

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

ANA LAURA ARAUJO DA SILVA SOUSA

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB A PERSPECTIVA DA MULHER NEGRA

Florianópolis

2022

ANA LAURA ARAUJO DA SILVA SOUSA

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB A PERSPECTIVA DA MULHER NEGRA

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Direito do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof^a Dra. Grazielly Alessandra Baggenstoss.

Florianópolis

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

TERMO DE APROVAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “**A violência obstétrica sob a perspectiva da mulher negra**”, elaborado pela acadêmica Ana Laura Araujo da Silva Sousa, defendido em **25/07/2022** e aprovado pela Banca Examinadora composta pelos membros abaixo assinados, obteve aprovação com nota 10 (dez), cumprindo o requisito legal previsto no art. 10 da Resolução nº 09/2004/CES/CNE, regulamentado pela Universidade Federal de Santa Catarina, através da Resolução nº 01/CCGD/CCJ/2014.

Florianópolis, 25 de Julho de 2022



Documento assinado digitalmente
Grazielly Alessandra Baggenstoss
Data: 25/07/2022 16:26:56-0300
CPF: 047.906.199-82
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof^a Dra. Grazielly Alessandra Baggenstoss
Professor Orientador



Documento assinado digitalmente
Wanda Helena Mendes Muniz Falcao
Data: 27/07/2022 13:30:20-0300
CPF: 088.797.584-46
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof^a Mestra Wanda Helena Mendes Muniz Falcão
Membro de Banca



Documento assinado digitalmente
BARBARA KLOPASS LOCKS DE GODOI
Data: 26/07/2022 10:45:38-0300
CPF: 080.558.879-50
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Bárbara KlopPASS Locks de Godoi
Membro de Banca



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências Jurídicas
COORDENADORIA DO CURSO DE DIREITO

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO INEDITISMO DO TCC E
ORIENTAÇÃO IDEOLÓGICA

Aluno(a): Ana Laura Araujo da Silva Sousa

RG: 6615434

CPF: 08575923943

Matrícula: 19293474

Título do TCC: “A violência obstétrica sob a perspectiva da mulher negra”

Orientador(a): Prof^ª Dra. Grazielly Alessandra Baggenstoss

Eu, Ana Laura Araujo da Silva Sousa, acima qualificado(a); venho, pelo presente termo, assumir integral responsabilidade pela originalidade e conteúdo ideológico apresentado no TCC de minha autoria, acima referido

Florianópolis, 25 de Julho de 2022.



Documento assinado digitalmente

Ana Laura Araujo da Silva Sousa

Data: 25/07/2022 16:16:48-0300

CPF: 085.759.239-43

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Ana Laura Araujo da Silva Sousa

Em seu ventre me gerou, da dor não reclamou. Das mulheres mais belas desta terra, doce e forte, posso considerar que sou uma filha de sorte. A ela, mulher da minha vida, minha mãe querida, Luciane Sousa, lhe dedico esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Nada do que fazemos é mérito exclusivamente nosso, direta ou indiretamente temos muitas pessoas na nossa caminhada que nos possibilitam ter êxito nos objetivos que traçamos e conquistamos, por este motivo utilizo do presente momento para agradecer algumas pessoas essenciais que tornaram possível viver o que estou vivendo hoje.

Inicialmente agradeço a Deus que me fortaleceu em todos os momentos e nunca me desamparou, sendo minha força, meu escudo, meu refúgio.

A minha professora orientadora, Doutora Grazielly Alessandra Bagentoss com seu brilhantismo e extenso conhecimento, que me oportunizou concluir esta monografia ampliando ainda mais minha bagagem acadêmica.

Agradeço a minha mãe, Luciane Sousa, meu maior exemplo de mulher, resistência e doçura. Acompanhei toda a sua trajetória acadêmica, e grande parte da sua vida profissional, sempre exercendo tudo com excelência mesmo diante das adversidades que a vida lhe impôs. Tão amorosa e compreensiva em todos os momentos da minha vida, me acolheu em todos os momentos difíceis, eu não seria metade do que sou se não fosse por você, e creio que o mundo seria um lugar melhor se existissem mais pessoas como você.

Meu pai, Rubens Sousa, o homem com mais sabedoria e discernimento que conheço no mundo. Suas histórias de vida carregadas de aventuras me fazem abrir os olhos para um mundo de possibilidades. Agradeço por ter me incentivar a concluir tudo o que eu me propusesse a fazer, estando ao meu lado mesmo se as coisas não dessem certo. Certamente sem você e a mãe como minhas bases não seria metade da mulher que sou.

A minha irmã, Julia Iasmin, você me inspira com sua dedicação em tudo o que faz, foi meu exemplo durante as madrugadas que passastes estudando desde o ensino médio, e vendo agora sua trajetória profissional onde você dá tudo de si para chegar alcançares teus sonhos. Vejo você se dedicando em tudo o que faz, se entregando de corpo e alma. Aprendo muito com você todos os dias.

Grizel Jolie, minha pequena irmã e com certeza a pessoa que mais faz meu coração transbordar de amor e alegria. Todos os dias seus abraços foram meu combustível e aconchego quando eu pensava que não aguentaria mais. A criança mais atenciosa, generosa, amorosa e inteligente que Deus proporcionou que fosse minha irmã. Sua coragem, capacidade de criar, e sua mente imaginativa, me tornam um ser humano melhor que está pronto para encarar os obstáculos que possam aparecer com bravura e criatividade.

Ao meu amor, meu porto seguro e meu melhor amigo, Pedro Henrique, me incentivou e encorajou quando eu pensei que não seria capaz, me ajudou a ter uma perspectiva otimista até diante da dificuldade. Obrigada por me mostrar todos os dias que sou amada e por estar sempre presente me ajudando a encontrar soluções quando não as vejo, você é um homem incrível e sou muito grata por você fazer parte da minha vida. Também a toda sua família, seus pais, irmã, e avós, por todo o carinho e amor que demonstram continuamente desde que entrei na família.

Minha amiga e irmã, Ana Karoline, com quem divido os melhores momentos, compartilhar a vida com você tem sido incrível, te agradeço pelas nossas exaustivas conversas e por todo o suporte que você me deu em todas as áreas da minha vida, amo a sua alegria e ela me contagia. Sei que essa conquista não é só minha, mas sua também, porque vibramos as vitórias uma da outra sempre.

A minha amiga Mônica Barco, um dos maiores presentes que a graduação me trouxe, você me seu muito na vida acadêmica, profissional e intelectual. Sempre tão competente, determinada, persistente, impulsionou e tornou momentos difíceis em risos que deixaram tudo mais leve. Obrigada por todas as oportunidades em que você se fez ponte para mim, muito do que sei hoje aprendi com você.

Enfim, agradeço a todas as demais pessoas, familiares, amigos, professores, escolas, a esta universidade, e outros, que fizeram e fazem parte da minha vida, colaborando mesmo que indiretamente para que eu pudesse concluir esse objetivo. Os ensinamentos que tive não foram só intelectuais, mas me tornei um ser humano muito melhor e com um senso crítico muito melhor mais aguçado a cada dia que passa.

Ser mãe não é uma profissão; não é nem mesmo um dever: é apenas um direito entre tantos outros.

Oriana Fallaci

RESUMO

A violência obstétrica tem se tornado um tema popular devido a sua forte e reiterada ocorrência, no entanto tem havido controvérsias sobre o uso do seu termo por alguns considerarem uma ofensa aos profissionais da saúde, especialmente obstetras e até mesmo um termo ideológico. Observa-se que as práticas consideradas como violência obstétrica, principalmente as mais dolorosas, são mais constantes em mulheres negras, devido a certas crenças, e, ao racismo institucionalizado que derivam da colonialidade e está enraizada até hoje. Diante deste cenário, e interesse pessoal da autora ao ouvir o relato de parto de mulheres de seu convívio social, o intuito da presente pesquisa busca contextualizar inicialmente o direito das mulheres negras e nuances sobre seus movimentos sociais de forma a compreender introdutoriamente a ligação entre raça e gênero, ou seja, as possíveis causas que levam mulheres negras a sofrer mais violência obstétrica que mulheres brancas. Além disso analisar a incidência da violência obstétrica e sua caracterização, verificar os impactos das leis existentes para resguardar as gestantes e o enfrentamento da violência no Brasil através da análise jurisprudencial sobre a reparação de danos nos casos cabíveis, em sequência a existência de políticas públicas do governo.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Direito das mulheres. Mulheres negras.

ABSTRACT

Obstetric violence has become a popular topic due to its strong and repeated occurrence, however there has been controversy over the use of its term because some consider it an offense to health professionals, especially obstetricians and even an ideological term. It is observed that the practices considered as obstetric violence, especially the most painful ones, are more constant in black women, due to certain beliefs, and, the institutionalized racism that derives from coloniality and is rooted until today. Given this scenario, and the author's personal interest in hearing the birth reports of women in her social environment, the purpose of this research seeks to contextualize initially the rights of black women and nuances about their social movements in order to understand the connection between race and gender, i.e., the possible causes that lead black women to suffer more obstetric violence than white women. In addition, analyze the incidence of obstetric violence and its characterization, verify the impacts of existing laws to protect pregnant women and the confrontation of violence in Brazil through jurisprudential analysis on the repair of damage in appropriate cases, following the existence of public policies of the government.

