estudos sobre a atuação pré-natal indicam que esse tende a ser pior para mulheres pretas e pardas, como apontou estudo de abrangência nacional (Leal et al., 2017). O racismo médico e obstétrico é também observado por Daná-Ain Davis (Davis, 2020).

Dentre os diferentes processos de DPF, analisados em minha tese de doutorado, parte significativa referiu-se a mulheres que foram separadas logo após o nascimento de seus filhos, que, assim como Dafne, tiveram indeferidos seu direito à visita, à amamentação, à nomeação das crianças segundo seu desejo e, como acessado em entrevistas, o direito de reconhecimento do nome do pai indicado por elas na certidão de nascimento dos filhos.

A nomeação como “suposto” genitor da criança de Dafne, assim como a proibição da amamentação, permanência conjunta e cuidados para com sua criança, longe de serem práticas isoladas e relativas a este caso em concreto aproximam-se muito mais às práticas cotidianas de gestão das mulheres puérperas que são identificadas como incapazes para a permanência com as crianças ou que, ao menos, essa permanência deve ser autorizada pelo Poder Judiciário.

Tais práticas corriqueiras, podem ser pensadas como práticas de violência institucional nestes contextos, e poderiam ampliar as reflexões

sobre o tema à luz dos direitos sexuais e reprodutivos.

A análise dos processos judiciais e do conteúdo das entrevistas permite observar como o mesmo discurso de seletividade é atualizado na produção de Destituições do Poder Familiar. Mulheres que “não deveriam ter engravidado” são destituídas de seus filhos, os quais elas e suas famílias “não têm capacidade de cuidar”.

Pensar as ações de DPF que, assim como no caso de Dafne, impossibilitam o exercício mínimo da maternidade a determinadas mulheres, pode e deve ser pensada a partir de um olhar que conecte esta prática a outras que têm por objetivo “solucionar problemas”, conforme discutido a seguir.

Contraceção, Esterilização como formas de “solucionar problemas” de determinadas mulheres

Segundo Angela Davis, a “exaltação ideológica da maternidade – tão popular no século XIX – não se estendia às escravas” (Davis, 2016; p. 19), e era sobre a reprodução e maternidade que se dava uma das formas centrais de violência sobre as mulheres negras, que seguiu no período pós-escravagista.

Segundo Davis, o aborto autoinduzido, o infanticídio e a resistência a ter filhos, no contexto da escravidão, era uma forma de não perpetuar o modelo escravagista de exploração do trabalho, remontando a dolorosos processos histórico-sociais que, inclusive, limitaram a participação dessas mulheres nos processos de luta pelo direito ao aborto e início das ditas ondas feministas (Davis, 2016), também mencionado por Patrícia Hill Collins (2019).

Davis (2016) aponta as peculiaridades dessas opressões às mulheres negras e as resistências a elas, especialmente no que toca à capacidade reprodutiva, que escapavam às feministas da época. Para a autora, é crucial que se opere um olhar que se aproxime da especificidade da mulher africana nos contextos de opressão nas américas e das mulheres caribenhas e brancas pobres, e que essas perspectivas sejam visibilizadas na trajetória da luta por direitos das mulheres.

Ainda que algumas narrativas tenham se tornado de alguma ma-

neira preponderantes e que tenham potencializado o acesso a direitos a um grande contingente de mulheres, em alguma medida, essas especificidades nunca foram encaradas de modo profundo pelo próprio movimento feminista, ainda que essas mulheres tenham tentado fazer-se ouvir, seguindo invisibilizada a violação dos seus direitos. Em balanço sobre os erros do movimento feminista dos anos 1970, do qual fez parte, Federici destaca a falta do olhar interseccional e apoio às mulheres negras em suas demandas (2019).

A ideia de um “direito” ao aborto enquanto pauta unânime ou unificadora, por exemplo, analisado no contexto das lutas dos anos 1970, assim, deve ser problematizado quando em face das mulheres negras e suas vivências (Davis, 2016).

Davis (2016) demonstra que, se para mulheres brancas reivindicar a possibilidade de escolher sobre seus corpos e gestações conformava-se enquanto um direito e uma escolha, para as mulheres negras, especialmente as pobres, por sua vez, o avanço dessa possibilidade conformou-se enquanto um dever, uma obrigação moral de reduzir o número de filhos como forma de reduzir a pobreza para as mulheres dessas classes sociais. As mulheres passaram a ser responsabilizadas pela pobreza de suas comunidades pelo fato de reproduzirem-se.

Ao descrever o percurso político de Margaret Sanger, enfermeira com papel central na construção da pauta da contracepção e controle de natalidade nos Estados Unidos, Davis descreve como a questão foi capturada por pautas eugenistas. Segundo Davis, “a influência fatal do movimento eugenista logo destruiria o potencial progressista da campanha pelo controle de natalidade” (Davis, 2016; p. 215), na medida em que a própria Sanger, figura central na temática então, “começou a subestimar a centralidade da exploração capitalista em sua análise da pobreza, argumentando que ter muitos filhos levava as trabalhadoras à sua miserável situação” (Davis, 2016; p. 215).

A ideia de “mais crianças para os aptos, menos para os inaptos” foi escrita em artigo por Sanger, e o avanço do movimento eugenista organizado em associações, teóricos e acadêmicos que atuavam de maneira ativa na produção de políticas, conseguiu que, em 1932, pelo menos 26 estados norte-americanos aprovassem “leis de esterilização compulsória

e que milhares de pessoas inaptas, fossem cirurgicamente impedidas de se reproduzir”.

Nesse contexto, a inaptidão era reconhecida nas “pessoas com atraso mental, epiléticas, analfabetas, miseráveis, que não têm condições de obter um emprego, criminosas, prostitutas e viciadas” (Davis, 2016, p: 216). Na sequência, a Federação dos Estados Unidos pelo controle de Natalidade criou o “Projeto Negro” que, em 1939, afirmava que a procriação de forma negligente acabava por resultar no aumento da parte da população menos apta e menos capaz de criar filhos de maneira apropriada (Davis, 2016).

O movimento do controle de natalidade, que inicialmente pretendia conceder às mulheres controle sobre seus corpos e capacidades reprodutivas, saiu do campo progressista, segundo Davis, ao não defender o direito individual das minorias étnicas ao controle de natalidade e planejamento familiar, e passou para a estratégia racista de controle populacional (Davis, 2016).

A esterilização compulsória, segundo Davis (2016), difundiu-se nos Estados Unidos de forma descuidada, financiada e aceita pelo Estado, por meio de suas políticas públicas que facilitavam e incentivavam as intervenções de maneira indiscriminada. Mulheres pobres de modo geral, negras, indígenas, porto-riquenhas, e mesmo brancas “inaptas”, foram esterilizadas em massa no país.