Keywords: Obstetric Violence. Women's Right. Afro-Brazilian Women.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 INTRODUÇÃO AO DIREITO DA MULHER NEGRA	13
2.1 A CONQUISTA PELOS DIREITOS DA MULHER SOB ÓTICA DO DIREITO INTERNACIONAL.....	17
2.2 CONSAGRAÇÃO DOS DIREITOS DA MULHER NO BRASIL	21
2.2.1 Da dignidade da pessoa humana	23
2.2.2 Da autonomia da vontade da paciente	25
3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	27
3.1 BREVE RELATO HISTÓRICO DO PARTO	30
3.2 MEDICALIZAÇÃO DO PARTO	32
3.2.1 Violência obstétrica como violência de gênero.....	34
3.2.2 Práticas discriminatórias e o racismo estrutural: Mulheres negras são mais propensas a sofrer violência obstétrica.....	35
3.3 AS CRENÇAS LIMITANTES NA HORA DO PARTO.....	39
3.3.1 Episiotomia e o “Ponto do marido do marido”.....	40
3.3.2 O hormônio artificial e amniotomia precoce	42
3.3.3 O “empurrãozinho” na Manobra de Kristeller	44
3.4 Impactos na vida da gestante.....	44
4 ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E POLÍTICAS PÚBLICAS	46
4.1 LEGISLAÇÕES EXISTENTES EM PAÍSES DA AMÉRICA LATINA EM COMPARATIVO COM O BRASIL.....	49
4.2 REPARAÇÃO DE DANOS	55
4.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO FORMA DE ERRADICAR A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL.....	60
5 CONCLUSÃO.....	64
6 REFERÊNCIAS.....	66

1 INTRODUÇÃO

Segundo a pesquisa divulgada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, 1 em cada 4 mulheres sofrem violência obstétrica; já a pesquisa “Nascer no Brasil” feita em 2011/2012, informa que aproximadamente 36% das gestantes são submetidas a atendimento inadequado, e que 45% das gestantes que tem atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) são vítimas de maus tratos, sendo que maior parte dessas mulheres com maior propensão a sofrer violência obstétrica são negras, pobres, jovens grávidas do primeiro filho submetidas a partos prolongados. O fato é que há poucas pesquisas que informem dados atualizados por ser uma violência pouco denunciada pois tornou-se habitual. De acordo com a mesma pesquisa, a mulheres que mais sofrem com a violência obstétrica são mulheres negras, jovens e pobres, onde as mulheres negras são submetidas a violências de maior sofrimento, como episiotomia sem anestesia, demora em atendimento, submissão a determinadas intervenções sem seu consentimento como é o caso da esterilização, e a tratamento vexatório. No presente estudo será dado enfoque para os tipos de violência obstétrica que mais ocorrem, sendo eles: a episiotomia; aplicação de ocitocina, a amniotomia e a manobra de Kristeller. Destarte, é necessário compreender quais as justificativas para a violência obstétrica combinada a discriminação racial que está culminada nas instituições hospitalares.

A gravidez, por si só, é uma condição que vulnerabiliza mulheres, que já são vulneráveis em decorrência das dinâmicas culturais, históricas, econômicas e sociais androcêntricas. Nesse sentido, o profissional da saúde e a entidade hospitalar que devem ser os maiores protetores do direito ao tratamento igualitário, a vida, e a dignidade da pessoa humana, devendo manter um ambiente acolhedor que dispõe de todas as informações necessárias que respeitem a decisão e a autonomia da mulher, podem ser causadores de um dos maiores traumas experimentados, ocasionando em danos que até mesmo podem ser considerados irreparáveis. Contudo, ainda, por conta do racismo estrutural¹, assim, mulheres negras e gestantes são mais violadas em seus direitos. Nesse contexto, a temática da violência obstétrica ainda é pouco abordada se levarmos

¹ Segundo Silvio de Almeida (2019), o racismo estrutural representa um conjunto de múltiplas dinâmicas que integram a organização econômica e política da sociedade, fornecendo “o sentido, a lógica e a tecnologia para a reprodução das formas de desigualdade e violência que moldam a vida social contemporânea”, cooptando relações interpessoais, dinâmica das instituições, manifestações intergeracionais das “entranhas políticas e econômicas da sociedade” (p. 15). O trabalho não aborda direta a categoria, mas a tem como base fundante das pesquisas e das autorias aqui utilizadas.

em conta o tamanho do problema, os últimos dados e pesquisas já não são atualizados a um bom tempo, justamente por não ser dada a devida importância que o assunto merece – ausências informativas que também podem ser resultado da discriminação contra mulheres.

No entanto, recentemente, os noticiários vêm denunciando que essa prática abusiva aparentemente tem se naturalizado cada vez mais. Por este motivo e pela relevância do tema, vê-se a necessidade da presente pesquisa, não só com o intuito de concluir a graduação, mas antes de mais nada, torna-se uma contribuição acadêmica com a missão de se solidarizar com as gestantes negras, ora amigas e familiares, até mesmo aquelas sem qualquer vínculo, mas que por vezes são silenciadas, violentadas, desacreditadas, em uma sociedade com uma visão ainda extremamente racista.

Sendo assim, se busca analisar os impactos de tal violência na vida da mulher negra, e como consequência informar e provocar a sociedade a pensar sobre violência obstétrica como uma violência de gênero que afronta diretamente a dignidade da pessoa humana, a autonomia, os direitos humanos além de demais princípios e garantias fundamentais que são basilares de todo o ordenamento jurídico, sempre visando uma sociedade justa e igualitária.

Para tanto, esta pesquisa parte do seguinte problema: a violência obstétrica de fato viola os direitos humanos, afronta a dignidade da pessoa humana e autonomia das mulheres negras? Assim, sua metodologia se estrutura como uma revisão bibliográfica narrativa, caracterizada pela seleção de pesquisas e autorias de acordo com a orientação de pesquisa e com conhecimento prévio sobre a temática. Como uma pesquisa qualitativa, foi dividida em três partes: a primeira, tem como objetivo trazer uma contextualização sobre direitos das mulheres negras e nuances sobre seus movimentos sociais; a segunda aborda a violência obstétrica em si; e a terceira parte refere-se aos impactos da gestação na vida das mulheres e políticas públicas relacionadas ao tema. No cenário da pesquisa, delimitam-se a relação da gestação às mulheres cisgêneras, não desconhecendo o fato de outros corpos com potencialidade de gestação, o que carece de aprofundamento em outras pesquisas.

2 INTRODUÇÃO AO DIREITO DA MULHER NEGRA

O presente capítulo visa analisar o histórico da conquista dos direitos das mulheres negras a partir do prisma geral internacional, especialmente através da Organização das Nações Unidas (ONU), estabelecida no período pós Segunda Guerra Mundial, visando resguardar os direitos humanos. Por conseguinte, chegando à perspectiva do direito da mulher através da Constituição Federal de 1988, contextualizando os direitos reprodutivos e sexuais da mulher para enfrentamento da violência obstétrica, visto que está teve a usurpação de seus direitos e garantias assim como indivíduo na sociedade. Deste modo, destaco dois importantes princípios que são salutares no embasamento jurídico frente a violência obstétrica: a Dignidade da Pessoa Humana e Autonomia.

Todavia, é necessário salientar que estudar a busca pelos direitos inerentes a mulher é complexa, devida a existência de vários contextos em que elas estão inseridas, compreendendo que a realidade de cada mulher é diferente, portanto, não seria adequado generalizar as mulheres já que a perspectiva de cada uma é relativa, a conquista por direitos é diferente, a exemplo disso sabe-se que em termos gerais as vivências de uma mulher branca pobre poderá ser completamente diferente de uma mulher negra, ainda que a classe social seja a mesma. O fato é que a carga histórica pesará mais para uma do que para a outra. Carneiro (2003) enfatiza a necessidade de politizar as desigualdades de gênero, afirmando que o feminismo revela as mulheres como sujeitos políticos que assumem diferentes olhares, estimulando a nossa percepção através da vivência por cada grupo em particular. Desta forma, ao tratar do grupo de mulheres indígenas e de mulheres negras, não se deve observar suas lutas apenas sob ótica do gênero em si, mas deve ser levado em conta as especificidades que caracterizam o ser mulher em ambos os casos.

Neste sentido, embora no próximo item intitulado “a conquista pelos direitos da mulher sob ótica do Direito Internacional” não seja possível delimitar estritamente os direitos inerentes a somente uma única classe de mulher, será introduzido brevemente a historicidade da relação do feminismo com o abolicionismo para compreensão da busca por direito das mulheres negras.

Dada a complexidade atual do contexto social da violação, qualquer tentativa de tratá-la como um fenômeno isolado é um limite a naufragar. Uma efetiva estratégia contra a violação deve ter em vista mais do que erradicar a violação – ou até o sexismo – por si só. A luta contra o racismo deve ser um tema contínuo do movimento anti-violação, que não deve defender apenas as mulheres de cor, mas as muitas vítimas da manipulação racista bem como da acusação de violação. (DAVIS, p. 143, 2013)

Garcia (2015), elucida em seu livro “Breve história do feminismo”, que o feminismo pode ser determinado como o momento em que a mulher recobra sua consciência como ser humano que foi vítima, e muitas vezes ainda é, de dominação e exploração pelo homem, devido a essência do patriarcado em seus diversos períodos históricos. Este momento vislumbrado como feminismo visa a busca pela a independência da mulher, podendo ser visto como uma filosofia política e movimento social que acarreta uma ética um modo de estar no mundo próprios. Portanto, existem diversos tipos de feminismo com pensamentos e ideologias diferentes, diferenciando-se de outras correntes políticas por ser constituído por várias mulheres em todo o mundo.

Neste sentido, Bairros (2008) faz crítica ao feminismo frente aos movimentos de mulheres negras.