Os processos judiciais contra médicos que performaram essas cirurgias de maneira eticamente imprópria, segundo Davis (2016), contaram com a defesa intransigente das associações eugenistas e dos conselhos de classe médica, o que demonstra, de maneira pertinente para esta tese, a aliança das práticas jurídicas com as práticas de controle da reprodução feminina.

Davis salienta que essas mulheres eram o público-alvo das políticas de esterilização, cujas propagandas, voltadas a esses grupos específicos, associavam a existência de filhos com a pobreza e o ter menos crianças com a prosperidade (Davis, 2016), tornando as esterilizações, mesmo que “voluntárias”, fruto de um convencimento baseado em premissas questionáveis.

A autora afirma que “enquanto as mulheres de minorias étnicas são

constantemente encorajadas a se tornarem inférteis, as mulheres brancas, que gozam de condições econômicas prósperas, são incentivadas pelas mesmas forças a se reproduzirem” (Davis, 2016; p. 223).

Tal fenômeno não esteve adstrito aos Estados Unidos, contando com atores internacionais atuando na ordem global com o objetivo de reduzir a população, tendo inclusive algumas organizações defendido o uso de táticas coercitivas quando o planejamento familiar voluntário não tivesse adesão suficiente (Senderowicz, 2019).

Um olhar para as práticas contemporâneas de programas de planejamento familiar, segundo Leigh Senderowicz, nos permite observar que esses programas possuem diversos apoiadores, cujos motivos de apoio são muito variáveis. Segundo ela, feministas querem promover contracepção segura e acessível para que as mulheres possam controlar seus corpos como forma de busca da igualdade de gênero. Ambientalistas promovem o planejamento familiar para mitigar as mudanças climáticas. Defensores da saúde pública buscam a redução da mortalidade materna, e os estudiosos do desenvolvimento buscam sua promoção para atingir objetivos micro e macroeconômicos (Senderowicz, 2019).

Apesar das tensões inerentes a formas tão diferentes de encarar a questão, esses atores constituintes do campo do planejamento familiar trabalham juntos para promover a ampliação do acesso a métodos contraceptivos no mundo. Contudo, as metas numéricas implementadas para a adoção de anticoncepcionais em determinados contextos promovem o temor, por diversos estudiosos, de que esses programas possam incentivar práticas coercitivas (Senderowicz, 2019).

A autora, diante das poucas pesquisas empíricas sobre contracepção coercitiva, aborda a temática a partir de entrevistas realizadas em um país da África Subsaariana para entender a extensão da existência do fenômeno, e quais suas formas de atuação. De maneira geral, a autora conclui que a coerção contraceptiva pode tomar diferentes formas, ser praticada de maneira mais sutil ou mais explícita, e se dá de maneira estrutural e não interpessoal. Informações falsas ou aconselhamento enviesado, ameaças de negação a atendimento futuro, táticas para assustar as mulheres ou insistência até a sua aceitação, a inserção de implantes e a recusa para retirá-los foram encontrados pela autora como métodos

constantes do que ela denominou “espectro da coerção” (Senderowicz, 2019).

No Brasil, Côrrea e Ávila afirmam que a questão da esterilização emergiu nos anos 1980, “guardando estreita associação com a controvérsia quanto ao controle populacional” (Côrrea, Ávila, 2003: p. 44).

Contemporaneamente, Cláudia Fonseca, Diane Marre e Fernanda Rifiotis destacam que as políticas contraceptivas direcionadas às mulheres de baixa renda trazem, no Brasil, de acordo com pesquisas recentes, a paradoxal relação entre a autonomia feminina, e o “dever moral, com o entendimento que a não adesão só pode ser fruto de ignorância ou falta moral da mulher que, assim, coloca em perigo não só o bem-estar da família, mas o desenvolvimento da nação” (Fonseca, Marre, Rifiotis, 2021, p; 13).

No que toca às mulheres em situação de extrema vulnerabilidade social, em especial em situação de rua ou usuárias de drogas, “clientes” principais das ações de Destituição do Poder Familiar, como visto, há, em especial, políticas diversas no sentido desse espectro coercitivo da contracepção, ao lado da prática da esterilização compulsória.

Por exemplo, a portaria SCTIE/MS nº 13, de 19 de abril de 2021 determina que:

Torna pública a decisão de incorporar o implante subdérmico de etonogestrel, condicionada à criação de programa específico, na prevenção da gravidez não planejada para mulheres em idade fértil: em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.⁹

Esta portaria, que trata de métodos contraceptivos hormonais reversíveis de longa duração (LARC), e os debates por ela suscitados, dão a ver as tensões acerca do planejamento familiar colocadas por Senderowicz e as formas de “solução de problemas” tais quais as gestações de

9 Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sctie/ms-n-13-de-19-de-abril-de-2021-315184219>.

determinadas mulheres.

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Sistema Único de Saúde afirmou que a intervenção poderia resultar na economia de 1,2 bilhão de reais gastos pelo governo com “gestações não planejadas”. A Comissão da Mulher, da Ordem dos Advogados do Brasil em São Paulo, afirmou, contudo, que a escolha dos públicos-alvo demonstrava a escolha das mulheres que não poderiam exercer plenamente seus direitos reprodutivos, significando a manifestação de uma prática de controle da capacidade reprodutiva e eugenista¹⁰.

No caso da oferta seletiva de LARC, como argumentam Elaine Brandão e Cristiane Cabral, há uma apropriação do discurso da garantia aos direitos sexuais e reprodutivos sob a aura de uma ideia de

“cidadania” quando, em verdade, “são ações dirigidas a grupos específicos de mulheres (adolescentes, em situação de rua, dependentes químicas), que certamente se encontram em condições precárias de vida e frágeis para fazer face ao poder médico/estatal, caso não desejem a inserção” (Brandão, Cabral, 2021; p. 2678).

O uso dos LARC, como observado diretamente na portaria, é o mesmo público das esterilizações compulsórias e das práticas coercitivas de contracepção. Ao analisarmos o perfil descrito pelas interlocutoras da minha pesquisa, os processos analisados e os dados de pesquisas anteriores, podemos observar que se trata do mesmo público das Destituições do Poder Familiar.

Aproximando Direitos Sexuais e Reprodutivos, Justiça Reprodutiva e as Destituições do Poder Familiar: um caminho a percorrer

Pensar as Destituições como uma continuidade de práticas de controle da reprodução é possível, assim, não apenas pelo público sobre o qual recaem, mas também pelos seus padrões de atuação. São todas elas

10 Agência Aids. Implante contraceptivo em presas e população de rua é eugenia, diz jurista. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/implante-contraceptivo-em-presas-e-populacao-de-rua-e-eugenia-diz-jurista/>.

práticas que produzem regulamentações sobre os corpos das mulheres e suas capacidades reprodutivas, munindo-se de argumentos médicos, técnicos, moralizantes para justificar suas práticas.