Não há dúvidas que as mulheres do Movimento Feminista trazem uma contribuição importantíssima do ponto de vista de uma visão do mundo, feminina, mas também são essas mesmas mulheres formadas para desconhecer as desigualdades raciais, formadas para pensar o Brasil como uma democracia racial e aí, contraditoriamente, ainda que o Movimento Feminista consiga perceber em que nível a diferença de sexo é utilizada no sentido da produção das desigualdades, ele não consegue sacar a recriação constante dos mecanismos de discriminação racial das quais as feministas têm sido instrumento. (BAIROS, p.142, 2008)

É relatado por Garcia (2015) que no feminismo pré-moderno, se difundia a desigualdade intelectual entre homens e mulheres enquanto a função social de ambos. Portanto a mulher era considerada, por sua natureza, inferior ao homem, devendo-lhe obedecer e não podendo estar em encargos de poder, como defendiam os bispos e teólogos nas funções de sacerdócio. Neste sentido, A era do renascimento traz uma ideia de autonomia que não se estendia as mulheres, contudo abre-se brecha para algumas discussões das mulheres, entre elas os deveres dos sexos, algumas autoras consideram que este é momento é crucial para o início do feminismo, o período chamado “querele de femmes”.

O século XVII contribui, através do protestantismo, para o reconhecimento da mulher como seres possuidores de direitos. Alguns grupos religiosos considerados mais radicais foram criados, como os “quakers”, neste momento as mulheres começaram a ser vistas como seres detentores de capacidade intelectual, surgindo a possibilidade de se tornarem pregadoras. A criação de colônias contribuiu para que as mulheres aprendessem a ler e escrever, fazendo com que o analfabetismo diminuísse nos Estados Unidos. Entre os séculos XVII e XVIII que surgem as primeiras formulações radicais de ideia feminista, criando uma ampla discussão sobre o papel do homem e da mulher na sociedade, especialmente com a “Declaração dos Direitos das

mulheres e das Cidadãs” em 1791 por Olympe de Gouges, anunciando que a Revolução Francesa negou direitos políticos a elas, diferentemente do que pregavam os revolucionários com seus princípios de liberdade e igualdade. (GARCIA, 2015)

No século XIX surge o feminismo como movimento social na temática dos revolucionários franceses, onde as mulheres se uniram em torno de objetivos além dos seus específicos, envolvendo em suas temáticas a luta por liberdades de pensamento, a liberdade de associação, abolição da escravidão, prostituição e paz. Nos Estados Unidos, as feministas Lucretia Mott e Elizabeth Stanton se destacam, aquela como fundadora da sociedade feminina contra a escravização e esta como sua discípula. Em 1866 a luta organizada das mulheres sufragistas nos Estados Unidos tentavam conquistar seus direitos através de emenda constitucional, contudo, sem sucesso pois foi concedido o direito ao voto aos escravos, libertos e homens, reforçando a cultura de que mulheres eram inferiores. (GARCIA, 2015)

Observa-se então que nasce a relação do feminismo com as causas abolicionistas, entretanto, diante deste histórico, é notório que as feministas brancas, de classe média, geralmente, mesmo com todo o empenho de esforços não tinham seus direitos reconhecidos, tampouco as mulheres negras no período escravagista, que além de objetificadas, e hostilizadas, não eram reconhecidas nem como seres humanos.

Alguns nomes são destacados por Garcia (2015) na luta pelo sufrágio, todavia com relação a mulher negra ela sinaliza Sojourner Thuth, esta relatou a problemática e a dificuldade das mulheres negra na busca de seus direitos por razão não só de seu gênero, mas também de sua cor:

[...] é um grande exemplo das diversas vozes de diferentes mulheres que foram se unindo ao sufragismo. Sojourner honrou seu nome – literalmente “verdade viajante” - e pregou onde pôde algumas ideias que questionavam ainda mais os discursos que justificavam a exclusão das mulheres. Ela era uma escrava liberta do estado de Nova York. Não sabia ler nem escrever, uma vez que a alfabetização era proibida – sob pena de morte – para os escravos, mas foi a primeira negra que conseguiu assistir à Primeira Convenção Nacional dos Direitos das Mulheres em 1850. No ano seguinte, pronunciou um discurso da Convenção de Akron e nele enfocou os problemas específicos das mulheres negras, asfixiadas em duas exclusões: a raça e o gênero. (GARCIA, p. 59, 2015)

Davis (2013) faz crítica ao movimento feminista sufragista, afirmando que estes movimentos não estavam engajados com a causa negra, nem se quer com a causa específica das mulheres negras que eram completamente excluídas dessas organizações, portanto não tinham suas reivindicações observadas. Isso corroborou para uma divisão nos movimentos feministas.

Marry Ferreira (2020), ao lembrar a 19ª Emenda nos Estados Unidos que concedeu o direito ao voto feminino, traz a problemática da mulher negra:

A emenda proibia os estados de negar às mulheres o direito de voto com base no sexo. No entanto, a maioria das mulheres negras esperou quase cinco décadas mais para realmente exercer esse direito.

Ao observarmos a história de avanços duramente conquistados em direção à igualdade de gênero e raça nos Estados Unidos, também nos lembramos de que, no Brasil, mulheres negras movem a democracia com seus séculos de luta organizada. No caso dos EUA, mesmo depois da 19ª Emenda, as mulheres afro-estadunidenses permaneceram privadas de direitos devido a outros mecanismos que limitavam o voto de pessoas negras. (REVISTA AFIRMATIVA, 2020)

Ao entrar na perspectiva dos direitos humanos, Pires (2018) aduz que a construção normativa teórica e jurisprudencial se dá a partir das vivências da “zona do ser”, ou seja, a perspectiva de homens, brancos considerado cis, cristão, que tem posses e são fisicamente sem imperfeições, portanto não é possível tornar essa realidade um padrão aplicável a todos os processos de violência, pois ela não abrange os demais seres, sendo necessário um reposicionamento que inclua a “zona do não ser”, ou seja, todos aqueles que não se enquadram na “zona do ser”:

A normalização da zona do ser como representativa do pleno, autônomo e centrado gera processos de violência que estruturam e condicionam a própria percepção sobre o que pode ser entendido como violência. A violência como modelo normalizado de resolução de conflitos na zona do não ser é subdimensionada em categorias como inefetividade ou violação de direitos, que reproduzem a proteção ilusória que o colonialismo jurídico oferece a corpos e experiências não brancas. (PIRES, p. 66, 2018)

A interseccionalidade é um importante conceito a ser considerado neste caso onde inicialmente é tido como a relação entre raça, sexo e classe, sendo desenvolvida ao longo do tempo em diversos países como uma categoria que aborda esses temas de forma a contribuir para compreender as experiências e complexidades vividas por determinados grupos. (HIRATA, 2014)

O conceito geral de discriminação interseccional aponta para a interação entre duas ou mais categorias, que não devem ser decompostas na análise sobre as múltiplas formas de violência contra as mulheres. Apesar disso, em países racializados como o Brasil, a categoria raça deve assumir singular relevância na análise que, ao interagir com outros marcadores sociais, permite a melhor compreensão sobre tal fenômeno e sobre as formas de acesso ou de violação de direitos das mulheres negras, pobres e periféricas. (CATOIA, et al. 2020. p, 4)

É possível verificar, portanto, que os movimentos de mulheres levaram muito tempo para considerar as mazelas da mulher negra, visto que estes grupos eram liderados por predominantemente mulheres brancas. Sendo assim, é inegável que, embora a inserção do

abolicionismo na pauta de movimentos femininos fosse por pura politicagem, houve contribuição para o início do movimento de mulheres negras por seus direitos, que vão para além de questões relacionadas ao gênero, questões derivadas do racismo, resultado de um regime escravagista, e que perdura até os dias atuais.

2.1 A CONQUISTA PELOS DIREITOS DA MULHER SOB ÓTICA DO DIREITO INTERNACIONAL

Não é atual os estudos sobre os direitos inerentes as mulheres, sobretudo as lutas por estas para obter reconhecimento em direitos igualitários ou equânimes aos dos homens. Dentre essas lutas podemos destacar a participação ativa como cidadã na sociedade conquistando não só seu direito ao voto, mas também de serem eleitas, bem como a busca por oportunidades frente ao mercado de trabalho em atividades consideradas masculinas, a compatibilidade de salário, direitos reprodutivos e outros.

Por muito tempo, o sexo feminino foi taxado como o sexo frágil por conta da fisiologia da mulher. A sua qualidade estava na capacidade reprodutiva, e, portanto, esta qualidade deveria ser preservada. Ao ter os filhos, a mãe detinha toda a responsabilidade sobre as tarefas domésticas, o que incluía a obrigação “biológico-moral” sobre seus filhos, ou seja, a de criar e educar. Sendo assim, a mulher só seria uma mulher honrada quando se tornara mãe. (FOUCAULT, 1988)

Segundo Bobbio (2004), a vida do homem na sociedade foi vista como mais valorosa do que a da mulher durante muito tempo. Essa valoração se dava geralmente pela conquista por territórios, a defesa de novos posicionamentos políticos e da sociedade. Esses fatos estavam quase sempre vinculados a grandes guerras, e os homens eram quem estavam na linha de frente deste combate, ou seja, a relevância do ser humano dependia do fato histórico que se estava vivendo.

A era do Brasil colônia, ficou marcada, as mulheres indígenas desempenhavam diferentes papéis, como escravas de seus maridos, outras eram companheiras, e até mesmo tinham aquelas que desempenhavam o papel de chefia. Essas mulheres quando iam parir tinham amparo somente naquele momento, mas após o parto retornavam as suas tarefas com mais uma responsabilidade que era exclusivamente sua, e a de cuidar dos seus filhos. Neste período, os jesuítas chegaram com objetivo de civilizar os povos nativo através da força, desta forma

reforçaram ainda mais a violência, impondo ao homem indígena e negro o trabalho escravo, e a mulher serviria como empregada doméstica ou concubina. (TELES, 1999).

Assim, os direitos humanos não existem por natureza, neste sentido Bobbio (2004), no seu estudo sobre “A Era dos Direitos”, compreende que os direitos, num contexto geral, não nasceram prontos, como entendem os jusnaturalistas, ou já configurados como nós conhecemos, mas são a edificação de vários fatos sociais que ocorreram e ocorrem com o passar do tempo e a transformação da sociedade. Sendo, portanto, a consequência do empenho histórico.