No caso de Dafne, como vimos, ainda que não tenha praticado, objetivamente, nenhuma violência para com seu bebê, ela é considerada uma figura que oferece risco a ele. Em poucos dias ela é afastada da criança, mesmo que deseje amamentá-la e com ela permanecer. Nenhuma política é ofertada para ela, e suas ausências no judiciário são consideradas como parte de sua incapacidade de permanência com a criança.

Não se trata apenas de violações aos direitos sexuais e reprodutivos. Além de Dafne não ter políticas que a assistam e a protejam de violências institucionais, mas ao contrário, operam para impedir que ela permaneça com seu bebê e exerça a maternidade, nada se fala sobre as impossibilidades que permeiam sua realidade social, que a vulnerabilizam. Dafne não possui uma vida digna assegurada pelo Estado e, portanto, não pode ter filhos consigo. Não deveria, justamente, garantir-se o direito de Dafne de ter seus filhos e com eles permanecer em dignidade?

No mesmo ano em que se realizou a Conferência do Cairo, um grupo de feministas negras pautou a dimensão da Justiça Reprodutiva, que estabelecia, em suma, que “tão importante quanto o direito a não ter filhos era o direito a ter e criar filhos em condições dignas” (Fonseca, Marre, Rifiotis, 2021). A estas reivindicações e avanços ante a ideia considerada excludente de direitos sexuais e reprodutivos, há a ideia de Justiça Reprodutiva.

Segundo Gilliam e Roberts (2021), pensar em termos de Justiça Reprodutiva lança luz a uma série de eventos no que toca ao atendimento das mulheres pela saúde, políticas públicas e judiciárias que precisam ser mais bem estudadas e pensadas.

Ainda para Gilliam e Roberts (2021), a própria origem da ginecologia, iniciada com estudos e procedimentos em mulheres escravizadas sem o uso de anestesia, as práticas eugênicas nos Estados Unidos e sua íntima relação com a esterilização e métodos contraceptivos de longa duração (LARC), a perseguição criminal de mulheres, a partir dos anos 1980, em razão do uso de drogas na gestação nos Estados Unidos, a Morbimortalidade Materno Infantil e o corte de programas assistenciais de

apoio financeiro às mães (*welfare*), são indícios que levam à necessidade de olhar a realidade das mulheres, e seus direitos, sob outras lentes.

Tais elementos estão intimamente relacionados com as trajetórias das mulheres nas redes de atendimento até as Destituições do Poder Familiar, de modo que emerge não apenas da bibliografia, mas do campo e do corpus desta pesquisa, a necessidade de pensar a DPF dentro do escopo de direitos das mulheres e da Justiça Reprodutiva.

A negação total da condição de mães a tais mulheres produz, assim, não apenas a separação dos filhos, mas a condição de mulheres a quem a agência de mãe, como local de reivindicação de direitos, é negada.

A Justiça Reprodutiva, chamada à cena nesses contextos, pode nos auxiliar a compreender o conjunto de incômodos que permeiam a atuação nesses processos judiciais.

Referências

Bobbio N. A era dos direitos. Coutinho CN, tradutor. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.

Brandão ER, Cabral CS. Vidas precárias: tecnologias de governo e modos de gestão da fecundidade de mulheres vulneráveis. *Horizontes Antropológicos*. 2021;27(61):47-84.

Collins PH. Pensamento feminista negro. São Paulo: Boitempo Editorial; 2019.

Côrrea S, Ávila MBM. Direitos Sexuais e Reprodutivos: Pauta Global e Percursos Brasileiros. In: Berquó E, organizador. *Sexo & Vida*. Campinas: Unicamp; 2003.

Davis A. Mulheres, raça e classe. Candiani HR, tradutor. São Paulo: Boitempo; 2016.

Fávero E. Perda do pátrio poder: aproximações a um estudo socioeconômico. São Paulo: Veras; 2000.

Fonseca C, Marre D, Rifiotis F. Governança reprodutiva: um assunto de suma relevância política. *Horizontes Antropológicos*. 2021;27(61):7-46.

Gilliam M, Roberts D. Why Reproductive Justice Matters to Reproductive Ethics. *Reproductive Ethics in Clinical Practice: Preventing, Initiating, and Managing Pregnancy and Delivery* [internet]. 2021 [acesso em 15 dez 2022]; Disponível em: https://scholarship.law.upenn.edu/faculty_scholarship/2500.

Hemmings C. Contando estórias feministas. *Revista Estudos Feministas*. 2009: 215-241.

Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN do, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017; 33(suppl 1).

Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2012; 16(40):107-20.

Senderowicz L. I was obligated to accept: A qualitative exploration of contraceptive coercion. *Social Science & Medicine*. 2019; 239:112531.

Tempesta GA, Eneile M. Racismo obstétrico: a política racial da gravidez, do parto e do nascimento. *Amazônica, Revista de Antropologia* [internet]. 2021 [acesso em 20 mar 2023];1;12(2):751-78. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/9194>.

Zapater MC. A constituição do sujeito de Direito mulher no Direito Internacional dos Direitos Humanos [tese]. São Paulo: Faculdade de Direito da USP; 2017.

A Entrega Voluntária de Bebês para Adoção: direitos, justiça (reprodutiva) e maternidade em foco

Denise Clemente da Silva¹, Cristiane da Silva Cabral²

Apresentação

Este ensaio tem como objetivo apresentar algumas reflexões acerca do tema da entrega de bebês para adoção, notadamente no que consiste na possibilidade denominada como entrega voluntária, prevista no artigo 19A do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pela Lei nº 13.509. O dispositivo estabelece que a mulher, na condição de gestante, que manifestar o interesse de entregar o bebê para adoção deve ser encaminhada obrigatoriamente à Vara da Infância, a fim de salvaguardar o direito da criança de ser criada por família substituta.

Esse dispositivo foi inscrito no ECA pela primeira vez em 2009, pela lei conhecida como “Lei Nacional da Adoção”, que trata sobre a sistematização da adoção e do convívio familiar para crianças e adolescentes. A regulamentação foi instituída em 2017, quando essa possibilidade passou a ser denominada como “entrega voluntária” (Brasil, 2017).

1 Denise Clemente da Silva (denise.clemente@usp.br), Assistente Social, mestranda na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

2 Cristiane da Silva Cabral (cabralcs@usp.br). Doutora em Saúde Coletiva, docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

A entrega voluntária e as discussões sobre o “parto anônimo”

Em 2009, com a promulgação da Lei nº 12.010 (“Lei Nacional da Adoção”), criou-se pela primeira vez a possibilidade de entregar o bebê para adoção, não mais pela caridade, mas através da Justiça. Nesse contexto, a prática que antes era feita para resguardar a identidade da mulher, preservando-a do julgamento público, passa a ser revelada. A partir dessa nova legislação, criou-se o sistema que regulamenta a adoção e a intervenção estatal nas famílias, no qual o Estado, na figura do Juiz, decide sobre o afastamento (temporário ou definitivo) das crianças em relação às suas famílias de origem.

No ano anterior da aprovação da lei, em 2008, foi apresentado pelo deputado federal Eduardo Valverde (PT) o projeto de Lei que previa a criação do dispositivo do “parto anônimo” no Brasil, com vistas a coibir o abandono de recém-nascido, o aborto e o infanticídio. Nessa proposta, os hospitais teriam a função de acolher e encaminhar os bebês para adoção. A gestante, ao chegar no hospital, poderia usar um nome falso ou simplesmente optar por não se identificar e as informações referentes à saúde da mulher ficariam em sigilo, guardadas em um envelope no hospital, só podendo ser reveladas por determinação judicial. A mulher que desejasse entregar o bebê sob esse dispositivo não precisaria apresentar documentos que comprovassem a identidade no atendimento de pré-natal e do parto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa proposta foi bastante criticada e acabou sendo arquivada, por ser considerada contrária à Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada pelo Brasil em 1990, que estabelece em seu Art. 7º o direito dos filhos de conhecer os pais e, quando possível, ser criado por eles, bem como da preservação da sua identidade, nacionalidade e das relações familiares, conforme o Art. 8º da Convenção. Outro ponto em dissonância do projeto é o fato de contrariar o disposto no artigo 10º da Lei máxima do país em relação à criança e ao adolescente, que estabelece a obrigatoriedade dos hospitais e maternidades de identificar o recém-nascido “mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da genitora” (Brasil, 1990).

O relatório com o parecer desfavorável apontou, entre outras inconsistências, para a incompatibilidade dos hospitais e dos profissionais de saúde de se responsabilizarem de modo formal pelo encaminhamento à adoção. Em concordância com o artigo 30 do ECA, que estabelece a necessidade de autorização judicial para a transferência de crianças e adolescentes a terceiros ou a entidades governamentais e não-governamentais.

Contudo, essas propostas de regulamentação da entrega do bebê para adoção que são anteriores à “Nova Lei da Adoção”, e igualmente na lei em vigor no país, têm em comum a preocupação dos legisladores em fomentar a adoção de recém-nascidos da forma mais célere possível. Percebe-se que as necessidades das mulheres são facilmente menosprezadas pela previsão de inserir o bebê em uma família substituta “o mais rápido possível”. Há um apelo a situações e práticas que decorrem de fatores sociais, econômicos e políticos, que são apresentados sem críticas quanto ao papel do Estado na garantia de políticas públicas, como previsto no Art. 227 da Constituição Federal e no ECA. Além disso, questões de moralidade são colocadas para estigmatizar e reforçar preconceitos sobre a prática, em que as mulheres quase sempre são retratadas como figuras desesperadas e perigosas, propensas a qualquer momento a matar ou abandonar os bebês.

Como vemos abaixo, na justificativa da proposta do parto anônimo consta que:

A Lei do parto anônimo protege as mulheres angustiadas, desesperadas com uma gravidez indesejada, que cometem o aborto, podendo matar até a si próprias com ingestão de medicamentos e em clínicas clandestinas ou, até mesmo, o infanticídio tendo como escopo um acompanhamento por um rápido processo de adoção da criança por uma família. Este rápido processo de adoção da criança servirá para que ela não fique esperando por anos dentro de um abrigo, sem uma família que possa dar o que ela precisa e merece, pois há muitas que querem fazer adoção, mas o processo no Brasil é por demais demorado (Câmara dos Deputados, 2008).

A proposta de parto anônimo não vingou no Brasil. Entretanto,

vale mencionar que a legislação atual já prevê o direito ao sigilo sobre o nascimento da criança, sem, todavia, deixar de ter a identificação da mulher. Assim, segundo a legislação vigente no país, aos 18 anos a pessoa adotada pode solicitar o acesso às informações referentes a sua adoção.

Elizabeth Samuels (2001), ao discorrer sobre o tema nos Estados Unidos, sugere que “antes da revolução social e sexual dos anos 1960, a maioria das mulheres que entregava seus filhos em adoção não buscavam o anonimato” (Samuels, 2001 apud Fonseca, 2009, p. 37). A proposta de anonimato sobre a entrega do bebê suscitou questões mais amplas sobre o tema, pois trazia em outros moldes o mesmo princípio da roda dos expostos. Fonseca (2009) corrobora e alerta que a entrega do bebê como estava previsto na proposta do parto anônimo no Brasil reforça o estigma e a clandestinidade sobre a prática, além de dificultar o controle sobre o fenômeno social. Para ela:

O parto anônimo transforma o “segredo de origens” em aniquilamento de origens, pois em termos legais e administrativos o vínculo entre mãe e filho não existe e nunca existiu. Trata-se de uma medida que institucionaliza a informalidade, dando o aval público à ausência de qualquer registro (Fonseca, 2009, p. 9).

Esse modelo anônimo de entrega de bebês para adoção é permitido em países como França, Itália, Áustria, Luxemburgo, Bélgica, Alemanha, Japão e em alguns estados norte-americanos. Em países como a Alemanha, Japão e Itália, que recebem todos os anos muitos imigrantes, que chegam de forma clandestina, modelos similares ao das medievais “rodas dos expostos” estão sendo revitalizados desde os anos 2000, em práticas conhecidas como “*babyklappe*”, “Janela de Moisés” e “Janela da Esperança” (Instituto Brasileiro de Direito de Família, 2008). Esse mecanismo foi adotado pela primeira vez na Itália, em 2000, em um hospital situado no subúrbio da cidade de Roma.

A denominada “Janela da Esperança” consiste em uma janela com vidro fosco do lado externo do hospital para colocar o bebê, equipada na parte interna com um berço aquecido com sensor que emite um sinal aos profissionais de saúde quando o bebê é depositado. Na parte externa da

instituição, um cartaz faz apelo às mulheres para que “não abandonem” e “confiem em deixar o bebê”, traduzido em diferentes idiomas. Em português, tem-se: “Não os abandone! Confie-o a nós” (Negrão, 2016, p. 185).

O estado de Indiana, nos Estados Unidos, criou um mecanismo similar a uma caixa de correio, mas que são na verdade berços aquecidos, colocados no muro nos quartéis de bombeiros para receber os bebês de forma totalmente anônima (Negrão, 2016). Neste país, desde 2009, as mulheres podem fazer a entrega do bebê sem a necessidade de identificação em alguns estados que aprovaram a entrega anônima. Contudo, com a instituição desse mecanismo, houve o crescimento das agências de adoção, que recebem “fartos” financiamentos do governo federal para atuarem na interlocução entre as famílias que desejam adotar e as gestantes que não querem ficar com o bebê, havendo inclusive propagandas e incentivos para atrair tais mulheres (Fonseca, 2009).