A conquista pelos direitos especificamente da mulher não é linear, de fato a Constituição Federal de 1988 é um marco que positivou a igualdade de gênero no Estado brasileiro, diversas lutas foram empenhadas no decorrer da história para que chegássemos até este momento, nos dizeres de Malard (2021, p.123):

Muito antes, vinham as mulheres brasileiras alcançando paulatinas vitórias em suas incansáveis batalhas, não sendo demais afirmar que, se não fora a sua incansável dedicação e luta à Constituinte de 1987, boa parte da proteção social e da valorização da família não teriam sido constitucionalizadas.

Porém, anterior a promulgação da Constituição Federal de 1988, deve-se iniciar os estudos na perspectiva dos Direitos Humanos. Um dos maiores instrumentos mundiais criado em termos de direito, foi a chamada Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), que foi adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948. Barreto (2019) afirma que a importância da declaração foi de principalmente estender a proteção de direitos a todos os seres humanos, sem qualquer tipo de discriminação ou distinção entre eles.

As lutas femininas em defesa dos direitos da mulher no plano internacional obtiveram expressivo apoio da Organização das Nações Unidas, que proclamou o ano de 1975 como o Ano Internacional da Mulher, declarando, ademais, o período compreendido entre os anos de 1976 a 1985, como a Década da Mulher. A partir de então, as mulheres se dedicaram ao trabalho de intensa luta pelo reconhecimento de seus direitos mundo afora, [...] (MALARD, 2021, p.125)

Segundo Piovesan (2012) o marco para os direitos humanos como conhecemos hoje ocorreu com as barbáries da Segunda Guerra Mundial, onde o valor da vida humana se perdeu e diversas atrocidades foram cometidas. Assim, surge a necessidade de reconstruir os direitos humanos.

Barreto (2019), aduz que diante do cenário pós guerra, a conjuntura internacional ficou dividida entre os Estados Unidos e a União Soviética, os países concordavam em relação aos direitos políticos e civil, chamados de primeira geração, mas discordavam dos direitos de

segunda geração que englobavam o direito social, cultural e econômico. Todavia, apesar deste empasse, a Declaração proferiu tanto os direitos de primeira geração como os de segunda, reconhecendo que ambos estão em igualdade hierárquica.

A partir da Declaração, foi firmado pela Comissão de Direito Humanos o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) em 19 de dezembro de 1966. Este pacto ficou dividido em cinco partes, dentre os direitos resguardados, vislumbrou a igualdade entre homens e mulheres, e algumas garantias a proteção da família, que a época era considerada essencial, assim, previa a proteção de mães no período pré e pós parto garantindo-lhes licença maternidade e algumas vantagens pecuniárias. (RAMOS, 2014)

Entretanto, embora o PIDESC previsse uma certa igualdade, segundo Piovesan (2012), este pacto não era suficiente para tratar da individualidade de cada sujeito, dependendo da sua condição social, que é o caso da mulher. Desta necessidade surgiu a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW) em 1979. Portanto, “É o primeiro tratado internacional que delimita os direitos da mulher como direitos humanos, se propondo a buscar ações afirmativas na consolidação da igualdade entre os sexos, bem como repreender as discriminações relativas ao gênero.” (JUNQUEIRA, ANDREUCCI, 2021, p. 44)

Somente em 1981 o Brasil acatou a Convenção, fazendo algumas ressalvas a determinados artigos, contudo, em 1994 essas ressalvas foram retiradas, promulgando novamente a Convenção através do Decreto 4.377 de 2002. Para além da busca da igualdade, a convenção busca prever diligências em forma de medidas afirmativas que devem ser tomadas pelo Estado a fim de alcançar a igualdade. Essas medidas visam, de alguma forma, reparar os diversos infortúnios históricos que acarretaram tamanha discriminação. A exemplo disso temos a lei 9.100/95 que estipula o mínimo 20% das vagas dos partidos políticos, a serem preenchidos por mulheres. (BARRETO, 2019, PIOVESAN 2012). A convenção ainda traz em seu texto o significado da expressão “discriminação contra a mulher”:

Para os fins da presente Convenção, a expressão "discriminação contra a mulher" significará toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo. (BRASIL, 2002, Art. 1)

Outras importantes contribuições internacionais estão na esfera trabalhista, a partir da Organização Internacional do Trabalho (OIT), na Conferência de Washington em 1919. Dentre os projetos destacam-se a “Convenção relativa ao emprego das mulheres antes e depois do parto” – atualmente denominada convenção nº 103 da OIT relativa ao amparo à maternidade (revista em 1952) -, e “Convenção relativo ao trabalho noturno das mulheres” sendo somente aderida pelo Brasil em 1935, através do Decreto nº 423/35. Este por sua vez foi revogado pelo Decreto nº 10.088/19 que está em vigência. (BRASIL, 2019)

Em meados de 1994, ocorreu o importante evento denominado Conferência de Cairo onde ficou estabelecido que os direitos sexuais e reprodutivos são parte integrante dos direitos humanos, ou seja, cabendo ao casal ou ao sujeito a deliberação sobre ter filhos ou não, devendo por tanto ser livre de qualquer tipo de discriminação, atos coercitivos ou agressões. (MARQUES, 2020)

Embora seja possível notar o sucesso dos direitos humanos em algumas searas, Pires (2017) é contundente em sua crítica ao modelo que adota o homem branco como o sujeito que promove esses direitos, classificando como perverso devido a sua categorização racial que deriva, além de circunstâncias econômicas, sociais, políticas e culturais, da normalização da hierarquia, e do não reconhecimento do sistema de privilégios que ele engloba, consequentemente nega a existência de uma supremacia branca, de certa forma. Portanto, acaba isentando de responsabilidade aqueles que se beneficiam do privilégio de ser o “modelo”.

Assim, Pires (2017) acredita no oferecimento de novas possibilidades para redefinir dos direitos humanos. Onde deve ser tomado por base a noção de liberdade consubstanciando das experiências de resistências dos africanos e latinos, é necessário oferecer conteúdo a etnicidade e ultrapasse as políticas liberais, assim é possível oferecer respostas alternativas a problemas como: política de drogas, violência contra a mulher, maternidade no cárcere e outros. Ainda, “a análise estrutural do racismo e do sexismo informa de maneira alternativa as discussões do direito à saúde, tal como vem sendo mobilizada pelo movimento de mulheres negras.” (WERNECK, apud PIRES, 2017, p.10).

Essas avaliações vêm promovendo o engajamento das mulheres negras nas lutas gerais dos movimentos populares e nas empreendidas pelos Movimentos Negros e Movimentos de Mulheres nos planos nacional e internacional, buscando assegurar neles a agenda específica das mulheres negras. Tal processo vem resultando, desde meados da década de 1980, na criação de diversas organizações de mulheres negras que hoje se espalham em nível nacional; de fóruns específicos de discussões programáticas e instâncias nacionais organizativas das mulheres negras no país a partir dos quais os temas fundamentais da agenda feminista são perscrutados pelas

mulheres negras à luz do efeito do racismo e da discriminação racial. (CARNEIRO, 2003)

Ocorrendo o mesmo com relação ao direito à educação. Historicamente mostra-se a luta negra contra o racismo e o sexismo, como capazes de influenciar, transformando modelos de educação que são livres de estigmas, diferenciando dos processos de normalização, disciplina e manutenção dos privilégios consolidados pelas instituições escolares. Nessa esfera ainda, é possível vislumbrar a presença predominantemente feminina e negra nas centenárias batalhas por moradia no Brasil, que oferece também conteúdos riquíssimos e muito mais amplos para esse direito, portanto, é capaz de abordar a noção de propriedade, além da dimensão liberal-capitalista estabelecida. (PIRES, 2017)

A luta antirracismo pressupõe o combate das estruturas que sustentam o legado colonial escravista, incrustado em um modelo de modernidade que além de racista é sexista, cis/ heteronormativo e capitalista. Enquanto vigorar o modelo de produção e apropriação de corpos construído sob a lógica da desumanização e do descarte de seres humanos, formas de hierarquização de pessoas continuarão a ser (ré) produzidas e naturalizadas. Contra tudo isso, renovam-se as apostas na política, no direito construído a partir da zona do não ser e na convivência intercultural para a construção de uma realidade livre e concretamente democrática. (PIRES, 2018, p.74)

2.2 CONSAGRAÇÃO DOS DIREITOS DA MULHER NO BRASIL

Muito se fala sobre a importância da Constituição Federal de 1988 como lei primordial no reconhecimento de direitos e garantias fundamentais, principalmente por ser a primeira lei brasileira a reconhecer a igualdade entre homens e mulheres em seu Art. 5º inciso I, de fato deve ser reconhecida com tal relevância, entretanto, segundo Teles (1999) foi criado em 1985 o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNMD) , um importante instrumento para reivindicar as questões da mulher de forma que elas pudessem ficar a par do trabalho dos constituintes na criação de leis.

De acordo com Monteiro (2018), em 1986, 166 mulheres se candidataram para a Câmara dos Deputados, mas apenas 26 foram eleitas, aumentando a representação de mulheres no parlamento de 1,9 5,3%. No ano seguinte a presidente do CNDM entregou a “Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes” a Ulysses Guimarães, presidente da Assembleia Nacional Constituinte. Com base neste momento alianças suprapartidárias foram criadas, e criou-se um movimento denominado “Lobby do Batom” que visava:

Das metas propostas pelo Lobby do Batom, destacam-se a licença-maternidade de 120 dias, o direito à posse da terra ao homem e à mulher, igualdade de direitos e de salários entre homem e mulher e formas para combate da violência doméstica. Além de

temáticas vinculadas diretamente ao direito das mulheres, defendia- -se também temas da Ordem Social, [...] (BAGGENSTOSS, 2021, p. 884)

Deste modo, Rocha (2018) afirma que foi a pressão dos movimentos femininos, que garantiu a igualdade entre homens e mulheres, especialmente no seio familiar. Em 1988 com a Constituição Federal, apelidada popularmente de “Constituição Cidadã” é ampliado os direitos e garantias fundamentais do cidadão, sendo promulgada no governo de José Sarney e que está em vigor. Dentro de seu texto estabelece diversos princípios fundamentais, contudo nosso enfoque é principalmente nos seguintes:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

III - a dignidade da pessoa humana;

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Art. 4º A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios:

II - prevalência dos direitos humanos; [...] (BRASIL, 1988) (grifo meu)

Já o primeiro reconhecimento de direito e garantia da mulher especificamente, está verificado no Título II intitulado de “Dos Direitos e Garantias Fundamentais, Art. 5º, inciso I:

Art. 5º **Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza**, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I – homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição; [...] (BRASIL, 1988) (grifo meu)

O título II acima mencionado que trata dos direitos e garantias fundamentais está dividido em cinco capítulos a saber: direitos e deveres individuais e coletivos, os direitos chamados sociais, direito relacionado a nacionalidade, os direitos políticos e os pertinentes aos partidos políticos, e são classificados pelos doutrinadores em quatro gerações, ou seja, pela ordem dos acontecimentos, ora conquista dos direitos. É importante frisar que os direitos fundamentais não estão limitados a este título, mas podem ser encontrados ao longo da constituição. (SILVA; GIMENES, 2021)

Segundo Moraes (2003), o rol de direitos sociais está previsto no Art. 6º sendo eles: a educação, o trabalho, a alimentação, transporte, moradia, lazer, previdência social, assistência

aos desamparados e, finalmente, a saúde e a proteção a maternidade, com enfoque a estes dois últimos que são imprescindíveis para a presente pesquisa. Neste sentido:

Como o direito à saúde integra o rol de direitos sociais inseridos no art. 6º, trata-se de um direito fundamental social, definido pela organização mundial da saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Note-se, portanto, que o conceito de saúde está intimamente relacionado ao de uma vida digna, isto é, ao princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III da CF/88). Integra, destarte, o núcleo básico do denominado mínimo existencial. (MASSON, 2016, p. 322)

No contexto da saúde, a luta era pela proteção integral à saúde da mulher durante todos os estágios da sua vida, levantando a temática sobre a liberdade na escolha da maternidade, garantia de pré-natal, ao parto e pós parto. Outro importante levantamento era relacionado a preservação do aleitamento materno e a interrupção da gravidez. Essas reivindicações deveriam ser tolhidas pelo Estado, de forma que este fornecesse métodos contraceptivos gratuitos, viabilizasse a educação sexual, bem como proibisse instituições públicas ou privadas de executar o controle de natalidade compulsório. Assim, mesmo que as leis dispostas sobre os direitos reprodutivos da mulher estejam esparsas, é inegável que a Constituição de 1988 tornou tais direitos incontestáveis. (MAIA, 2021)

2.2.1 Da Dignidade da Pessoa Humana

A história da humanidade é marcada pela sua forma de organização e, portanto, estabelece o convívio em sociedade. Assim, com o fim de assegurar a organização e a pacificidade dos indivíduos, foi necessárias a criação de regras por um ente controlador, ou seja, o Estado. Diante disso, surgem valores fundamentais, ou como dito anteriormente, direitos e garantias fundamentais. A Dignidade da Pessoa Humana, chamado também de princípio-matriz, é um desses valores, todos os demais direitos e garantias fundamentais provém dele (LENZA, 2020)

Ao elencar a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos do Estado brasileiro, a Constituição está indicando que a dignidade é o parâmetro orientador de todas as condutas estatais, o que implica romper com um modelo patrimonialista de ordem jurídica. (BARRETO, 2019, p.64)

O princípio da dignidade da pessoa humana não se origina na constituição brasileira, ele deriva de outros acontecimentos históricos, especificamente sendo firmado em declarações e

tratos internacionais que precedem a Constituição Federal de 1988. Este importante princípio pode ser encontrado também de forma expressa na Constituição da Itália de 1947; na Lei Fundamental da Alemanha de 1949; na Constituição da República Portuguesa de 1946; na Constituição de 1831 revisada em 199, entre outros países. (GONDINHO, 2011).

A Constituição de 1988 é a primeira a estabelecer um título específico designado aos princípios fundamentais, podendo ser verificado, conforme visto anteriormente, logo no início da lei, tornando-se evidente que os princípios fundamentais assim como diz o nome, são essenciais e norteiam toda a norma jurídica. (SARLET, 2011)

Pode compreender o princípio da dignidade da pessoa humana como um componente ético-jurídico inafastável ao qual se subordina todo o direito e é estreme de dúvida que, também no âmbito do Direito Civil, impõe-se uma releitura dos institutos com vista a preservar e promover a dignidade da pessoa humana. As relações entre particulares – inclusive, e sobretudo, naquilo que se refere a exercício de atividade de natureza econômica – subordinam-se ao pressuposto que é o respeito à pessoa de outro, tomando como sujeito concreto, dotado de dignidade. (FACHIN; RUZYK, 2011, p. 308)

De acordo com Sarlet (2011) a dignidade da pessoa humana constitui uma qualidade que não pode ser renunciada, visto que está é integrada é condicionada a pessoa humana, devendo ser resguardada, admitida e sobretudo respeitada. Desta forma, embora a dignidade da pessoa humana possa ser violada, a mesma não pode ser retirada por ser um valor intrínseco ao ser humano. Ainda, reafirma o duplo caráter da dignidade da pessoa humana que incorpora a autonomia da pessoa de tomar decisões sobre si mesmo. Deste modo, é salutar que o Estado resguarde a dignidade da pessoa humana quando ausente a possibilidade de autodeterminação do indivíduo, principalmente no âmbito da biomedicina e da bioética.

No plano jurídico-político, a dignidade consiste em um juízo axiológico inerente à pessoa, manifestada pela autodeterminação de si, pelas condições necessárias para a sua manifestação existencial e, também, pela pretensão de respeitabilidade por parte das demais pessoas. Assim, configura um mínimo nuclear jurídico que o Direito assegurar. (BAGGENSTOSS, 2018, p. 67)

Ressalta-se que no âmbito dos direitos fundamentais, incluindo a dignidade da pessoa humana, é um direito indisponível, não podendo o homem abdicar deles visto que o mesmo não deixa de ser digno. São valores intrínsecos a própria vida. (MATIAS, 2020)

[...] a dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente

excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais. Mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos. O direito à vida privada, à intimidade, à honra, à imagem, dentre outros, aparece como consequência da consagração da dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil. [...] (MORAES, p. 48, 2011)

Ainda, na seara do princípio mencionado, o mesmo é pressuposto para o marco de instauração de algumas comissões bioéticas que estão ligadas a questões da área da medicina, como o uso da imagem em publicações científicas, a entrega de prontuários médicos, a revelação de alguns tipos de diagnósticos especialmente o de pedofilia, entre outros problemas que necessitam de parecer nestas comissões. (COHEN et al, 2020)

No que tange a violência obstétrica, a mesma por ser considerada uma violência de gênero, como veremos adiante, pois são preponderantemente mulheres passam pelo ciclo gestacional, vislumbra-se que esta fere diretamente um direito fundamental garantido na constituição federal brasileira, ou seja, o princípio da dignidade da pessoa humana, e consequentemente o direito a saúde da mulher (MARQUES, 2020).

Na esfera Civil, o código brasileiro prevê os direitos da personalidade, ou seja, os irrenunciáveis e intransmissíveis, como intrínsecos as pessoas humanas, próprio de cada sistema social, nesta seara, este valor essencial inicia-se pelo próprio corpo, daquilo que pode ser sentido, pensado, percebido, portanto, pode ser defendido o direito de dispor do próprio corpo, desde que não viole a integridade física ou ir de encontro com as regras de conduta que visam o bem comum conduzido pela moral. Portanto, os direitos de personalidade são atributos essenciais a constituição humana. (BAGGENSTOSS, 2018)

Neste sentido, torna-se imprescindível para a presente pesquisa no âmbito da violência obstétrica, trazer o sentido de autonomia da vontade dentro da bioética, demonstrando a importância de resguardar o direito da autonomia quando o indivíduo está em plenas faculdades mentais, sendo tratado então no próximo item.

2.2.2 Da autonomia da vontade da paciente

A palavra autonomia deriva do grego, onde o *auto* significa próprio, e *nomos* é regra, sendo assim a autonomia é capacidade de autodeterminação da pessoa decidir sobre si mesmo, poder realizar suas escolhas. A autonomia esta intrinsicamente ligada a liberdade, portanto para se garantir a autonomia é necessário que haja liberdade de pensamento, livre de ameaças. Torna-

se, portanto, a autonomia, uma liberdade moral que deve ser reconhecida e respeitada por todos. É importante frisar que seu significado não é algo concreto, devido seus variados significados entre os indivíduos. (MIGUEL; DOTTA, 2017)

Dantas (2021) explica que no Brasil, todas as instituições relacionadas a saúde e que prestam serviços médicos estão condicionadas ao Código de Ética Médica. Neste sentido, é indicado pelo código que sua dedicação deve ser voltada totalmente para a saúde do indivíduo, sendo assim é o paciente que tem prioridade na relação. (COLTRI apud DANTAS, 2021). Até mesmo a declaração Universal sobre a bioética e Direitos Humanos prevê que a dignidade da pessoa humana e as garantias fundamentais devem ser respeitadas, contudo, predomina o interesse do indivíduo até mesmo sobre o interesse do médico. Quatro princípios são basilares na bioética, sendo eles: justiça, autonomia, não-maleficência e beneficência, sendo assim ética e ciência devem andar em harmonia, pois é através da bioética que se recobra a humanidade na saúde. (DANTAS, 2021)

Segundo Barboza (2011), boa parte da doutrina leciona que princípio da autonomia da vontade é uma construção que deriva especialmente do contrato romano, de forma que apenas a vontade das partes não era suficiente para criar vínculo. Afirma ele que para os revolucionários, a pessoa livre teria autonomia para firmar contrato, no caso de transferência da posse da propriedade bastava a possibilidade que este teria de se autodeterminar. Aduz ainda, que embora o conceito esteja em grande parte atrelado ao negócio jurídico, a autonomia da vontade está fortemente ligada ao conceito de liberdade, pois a partir do momento que o homem é admitido como ser dotado de dignidade e liberdade, a concepção da autonomia é estendida até mesmo em relação ao ser humano e seu corpo tendo duplo caráter. O primeiro envolvendo a disposição do próprio corpo, e o segundo concernente a intervenção de uma pessoa sobre o corpo de outrem.