Contrários ao mecanismo do parto anônimo nos Estado Unidos, acusam as agências de adoção de utilizarem “a retórica sobre ‘o nobre sacrifício’ e ‘um futuro melhor para todos’ para pressionar mulheres e casais economicamente desfavorecidos a entregarem seus filhos em adoção” (Greiner, 2003 apud Fonseca, 2009, p. 42).

Mesmo aprovada em alguns estados, a possibilidade da entrega anônima teve baixa adesão das mulheres nos Estados Unidos. A autora esclarece que “em certos lugares, anos após a legislação passar, nenhuma mulher tinha aproveitado a ‘oportunidade’ do parto anônimo”, e a possibilidade também não resultou na diminuição do número de recém-nascidos abandonados (Fonseca, 2009, p. 40). O dispositivo no contexto estadunidense também é criticado pelos movimentos feministas por seu uso político no sentido de buscar combater o direito ao aborto, como vemos na citação abaixo:

Por um lado, a atenção direcionada aos bebês “expostos” serve para agudizar simpatias pelo feto ameaçado de aborto. A mãe má representa um perigo para seus filhos de qualquer idade ou estágio da gestação. Abuso vai se somando a aborto e infanticídio para justificar medidas extremas de controle sobre o corpo feminino. Por outro lado, os apoiadores do parto anônimo o apresentam não como controle,

e sim como concessão que exige da mãe uma contrapartida (Fonseca, 2009, p. 41).

Na França, outro país a adotar o dispositivo do parto anônimo, outrora proposto no Brasil, grupos de mulheres que entregaram os bebês sob esse dispositivo se organizaram politicamente, criando associações e movimentos para combater a “radicalidade” desse procedimento. No país, o parto sem identificação é denominado como “*sous-x*” ou “*accouchement sous-x*”, que em português pode ser entendido como “parto sob x”. Esse mecanismo francês prevê ocultar a identificação da genitora no documento de nascimento do bebê; nesse campo, assinala-se “x” e, dessa forma, não é possível identificar quem gerou o bebê.

As mulheres que entregaram o bebê por meio desse dispositivo na França acusam o Estado de não apresentar outra possibilidade diferente da forma anônima. A escolha pela possibilidade da forma anônima está permeada pelo receio que sentem de serem vistas como mães abandonantes.

Sob o incremento desses “novos dispositivos” há sempre dimensões morais que agem para o controle do comportamento reprodutivo das mulheres. Os estudiosos do tema alertam que mais importante que lutar pelo anonimato é ir “contra o ‘tabu do abandono’, portanto, contra a atribuição das mulheres do destino inevitável da maternidade” (Fonseca, 2009, p. 46).

O manejo preconizado e os percalços na entrega voluntária: violações dos direitos reprodutivos das mulheres

De acordo com a Lei nº 13.509, as mulheres que decidem fazer a entrega do bebê para adoção precisam ser encaminhadas à Justiça, ou podem procurar, voluntariamente, a Vara da Infância e Juventude mais próxima para obter atendimento. Ao manifestar a decisão pela entrega, a mulher será ouvida pelos técnicos do Judiciário (assistente social ou psicólogo), que prestarão o primeiro atendimento, orientando sobre os direitos inscritos na lei e os trâmites previstos para a entrega em adoção. Ao ouvir a mulher, os profissionais coletam as informações necessárias

para elaborar um relatório social com observações quanto às condições sociais e psíquicas dessa mulher para ser entregue ao Juiz, como previsto no Parágrafo 1º da Lei. Se o bebê ainda não nasceu, a gestante deverá ser informada do direito ao sigilo sobre o nascimento da criança, tal como inscrito no artigo 9º, e do encaminhamento para atendimento psicossocial em rede com as demais políticas públicas, se for do seu interesse.

Tal como previsto no Parágrafo 2º:

De posse do relatório, a autoridade judiciária poderá determinar o encaminhamento da gestante ou mãe, mediante sua expressa concordância, à rede pública de saúde e assistência social para atendimento especializado (Brasil, 2017).

Com o nascimento do bebê, a mulher pode assinar o termo de anuência para a entrega voluntária e a decisão deverá ser confirmada em audiência, assistida por um defensor público ou um advogado nomeado para a “extinção do poder familiar”. Na audiência, a mulher será inquirida sobre o interesse em indicar o outro genitor, ou algum familiar que queira ficar com o bebê, tendo em vista o estabelecido no ECA sobre o direito de as crianças conviverem com a família extensa, aspecto incorporado pela Lei 12.010/09. Caso queira indicar um familiar ou o genitor, os técnicos farão a busca ativa à família da pessoa indicada, que poderá requerer a guarda e a adoção do bebê. Do contrário, o juiz determinará a extinção do poder familiar e o bebê será encaminhado para acolhimento familiar – com família acolhedora, institucional, ou será imediatamente entregue à primeira pessoa habilitada no Cadastro Nacional de Adoção, conforme o Parágrafo 4º.

Caso a mulher se arrependa da decisão e queira reaver o exercício da maternidade, terá pouco mais que uma semana para procurar a Justiça e manifestar o arrependimento pela entrega do bebê. O Parágrafo 5º do Art. 166 estabelece que:

O consentimento é retratável até a data da realização da audiência especificada no § 1º deste artigo, e os pais podem exercer o arrependimento no prazo de 10 (dez) dias, contados da data de prolação da sentença de extinção do poder familiar (Brasil, 2017).

Essa prerrogativa difere da forma como acontecia nas rodas dos expostos, em que a mulher podia buscar a criança assim que melhorasse sua condição econômica ou de saúde. Já o dispositivo da extinção do poder familiar não permite arrependimentos e tampouco acesso à informação sobre a adoção da criança. Feita a entrega em juízo, a mulher não terá mais filiação ou direito à informação sobre a criança. Contudo, o tempo estipulado para o arrependimento pela entrega não considera o período de recuperação do parto ou quaisquer outras dificuldades que possam impedir o rápido retorno à Justiça.

Nos serviços de saúde, ao informar para um profissional durante acompanhamento de pré-natal sobre a decisão pela entrega do bebê em adoção, a gestante deverá ser encaminhada para o Serviço Social ou psicólogos que atendem na unidade, para que sejam esclarecidas as dúvidas e seja realizado o acolhimento antes do encaminhamento para a Justiça. É necessário que a mulher seja informada durante o atendimento sobre os trâmites da Justiça e, sobretudo, que seja respeitada sua decisão, sem que haja coerção ou constrangimento para desistência da entrega.

Estudos sobre a percepção dos profissionais de saúde acerca do tema da entrega do bebê para adoção apontam que ainda há muita dificuldade dos serviços de saúde em fazer o manejo dos casos. No campo da saúde são escassos os estudos sobre a temática, e pela falta de conhecimento sobre os procedimentos e as legislações, há “dificuldades de identificar os momentos em que a entrega da criança é uma possibilidade e acolhê-la livre de pré-julgamentos” (Martins et al., 2015, p. 1305)

A falta de preparo para o atendimento com respeito ao processo decisório das mulheres pode acarretar, entre outras situações, na desistência da gestante em realizar o pré-natal, pelo receio de ser constrangida, e na violação de direitos no momento do parto, pela coerção para que amamente o bebê ou estabeleça vínculos afetivos sem que haja vontade da mulher, e a quebra do sigilo sobre a entrega e o nascimento da criança. E não são raros os casos em que os profissionais da assistência ao parto ou do Serviço Social da instituição avisam a família da gestante, pensando estarem “ajudando”, ou tentam coagir a mulher invocando o “amor materno” para forçá-la a ficar com o bebê. Estas são claramente formas de coerção, desrespeito e violação dos direitos das mulheres que decidem por não levar a maternagem adiante.

O contexto brasileiro e a retórica da entrega voluntária como “solução” para o aborto

Nos últimos anos, sobretudo no governo reacionário e neoliberal de Jair Messias Bolsonaro (jan. 2019 - dez. 2022), a previsão do aborto legal, estabelecido como um direito em casos específicos desde 1940, foi ainda mais questionada e até negada às mulheres. Um dos argumentos correntes foi e tem sido a alternativa de entrega do bebê para adoção, inclusive em casos envolvendo violência sexual e gravidez de menores de 14 anos – vale dizer que o aborto legal está garantido para estes casos segundo a legislação vigente no país.

Em 2020, o Estatuto da Gestante, proposto pelo senador Eduardo Girão (Podemos) estipula o pagamento de um salário-mínimo de pensão alimentícia à criança fruto de violência sexual e a prioridade para adoção, caso a mulher não queira assumir a maternidade. O Art. 5º da proposta traz a seguinte previsão:

Às mulheres que vítimas de estupro vierem a conceber, será oportunizado pelo SUS junto as demais entidades do Estado e da sociedade civil, a opção pela adoção, caso a gestante decida por não acolher a criança por nascer (Brasil, 2020).

Em 2021, outra Proposta de Lei foi apresentada também no sentido de proteção aos direitos do nascituro e fomento da entrega do bebê para adoção em casos de estupro. Trata-se da proposta de Lei n. 434/2021, elaborada pela deputada federal Chris Tonelli (PSL), que dispõe sobre a proteção integral do nascituro e prevê, entre outras providências, o “direito à pensão alimentícia no valor de um salário-mínimo ao nascituro fruto de violência sexual até que complete dezoito anos de nascido”. Essa proposta também prevê a prioridade à adoção, caso a mulher não queira assumir a criança após o nascimento (Brasil, 2020).

Nas situações de violência sexual, a decisão de levar a gravidez a termo e depois fazer a entregar para adoção é defendida como a “melhor solução”, visando preservar a vida do feto. Todavia, embora a lei permita a entrega em adoção, independentemente da condição econômica ou do motivo apresentado pela mulher, a decisão pela entrega do bebê em ado-

ção nos casos em que a gestante possui condições financeiras para a maternagem é alvo de inúmeros rechaços. Uma situação recente, em 2021, despertou o debate para o tema da entrega voluntária em casos em que a mulher tem condições financeiras de cuidar da criança após o nascimento. Houve vazamento de informação por parte da equipe de enfermeiros de uma maternidade no estado São Paulo sobre o parto de uma jovem atriz brasileira de 21 anos e posterior entrega do bebê em adoção, que acessou a possibilidade legal, através da Lei nº.13.509/17, ao descobrir a gravidez em consequência de violência sexual sofrida.

Esse caso teve grande repercussão na mídia e nas redes sociais. A decisão foi relacionada ao crime de “abandono de incapaz”. Para se defender do julgamento moral, a mulher precisou se manifestar publicamente através de uma “carta aberta”, contando as violências sofridas, que vão desde o estupro até a violação dos direitos nos serviços de saúde, bem como o direito ao sigilo sobre o nascimento da criança, já previsto em lei.

Como aconteceu no caso da atriz, o fato de existir a prerrogativa legal não significa que as mulheres não vão encontrar barreiras impostas de diversas ordens para acessar o direito. Cita-se, por exemplo, o caso de uma criança de 11 anos, em Santa Catarina, que teve o aborto legal negado pela Juíza da Vara da Infância e Juventude, que, juntamente com a promotora responsável pelo caso, foram gravadas tentando convencer a família a desistirem da interrupção da gravidez, enfatizando que o melhor seria deixar o bebê nascer e, após o nascimento, fazer a entrega para adoção. Os áudios gravados na audiência vazaram na Internet, sendo possível verificar a tentativa de induzir a criança à maternidade, perguntando se ela não conseguia “esperar só mais um pouquinho, para ele (o feto) ter a chance de sobreviver mais” e depois poder ser entregue em adoção (The Intercept Brasil, 2022).

Esse é apenas mais um exemplo, e recente, que demonstra o quanto a entrega voluntária muitas vezes é apresentada como uma “alternativa” para o evitar o aborto no país. Ademais, também é exemplar para analisar como na lógica da adoção outros direitos se sobressaem em relação à dignidade da mulher e seu direito ao aborto legal. Já o caso supramencionado da atriz é digno de nota na medida em que mostra o rechaço e o julgamento sofridos por ela ter decidido entregar o bebê para adoção,

apesar de sua condição financeira. E, em ambas as situações, o direito a interromper a gravidez decorrente de estupro ficou acantonado ou relegado.

Ao mesmo tempo que parece haver uma maior aceitação social e jurídica sobre a entrega em adoção atualmente, vemos que a prática é apresentada como um ato de cuidado, de mulheres abnegadas, que sabem da sua limitação em relação à maternidade. Mas quando a mulher é considerada "apta" à maternidade, a entrega voluntária é deslegitimada, tida como um ato de egoísmo, crueldade, dentre tantos outros adjetivos utilizados para condenar tal decisão.

Entrega do bebê para adoção: reflexões a partir da proposição do conceito de justiça reprodutiva

Claudia Fonseca (2020) aponta que nos últimos anos, tem havido um declínio do modelo de Justiça Social estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, pela ascensão do modelo de família nuclear. A autora alerta que o ECA, sancionado por influências dos movimentos sociais na conjuntura política de redemocratização do país, que questionava o modelo punitivista adotado no Código de Menores, vem sendo substituído por novas "tecnologias" no campo da proteção à Infância, com foco nas crianças pobres e suas famílias. Questões como o abandono, o aborto e a adoção são revalidados pelos discursos de que as famílias precisam ter as condições ideais para promover um ambiente seguro e protegido para as crianças. Coerções morais entram em destaque nesse cenário, produzindo discursos subentendidos nas leis e nos programas de proteção à primeira infância.