Devido ao controle social é impossível dizer que exista uma autonomia pura, desvinculada de alguma ameaça interna ou externa. A autonomia não se confunde com individualismo, porque o indivíduo vive em sociedade e a autonomia é uma ética humana que ajuda na harmonia dos interesses sociais e individuais. Todavia, quando o indivíduo exerce a sua razão de forma autônoma, passa a construir diversas personalidades. A partir disso é possível dizer que a autonomia é o fundamento da dignidade humana, é através dela que o ser humano se torna distinto e, isso não deve ser limitado e nem motivo para substituir a livre escolha. (SANTOS apud MIGUEL; DOTTA, 2017, p.55)

No caso da presente pesquisa, conforme observado por Dantas (2021) quando falamos de violência obstétrica, entende-se que o médico exerce uma importante função social, tendo

como dever o respeito e a autonomia do paciente diariamente. Desta forma, qualquer ato que fortaleça e reverbere comportamentos desrespeitosos vai contra a própria missão da medicina. Ou seja, na tomada de decisão de qualquer procedimento invasivo ou não, sendo ele necessário ou não, o paciente deve estar ciente, e além disso deve expressar se concorda ou não. Portanto, os princípios da autonomia e da autodeterminação prevalecem a decisão médica na maioria dos casos.

[...] pode-se afirmar que os princípios da autonomia e da autodeterminação da paciente são constantes no corpo de normas deontológicas que rege a Medicina no Brasil. Assim, em respeito a esses mandamentos, as pessoas capazes para decidir devem ser respeitadas quanto as opções relativas ao seu corpo e a sua vida. Também em atendimento a esses mandamentos, todos e qualquer ato médico – exceto nos casos de urgência manifesta – devem ser consentidos pela paciente. (DANTAS, p. 368, 2021)

Neste sentido, vislumbra-se no Código de Ética Médica, resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009, que, embora os códigos de forma geral não eliminem completamente os possíveis erros que venham a ocorrer, eles visam oferecer ao profissional e ao paciente, princípios éticos que permeiam a relação entre ambos, sendo eles alguns destes princípios os seguintes: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, dignidade, veracidade e honestidade. (DANTAS, 2021)

3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência contra a mulher é perpetrada de diversas formas, seja a violência doméstica, ocasionada geralmente no ambiente familiar, ou o feminicídio que é o homicídio contra a mulher pelo fato de seu gênero. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, “Convenção de Belém do Pará” em 9 de junho de 1994, definiu que a violência contra a mulher se dá:

Artigo 1

Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.

Artigo 2

Entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica:

- a) ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual;
- b) ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e

c) perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra. (BRASIL, 1996)

Dantas (2021), alega que a mídia tem evidenciado nos últimos anos um problema, até então silencioso, que ocorre continuamente no mundo e no Brasil, tanto em instituições hospitalares públicas quanto nas privadas. Este problema é denominado como Violência Obstétrica (VO), ou seja, a violência praticada contra a parturiente, podendo ser difícil de ser identificado pela vítima.

Os dois séculos antecessores trouxeram consigo um deslocamento do conhecimento sobre o corpo feminino das mãos do tradicional saber popular da parteira para as mãos de um corpo profissional médico-obstétrico, o que resultou, inevitavelmente, no desenvolvimento de uma prática especializada e intervencionista. Esta mudança tanto do ambiente como dos personagens do momento do nascimento transformou drasticamente o que antes era um ritual familiar e privativo em um evento institucional, artificial, despersonalizante, solitário e ameaçador às mulheres dos tempos “modernos”. Para adequar-se ao novo modelo de assistência, as mulheres despiram-se e entregaram-se ao discurso masculino da medicina hospitalar. Às violências cometidas dentro do hospital se convencionou chamarem de violências institucionais. (WITTE, 2019, p.292)

A luta pela reivindicação da proteção aos direitos reprodutivos da mulher, está intrinsicamente ligado ao direito a saúde. Dentre algumas conquistas podemos destacar a distribuição de anticoncepcionais e preservativos na rede pública, o oferecimento gratuito de laqueadura no Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda, alguns estudos relatam que aproximadamente 80% dos partos no Brasil, ocorrem em unidades de saúde públicas. Outra grande revolução na garantia dos direitos reprodutivos é que o SUS passou a oferecer gratuitamente também tratamentos para reprodução assistida, previsto na Portaria do Ministério da Saúde de 2005 e do SUS. Contudo, embora tenhamos grandes avanços nesta esfera, há o alarmante e crescente casos de partos cirúrgicos e nascimentos prematuros, Vislumbra-se que aproximadamente 55% dos partos no Brasil são cesárea, sendo contrária as recomendações das OMS, onde apenas 15% desses casos seriam necessários. (MAIA, 2021)

De acordo com Macedo (2018) a violência obstétrica é caracterizada por qualquer prática desrespeitosa contra a mulher, seja ela física, psicológica, ou até mesmo emocional, podendo acontecer antes, durante ou após o parto. Dentre essas práticas destaca-se a agressão verbal, a negligência ao atendimento, negar direitos ou a privacidade, o atendimento sem dignidade em casos de aborto, a indução ao parto cesárea desnecessariamente ou a realização de qualquer procedimento sem o conhecimento e consentimento da mulher, principalmente os

desnecessários ou que se mostrem em desacordo com as recomendações da OMS, e até mesmo o impedimento do primeiro contato da mãe com o bebê.

A violência, muitas vezes vista como um fenômeno comum pela sociedade, tem se proliferado nas mais diversas vertentes da vida social. No âmbito da saúde, especificamente na área da obstetrícia, os questionamentos inerentes aos procedimentos durante a gestação da mulher, quando estes são desrespeitosos e até mesmo violentos, deram origem ao termo violência obstétrica. (BRITO, OLIVEIRA, COSTA, 2020, p.124)

Recentemente foi noticiado a polêmica referente ao uso do termo violência obstétrica, o Ministério da Saúde, através de despacho no Processo nº 25000.063808/2019-47, se manifestou contrário ao uso da expressão, sugerindo a abolição do mesmo. Os membros da comunidade médica também alegaram que se sentem insultados, defendendo que a autonomia da mulher deve ter limitação, principalmente quando essa autonomia possa colocar a mãe ou o bebê em risco. Contudo a OMS (Organização Mundial da Saúde) e define como apropriação do corpo da mulher conforme já demonstrado anteriormente. (CERDEIRA, 2019)

[...] 4. **O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério.**

5. O Ministério da Saúde pauta todas suas recomendações pela melhor evidencia científica disponível, guiadas pelos princípios legais, pelos princípios éticos fundamentais, pela humanização do cuidado e pelos princípios conceituais e organizacionais do Sistema Único da Saúde.

6. Neste sentido, estratégias têm sido fortalecidas para que o cuidado materno seja cada vez mais qualificado, principalmente no que se refere à diminuição da mortalidade materna, mortalidade infantil, prevenção de danos decorrentes de intervenções necessárias para a preservação da vida do binômio mãe-bebê e na relação de cuidado e afetiva mãe-filho. Ratifica-se, assim, o compromisso das normativas deste Ministério pautarem-se nessa orientação.

7. **Percebe-se, desta forma, a impropriedade da expressão “violência obstétrica” no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano.** [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019) (grifo meu)

A pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010) relatou que uma a cada quatro mulheres sofre violência obstétrica, sendo que as violências mais comuns durante o parto foram: gritos, procedimentos dolorosos, falta de consentimento e informação e negligência.

Um exemplo muito vivenciado da violência obstétrica é a episiotomia, entre tantos outros corriqueiros, que chegam a ocorrer na maioria das vezes sem que a vítima nem mesmo tome conhecimento de ter sido vítima de uma VO, como ocorre quando a paciente é impedida de escolher a forma e o local do parto, sendo submetida compulsoriamente a uma cesárea, por exemplo, sem motivo médico que justifique a submissão, ou até mesmo quando é negado o direito a acompanhante no momento do parto. (SPACOV; SILVA, p.4, 2019)

A rede nascer no Brasil (2011-2012) realizou inquérito nacional sobre o parto e nascimento onde 23.894 mulheres foram acompanhadas e seus bebês em instituições hospitalares tanto públicas quanto privadas. Os dados foram coletados em 266 hospitais e 191 municípios por todo o Brasil, em casa hospital 90 gestantes foram entrevistadas. Os principais resultados obtidos pela rede foi a extensão de cesarianas, chegando a aproximadamente 88% dos nascimentos no setor privado, já no setor público as cesarianas chegavam a 46%, contrariando as recomendações da OMS para que as cesarianas não ultrapassem o limite de 15% como pode ser visto na figura abaixo.

3.1 BREVE RELATO HISTÓRICO DO PARTO

Segundo Brenes (1991), no Brasil, por volta do século XIX os partos eram feitos geralmente por mulheres denominadas de aparadeiras ou parteiras leigas cuja aprendizagem foi através da experiência, assistindo as mulheres durante todo o período gestacional. Elas também auxiliavam muitas mulheres em relação aos cuidados com o corpo, bem como doenças e por isso eram constantemente consultadas. Grande parte dessas mulheres eram mulatas, ou portuguesas do setor popular. Os primeiros registros históricos sobre a temática foram feitos por volta dos séculos XVII e XVIII na Europa, incorporando tal prática nas instituições de medicina. Agora as antigas parteiras legais passando a se chamar de parteiro e até mesmo médico-parteiro, introduzindo então o homem na prática obstétrica. (TOSI apud BRENES, 1991).

Com isso, os homens precisavam aprender na prática o que muitas mulheres já sabiam, mas necessário esforço do corpo médico para que os mesmos passassem confiança a população e a essas mulheres para se consultarem, em específico com os obstetras, ora homens. Contudo, não obtiveram sucesso. Foi a partir desta problemática que se criou uma manipulação por parte dos médicos, e das instituições hospitalares, na sociedade feminina, propagando discursos da mulher como um ser frágil, hora mãe dedicada e hora mulher histérica, explorando o campo psicológico para difundir seus discursos. Foram diversas as tentativas para atrair as mulheres para locais onde as mesmas podiam ser internadas, devido especialmente, ao processo menstrual que ainda era pouco estudado e compreendido na época. A última instância para resolução do problema foi conseguir o apoio do governo, no que competia a internação e o cadastro em clínicas que existiam na era imperial. (BRENES, 1991)

O interesse dos médicos pelas doenças das mulheres e pela obstetrícia não se restringia à ética ou aos imperativos profissionais da prevenção e da cura das doenças, mas obedecia também a uma razão política. Tanto na sociedade grega quanto na romana a importância da mulher era medida por sua capacidade em gerar herdeiros saudáveis. Na sociedade romana, principalmente no período imperial, o casamento e a geração de filhos eram assuntos da política dinástica e do Estado. A participação dos médicos foi de extrema importância e os textos que tratam das mulheres são verdadeiros manuais de fecundação, conforme explica Rousselle (1984), para que pudessem prevenir os problemas ou restabelecer a saúde das mulheres, ou seja, a capacidade de procriar. (MARTINS, 2004, p. 68-69)

Palharini e Figueirôa (2018) expõem que as mulheres foram se tornando menos resistentes em parir fora do ambiente domiciliar, dando lugar a confiança na figura do médico-parteiro, edificada através do discurso médico, e no ambiente hospitalar, que se dava especialmente pelas mudanças e desenvolvimento da segurança nesse espaço. Essas transformações, foram intermitentes e geraram muitos conflitos entre médicos e parteiras, entre o conhecimento legitimado pelo saber masculino, e o saber subjacente feminino praticado pelas parteiras, entre o médico, homem, e a parturiente, mulher, ficando concebido portanto a relação de desigualdade de gênero que estavam na origem da concepção da medicina conforme o saber validado política e socialmente.

Após os séculos XVII e XVIII houve a introdução de procedimentos cirúrgicos como meio para fazer os partos. Até o momento os partos eram feitos de forma natural, com a mulher sentada, ou em pé e até mesmo de cócoras, mas a partir da medicalização foi que os partos começaram a ser feitos com a paciente deitada, dando uma maior facilidade médica para intervenções, dentre elas o uso do fórceps. O Parto que até então era algo mais intimista passou a ser algo frio e frívolo dentro de clínicas e hospitais, um ambiente que era dotado de impessoalidade. (BIBLIOMED, 2019)

Por um longo período, partejar foi uma tradição exclusiva de mulheres. A partir do século XVI, essa tradição começa a sofrer regulamentações, governamentais ou da igreja, submetendo as parteiras das cidades européias a exames prestados diante de comissões municipais ou eclesiásticas. O ponto fundamental dessa regulação relaciona-se à garantia do estado emergente e da igreja de que não seriam realizados abortos e infanticídios. Exigia-se da parteira examinada pelas comissões a profissão da fé cristã, o saber batizar o recém-nato moribundo, e moral e reputação ilibadas. Essas regulamentações coincidiram com o processo de perseguição das feiticeiras - entre elas, muitas parteiras (MELLO apud VIEIRA, p. 69, 1999).

Neste sentido, de acordo com Vieira (1999), o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas, a utilização de anestésicos e assepsia na medicina, se deu durante praticamente todo o século XIX, a hospitalização do parto foi primordial para ampliar essa área de conhecimento. Por três séculos há uma mobilização para ocupar o lugar das parteiras e finalmente transformar o parto

em um acontecimento médico. É por volta do século XIX que a medicalização do corpo feminino se estabelece, em meio aos discursos de exaltação da maternidade. Contudo, esse processo iniciou-se trezentos anos antes da institucionalização do parto como fenômeno hospitalar e do estabelecimento da obstetrícia como disciplina médica. Ainda que na antiguidade grega já houvesse registro sobre o interesse médico nessa esfera, ele se manteve sepultado durante séculos, até o Renascimento.

3.2 MEDICALIZAÇÃO DO PARTO

Segundo Palharini e Figueirôa (2018) a medicalização do parto no Brasil tem início, através do atendimento das escravas, mães solteiras, prostitutas e mulheres pobres. A motivação poderia ser chama de “utilitarista”, visto que essas mulheres foram usadas como cobaias para os alunos praticarem nas aulas de medicina, corroborando assim para o sucesso da prática obstétrica. Outra motivação relatada, eram os sentimentos humanistas de caridade no cuidado com a saúde das pessoas desfavorecidas. Todavia, relata-se que o principal fomento estava relacionado com a nova ordem social, que objetivava do aumento populacional a oportunidade de concretização da riqueza e do poder do país: Portanto, saúde da mulher começou a interessar os mais diversos âmbitos da sociedade pela sua capacidade reprodutiva.

De acordo com Martins (2004) a mulher ao receber o diagnóstico de gravidez não tinha acompanhamento algum de pré-natal, foi no final do século XIX que houve mudança significativa na manifestação dos médicos., sendo recomendado as mulheres que fizessem exames periodicamente durante a gestação. Desta forma os médicos estavam interessados não em só acompanhar a gravidez da mulher, mas também de impor-lhes regras sobre o que era melhor para elas e seus bebês. Assim, inicia-se a medicalização da gestação, do parto e puerpério.

Existem certos indícios encontrados no Brasil que fortalecem a ideia de que a medicalização desnecessária do parto muitas vezes é despercebida pela equipe de saúde e, inclusive, por algumas mulheres de que é uma forma de violência contra a mulher. Existem certos indicadores qualitativos do parto que são piores avaliados pelas mulheres negras e com nível de educação inferior realizado pela pesquisa nascer no Brasil. Nesta pesquisa foram envolvidas mulheres entrevistadas no período pós-parto, 2011 a 2013. Como ponto de partida foram questionadas sobre a relação do profissional com a parturiente, tempo de espera, se o

tratamento foi com respeito, se houve privacidade e clareza nas explicações sobre os procedimentos além possibilidade de fazer perguntas e participação nas decisões. Observou-se que algumas intervenções, como episiotomia e cesariana eletiva, são mais constantes nas mulheres brancas e com nível escolar elevado, o que torna contraditório. (LEITE et al, 2022)

O Brasil ocupou, até há pouco, a nada invejável posição de campeão mundial de operações cesarianas. Se, por um lado, a cesárea realizada por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, por outro lado, o exagero de sua prática tem efeito oposto, inclusive por consumir recursos preciosos do sistema de saúde. Essa profunda distorção na prática médica brasileira é determinada por múltiplos fatores– históricos, estruturais, conjunturais mas tem, na forma como a sociedade em geral, e a medicina em particular, encara a mulher, a gênese dessa permissividade. Ehrenreich & English apontam para o poder da medicina em transformar eventos fisiológicos em doenças: a medicalização do corpo feminino – que "trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico" – é uma das mais poderosas fontes da ideologia sexista da nossa cultura. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.14)

Leite et al (2022) reitera que é desaconselhado pela OMS alguns procedimentos como: toques vaginais excessivos e por múltiplos profissionais, a episiotomia de rotina, manobra de kristeller, aminiotomia, uso de ocitocina, cesariana contraindicada nas clínicas e exigências da posição do parto como obrigar a parturiente a ficar o tempo todo deitada. Entretanto, a grande maioria dos profissionais da saúde no Brasil não veem essas práticas como abusivas, mas como algo característico do próprio parto. Para mudar esse arquétipo, alguns cientistas consentem sobre a necessidade de mudar o modelo de ensino e aprendizagem dos profissionais que atuaram durante o ciclo gravídico-puerperal, dando maior ênfase as evidências científicas e respeitando os princípios da autonomia e dignidade da mulher, que são preceitos da ética médica.

Faneli (2020) assevera que esse excesso de intervenção na hora do parto tira todo o protagonismo feminino, sendo, portanto, uma das principais formas de violência obstétrica, e que é caracterizado como medicalização do parto, pois deixou de ser conduzido por parteiras e foi completamente institucionalizado pelos saberes médicos.

No Brasil, a deficiência de informação durante o pré-natal, o modelo de assistência e a hospitalização do parto transferem para o médico o comando e o poder de decisão sobre o processo da parturição e, simbolicamente, estabelece-se a “terceirização do parto”, ou seja, ocorre um fenômeno cultural de transferência do comando de natureza fisiológico exercido pela mulher grávida para um comando técnico, do médico. (WITTE, p. 299, 2019)

Como visto, uma dessas formas de medicalização é a cesárea sem indicação, essa intervenção cirúrgica foi desenvolvida primeiramente para partos de alto risco, portanto utilizado em casos de emergência. Entretanto, nos dizeres de Nakatano (et al, 2017), existem

os “obstetras contemporâneos” dão outro sentido a cesárea, dizendo ser um parto mais controlado, e vindo como uma medida a simplificar o parto, apurando diagnóstico, prevendo o que pode dar errado sendo então considerados por estes a resolução de todos os partos. No parto vaginal o protagonismo é da mulher, já na cesariana o trabalho é todo do médico, ele está controlando além da técnica, o conhecimento e o poder.