De acordo com Repo (2015), as políticas populacionais são configuradas para o incentivo da reprodução de alguns indivíduos (brancos, ricos, saudáveis) enquanto busca limitar a procriação de outros. A medicalização dos corpos das mulheres foi refletida em artigos, panfletos de gravidez e manuais de amamentação. A questão do manejo sobre a reprodução resultou em políticas distintas como os sistemas de assistência à infância nos Estados Unidos, a política do filho único na China, e as iniciativas de planejamento familiar na América do Sul.

No campo dos direitos humanos, os conceitos de saúde sexual e saúde reprodutiva ganharam amplo alcance a partir das diretrizes da Conferência do Cairo (1994) e na Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, em Pequim. Estabeleceu-se como dever do Estado elaborar políticas sociais de promoção ao bem-estar sexual e reprodutivo como um direito humano e acessível à população.

Com o avanço dos estudos de gênero e, sobretudo, pela contribuição das feministas negras, reivindicando outras intersecções como raça, classe, e sexualidade, ampliou-se o debate sobre a maternidade ser uma experiência coletiva, social e política, produzida e reproduzida na sociedade pela cultura, por normas, modelos e imposições historicamente estabelecidas. Nesta esteira, emerge o conceito de Justiça Reprodutiva, criado pelas feministas negras norte-americanas durante a Conferência realizada no Cairo, em 1994, para reivindicar direitos reprodutivos associados aos direitos humanos e a Justiça Social, para o pleno exercício da saúde reprodutiva. Para Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge (2020), a Justiça reprodutiva refere-se a “um projeto global de saúde pública que visa ao bem-estar de mulheres, crianças e famílias”.

Com o aporte da perspectiva interseccional, as autoras apontam que as opressões de classe, raça, sexualidade e as hierarquias reprodutivas interferem no acesso à informação e aos serviços de saúde. Para as autoras, as principais iniciativas no sentido da justiça reprodutiva devem ser alcançadas a partir de três dimensões dos direitos humanos: 1) o direito de ter filhos nas condições de escolha própria; 2) o direito de não ter filhos, fazendo uso de controle de natalidade, aborto ou abstinência; e 3) o direito de ter filhos em ambientes seguros e saudáveis, livres de violência cometida por um indivíduo ou pelo Estado (Collins, Bilge, 2020, p. 145).

Acionar o paradigma da justiça reprodutiva sobre o tema da adoção permite complexificar a demanda por autodeterminação reprodutiva e as condições sociais que viabilizem os direitos reprodutivos para as mulheres escolherem como, quando, e se querem exercer a maternidade. A sociedade brasileira ainda está profundamente marcada por desigualdades sociais e pela ineficiência do Estado em garantir plenamente direitos sexuais e direitos reprodutivos. Brandão e Cabral (2021) defendem que não se pode julgar os comportamentos dos sujeitos de forma isolada dessas

condições pré-estabelecidas socialmente, uma vez que as práticas reprodutivas e a forma como as pessoas vivenciam a sexualidade e a parentalidade estão permeados por múltiplos atravessamentos. Portanto:

Se vivemos em uma sociedade misógina e machista, de absoluta hipocrisia em relação aos encargos sociais da reprodução e da maternidade, que não garante a tais mulheres assistência de saúde digna para proteger suas relações sexuais das IST e da gravidez imprevista, como podemos acusá-las de abandono à prole? De praticar aborto? De matar seus filhos neonatos? Muitas de nós sabemos o desespero de estar grávida sem querer. Mas o que a sociedade nos diz? “E daí?” (Brandão, Cabral, 2021, p. 5).

As autoras também problematizam o uso da categoria “vulnerabilidade” que tem sido utilizada pelas políticas públicas e agências governamentais, para descrever uma “subclasse” de pessoas (mulheres) vistas como “corpos sexuais desviantes, dissidentes, que insistem em permanecer vivos e a reproduzir”. Ao problematizar a distribuição de novas tecnologias contraceptivas ofertadas pelo SUS durante a pandemia de covid-19, direcionado especificamente para o perfil de mulheres “em condição de vulnerabilidade”, as autoras apontam os regimes morais que estão ancorados no entendimento de que algumas mulheres não devem ter filhos, ou tem filhos demais e, portanto, como não sabem se controlar, precisam de maior controle sobre a função reprodutiva (Brandão, Cabral, 2021, p. 7).

A categoria “risco”, tão utilizada nos serviços de saúde, é analisada por Alfonsina Faya Robles (2014) em uma etnografia na cidade de Recife, que apresenta os usos e sentidos dessa classificação epidemiológica na gestão da gravidez de mulheres usuárias do SUS. A autora apontou que essas classificações - “gravidez de risco” e “alto risco” - têm sido utilizadas, sobretudo, para regular e controlar a gravidez das mulheres de camadas populares, a partir de critérios sanitaristas e individualizantes, que a autora chamou de “técnicas de regulação”. Robles (2014) argumenta que, embora o objetivo dessa classificação seja a redução de mortalidade infantil e materna, o uso indeterminado desses critérios serve para descrever, muitas vezes, uma subcategoria de mulheres pela classificação “mães

de risco” ou “maternidades de risco”, em que a maternidade e a saúde de um determinado perfil de mulheres precisam de maior controle a fim de se evitar agravos e “riscos” à vida do bebê.

O campo da saúde da mulher, historicamente, esteve associado ao chamado “materno-infantilismo”, que corresponde a sobreposição dos interesses das crianças às necessidades de saúde das mulheres, tratadas de forma subalternizadas, como “ignorantes e perigosas a serem, de forma hostil menos ou mais evidente, corrigidas e controladas por especialistas” (Diniz, 2012). Mecanismos estatais, jurídicos, biomédicos, midiáticos, dentre outros, são usados para regular as práticas reprodutivas e a maternidade de mulheres de cor, raça e classe social posicionadas na base da hierarquia social e reprodutiva (Mattar, Diniz, 2012).

É nesse cenário que a adoção é alçada à condição de política pública. São criados dispositivos de “intervenção estatal nas famílias” pobres, com o objetivo de “excluir o poder familiar” de um perfil de mulheres, e acelerar a substituição por famílias com outro perfil, melhor aceito socialmente e com “melhores condições” de promover a maternagem e o cuidado. A proposição de entrega voluntária do bebê para adoção e o modo como vem sendo estruturado e praticado no Brasil precisa ser compreendido, complexificado e debatido à luz do conceito teórico-empírico-político de justiça reprodutiva. É urgente não perdermos a perspectiva do direito à autonomia e autodeterminação reprodutiva e que as mulheres têm o direito de exercer ou não a maternidade, seja quando, como, onde quiserem e puderem. Igualmente, urge amplificar o debate sobre as condições culturais, sociais e políticas necessárias para o suporte às mulheres poderem realizar a função da maternidade, livre de coerções ou rechaços morais em função de sua cor de pele, etnia, condição social, idade ou orientação sexual.

Considerações finais

A entrega de bebês para adoção não é um fenômeno novo na história das mulheres. O mecanismo da roda dos expostos permitia o anonimato sobre a identidade das mulheres e sua intencionalidade era a de regular a reprodução que acontecia fora dos limites do casamento e das

relações familiares. Atualmente, com a condução da prática através da Justiça, a possibilidade está delimitada pela doutrina que prioriza o “melhor interesse das crianças” e, sobretudo, o fomento à adoção e ao voluntarismo. As necessidades, atitudes e as razões das mulheres em relação à entrega de bebês ainda são pouco discutidas e permanecem envoltas em regimes de moralidade sobre a prática.

A maternidade é um acontecimento de múltiplas causalidades e de diferentes e variadas representações para as mulheres, sendo um “fenômeno muito mais social do que biológico” e marcado, sobretudo, por imposições culturais, sociais, de gênero e raça. A negação dessa função social sempre esteve presente na história, e essa recusa frequentemente incorre em condenação social às mulheres (Scavone, 2013).

Sabe-se que os direitos reprodutivos dizem respeito não apenas à saúde da mulher, mas, sobretudo estão associados aos direitos sociais, individuais, à autonomia. A premissa da justiça reprodutiva busca ampliar o debate sobre os direitos reprodutivos na medida em que ressalta a necessidade de incorporar os direitos sociais e as políticas públicas, considerando os direitos humanos e a justiça social para o pleno exercício da saúde reprodutiva das mulheres.

A decisão sobre a maternidade sempre foi permeada por aspectos políticos, econômicos, culturais, familiares, afetivo-sexuais, geracionais, elementos da biografia pessoal e outras dimensões que complexificam a experiência reprodutiva para as mulheres. Todavia, permanece o desafio de elaborar e defender políticas públicas que reconheçam a arbitrariedade dessa função social, e as (im)possibilidades, limites e desejo de mater-nar.

Referências

Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. [internet]. 1985 [acesso em 10 set 2022]. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/Badinter,%20Elisabeth%20O%20Mito%20do%20Amor%20Materno.pdf.

Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União: seção 1:15.563.

Brasil. Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009. Dispõe sobre o aperfeiçoamento da sistemática prevista para garantia do direito à convivência familiar a todas as crianças e adolescentes. Brasília. Publicada no Diário Oficial da União. 4 ago 2009; Seção 1.

Brasil. Lei nº 13.509, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre entrega voluntária, destituição do poder familiar, acolhimento, apadrinhamento, guarda e adoção de crianças e adolescentes. Brasília. Diário Oficial da União. 27 nov 2017; Seção 1:1.

Câmara dos Deputados. Projeto de Lei PL 3220/2008. Regula o direito ao parto anônimo e dá outras providências [internet] [acesso em 23 jan 2023]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/>.

Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 2.747, de 2008, Apensos os Projetos de Lei 2.834/2008 e 3.220/2008 [internet] [acesso em 23 jan 2023]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br>.

Corazza Martins BM. Entregar o filho para adoção é abandoná-lo? Concepções de profissionais da saúde. Psicologia: Ciência e Profissão [internet]. 2015 [acesso em 28 out 2022]; 35(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002352013>.

Davis A. Mulheres, raça e classe. Candiani HR, tradutor. São Paulo: Boitempo. 2016.

Fávero ET. Serviço social, práticas judiciárias, poder: implantação e implementação do serviço social no Juizado de Menores de São Paulo. São Paulo: Veras Editora; 1999.

Faya Robles A. Da gravidez de risco às maternidades de risco. Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres

de camadas populares de Recife [internet]. 2015 [acesso em 20 ago 2022];25(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100009>

Fonseca C. Da circulação de crianças à adoção internacional: questões de pertencimento e posse. [internet] 2006 [acesso em 15 nov 2022]; .26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332006000100002>

Fonseca C. Mães abandonantes: fragmentos de uma história silenciada [internet]. 2012 [acesso em 9 out 2022]; 20(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000100002>.

Hill Collins P, Bilge S. Intersectionality [internet]. 2021 [acesso em 28 out 2022]. Disponível em: http://www.ser.puc-rio.br/2_COLLINS.pdf.

Marcílio ML. A lenta construção dos direitos da criança brasileira no Século XX [internet]. 1998 [acesso em 12 dez 2022]. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/27026/28800>.

Mattar LD, Diniz CSG. Reproductive hierarchies: motherhood and inequalities in women's exercising of human rights. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v. 16, n. 40, p. 107-19, jan./mar. 2012. [acesso em 16 set 2022]. Disponível:<https://www.scielo.br/j/icse/a/XqxCrSPzLQSyTJjsFQMdwjb/?lang=pt&format=pdf>.

Melo Negrão AM. Crianças: o direito de ser e viver a infância. *Educação e Linguagem* [internet]. 2016 [acesso em 19 jan 2023]. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/7109-24183-2-PB.pdf>.

Oliveira JA, Pontes MG, Carajá FA, Reis Maciel G, Souza Braga L, et al. Das amas de leite às mães órfãs: reflexões sobre o direito à maternidade no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [internet]. 2022 [acesso em 14 jun 2022]; 27(02): 515-524. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202272.36062020>.

Pinto Venâncio R. Os aprendizes da guerra. In: Del Priore M, organizador. História das crianças no Brasil. São Paulo: Contexto; 1999.

Pinto Venâncio R, Marcilio ML. História social da criança abandonada. Rev Bras Hist [internet]. 1999 [acesso em 16 maio 2022];19(37). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-01881999000100014>.

Reis Brandão E, Silva Cabral C. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. Interface (Botucatu) [internet]. 2022 [acesso em 28 out 2022]; 25 (Supl. 1): e200762. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200762>.

Repo J. Reproduction [internet]. 2014 [acesso em 25 set 2022]. Disponível em: <https://www.academia.edu/8615716/Reproduction>.

Rinaldi Andrade A. Novos arranjos familiares e os múltiplos sentidos da adoção. [internet]. 2017 [acesso em 23 set 2022]. Disponível em: <https://www.alessandrarinaldi.com.br/wp-content/uploads/2019/01/novos-arranjos-verso-publicada.pdf>.

Samuels E. The idea of adoption: an inquiry into the history of adult adoptee access to birth records. Rutgers Law Review. 2001; 53:367-437.

Teixeira A, Bleil Gallo M. Nosso útero, nosso território: justiça reprodutiva e suas lutas decoloniais por aborto e maternidade. Cadernos do Centro de Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro [internet]. 2021 [acesso em 22 nov 2022]; 14(2). Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/64353-226838-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/64353-226838-1-PB%20(1).pdf).

The Intercept Brasil. Suportaria ficar mais um pouquinho? Intercept [internet]. 2022 [acesso em 03 dez 2022]. Disponível em: <https://theintercept.com/2022/06/20/video-juiza-sc-menina-11-anos-estupro-aborto/>.



Secretaria da
Saúde



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO SÃO TODOS