É importante salientar que dentro do processo de medicalização, a cesárea sem indicação médica, aplicação de ocitocina e episiotomia com anestesia, que podem ser consideradas violência obstétrica, dependendo do caso, ocorrem em maiores quantidades nas mulheres brancas, (LEITE, et al, 2022) já as mulheres negras estão submetidas as violências mais graves que podem levar a morte devido a negligência médica por acreditarem que mulheres negras suportam melhor a dor. (RAMOS, 2020)

Diante deste cenário, é necessário analisar a violência obstétrica como uma questão de gênero e também como a cor pode interferir no tratamento adequado a gestante e a parturiente conforme será demonstrado nos itens seguintes.

3.2.1 Violência obstétrica como violência de gênero

“A violência obstétrica caracteriza-se como uma violência de gênero, por ser cometida contra mulher em todas as etapas da gravidez e do pós-parto, incluindo os casos de abortamento. Essa violência é considerada como parte integrante de uma sociedade que violenta as mulheres pela sua identidade de gênero e pela sua condição feminina, fruto da dominação masculina que origina o machismo, tanto institucional quanto pessoal, e que recai nas diversas relações da mulher com seu corpo, sua posição na sociedade e sua dignidade.” (MARQUES, 2020, p. 98-99)

De acordo com Marques (2020) ainda, a caracterização de gênero não está atrelada às diferenças biológicas entre homens e mulheres na sua concepção, mas são as distinções sociais e culturais que contribuem nas diferenças de papéis a ambos os sexos, portanto muitas vezes a mulher encontra-se em posição de desigualdade e inferioridade em relação aos homens, resultando nos mais diversos tipos de violências e opressões que requerem atenção, conhecimento e políticas públicas para que sejam refutadas. Esta violência referente ao gênero se manifesta em inúmeras formas, é uma violência presente na estrutura social, que muitas vezes é acoberta pela sociedade, e que propaga os comportamentos dos agressores devido a predominância do machismo.

Por gênero entendem-se todas as normas, obrigações, comportamentos, pensamentos, capacidades e até mesmo o caráter que se exigiu que as mulheres tivessem por serem biologicamente mulheres. Gênero não é sinônimo de sexo. Quando falamos de sexo estamos nos referindo à biologia – as diferenças físicas entre os corpos – e ao falar de

gênero, as normas e condutas determinadas para homens e mulheres em função do sexo. (GARCIA, 2015, p. 19-20)

Os reconhecimentos das desigualdades no âmbito das ciências jurídicas, conduzem a inserção de elementos normativos no ordenamento jurídico que sejam capazes de outorgar direitos, políticas públicas e serviços direcionados especificamente às mulheres. A identificação desses corolários, traz efeitos para a garantia do direito à saúde no entendimento de gênero, visando buscar uma análise mais equânime desse direito referente a sua aplicação tanto para homens como para mulheres, baseando, inclusive, as desigualdades e as violências de gênero praticadas na sociedade. (MARQUES,2020)

Alguns pesquisadores da temática, culturas onde o corpo social consente e tolera a violência em face da mulher, tende a naturalizar esses atos, incluindo até mesmo os que acontecem dentro de instituições hospitalares, por exemplo. Recentemente, algumas demonstraram que muitas mulheres no mundo vivenciam os maus tratos, desrespeitos, abusos, e até mesmo violência como a agressão física e moral durante a gestação, o parto e o puerpério ou até mesmo aborto, por parte dos profissionais de saúde. Devido a essa relevância, nos casos de desrespeitos e abuso, maus tratos e violência durante o parto são apontados como uma grave forma de violência de gênero e comprometendo assim os direitos humanos fundamentais das mulheres, sendo notório o problema de saúde pública mundial. (LEITE; et al. 2022)

Fica evidente que além de ferir gravemente os direitos humanos e fundamentais, fere também os direitos sexuais e reprodutivos, pois uma violação ao corpo, à dignidade e à autonomia das mulheres durante relevante etapa de sua vida reprodutiva. Como visto, é uma violência cometida com o viés de gênero, visto que predominantemente mulheres que passam pelo ciclo gravídico-puerperal e, conseqüentemente, é o corpo feminino que objetificado e submetido as interferências e práticas realizadas sem que haja o consentimento explícito da gestante ou parturiente. (MARQUES, 2020)

3.2.2 Práticas discriminatórias e o racismo estrutural: Mulheres negras são mais propensas a sofrer violência obstétrica

“O processo de colonização dominou a vida, dignidade, liberdade da maioria das pessoas que aqui viveram. As mulheres, foram submetidas ao pátrio poder, como figura de criação e educação dos filhos e objeto sexual do pater famílias e os negros foram obrigados a realizarem trabalhos forçados e serem submetidos à castigos, caso descumprissem alguma ordem. A colonização foi um ato P extrema violência

manifestada através de uma obrigação forçada de internalizar a cultura do dominador e ver a cultura das minorias ser esquecida e deprecada.” (LACERDA, 2014, p.6)

Quando se refere a violência, as mulheres negras evidenciam uma outra proporção do problema. Reitera-se que além da violência doméstica e sexual que afetam as mulheres de todos os grupos raciais e classes sociais, há uma forma específica de violência que constrange o direito à imagem ou a uma representação positiva, delimita as possibilidades frente ao mercado afetivo, coíbe o ingresso em empregos, rebaixando e esmorecendo a autoestima pelo peso dos estigmas seculares. Esses são considerados por alguns como os efeitos da supremacia dos brancos, no imaginário e nas relações sociais concretas. Esta é uma violência invisível que arca com saldos negativos para a subjetividade das mulheres negras. A proporção da violência racial e as particularidades envolvidas em relação às mulheres dos grupos raciais não-hegemônicos vem suscitando análises cautelosas e recriação de práticas que se mostram capazes de construir outros referenciais. (CARNEIRO, 2003)

Não seria de estranhar que nessa conjuntura, de acordo com Goes (2018) que as mulheres negras são as que mais sofrem com esse tipo de violência na jornada do início da maternidade, especialmente no momento do parto, sendo deixadas mais tempo em filas de hospitais para receber atendimento, e quando recebem atendimento costumam ter menos tempo com o profissional que as atende. A submissão a aplicação de analgesia também ocorre com maior frequência nelas, devido a isto são propensas a maior risco de óbito, sendo que 60% das mortes ocasionadas durante o parto são de mulheres negras, do qual 90% dos casos de morte materna são consideradas previsíveis e evitáveis caso recebessem o atendimento apropriado.

A temática racial é de suma importância que seja considerada ao se falar de violência obstétrica, pois sua incidência é preponderante em relação às mulheres negras. Leal et al (2014), ao analisarem os dados da pesquisa supracitada, obtiveram uma sub amostra de 6.689 mulheres, sendo 1.840 pretas e 4.849 brancas após o pareamento pelo escore de propensão, e conforme visto anteriormente, concluiu-se que as mulheres negras recebem menos anestesia na hora do parto em comparação às mulheres brancas, sendo a violência por negligência muito maior em relação às mulheres negras, que possuíram maior risco de terem um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante e menos orientação na hora do parto, ainda, tem-se a esterilização como uma das violências obstétricas que mais acometeram mulher negras. (MARQUES, 2020).

A esterilização ocupou lugar privilegiado durante anos na agenda política das mulheres negras que produziram campanhas contra a esterilização de mulheres em

função dos altos índices que esse fenômeno adquiriu no Brasil, fundamentalmente entre mulheres de baixa renda (a maioria das mulheres que são esterilizadas o fazem porque não encontram no sistema de saúde a oferta e diversidade dos métodos contraceptivos reversíveis que lhes permitiriam não ter de fazer a opção radical de não poder mais ter filhos). Esse tema foi, também, objeto de proposições legislativas, numa parceria entre parlamentares e ativistas feministas que culminou no projeto de Lei nº 209/91, que regulamentou o uso da esterilização. (CARNEIRO, 2003, p.122)

O chamando racismo institucional² foi um conceito criado para entender o racismo nas estruturas de organizações e instituições, nem sempre é manifestado de forma explícita no dia-a-dia. Sendo o contrário de um ato individual, como por exemplo um xingamento praticado por um funcionário de hospital contra uma pessoa, o racismo institucional entende que o espaço é integralmente impactado e reforçado por práticas discriminatórias. Não obstante, muitas mulheres negras vítimas de violência obstétrica não conseguem identificar tal discriminação racial momento que está acontecendo. (TEIXEIRA, 2021). Esse racismo institucional é um grande problema social, gerando mais desigualdades sociais e estigmas

Estudos evidenciam que as desigualdades no acesso à saúde são um problema social que compromete a saúde da população em países como o Brasil, onde relações de classe são racializadas e relações raciais são dependentes da classe social. Essas desigualdades sociais são um grande problema no Brasil, e estão presentes nas diferenças entre brancos e negros com graves consequências ao afetarem a capacidade de inserção das pessoas na sociedade brasileira. (OLIVEIRA, 2017, p. 39-40)

Teixeira (2021) traz o estudo realizado pela pesquisadora Ellen Oliveira “Mulheres negras vítimas de violência obstétrica”, no Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, da Fiocruz, e verificou que o racismo faz com que as vítimas reconheçam o preconceito sofrido mas não conseguem caracterizá-lo. E que é resultado de um longo processo histórico que ocorre desde a escravidão, onde esses grupos se mostram em desvantagem econômica, políticas e ainda de forma jurídica até os dias de hoje. Isso pode ser verificado na desigualdade de salário entre negros e brancos, no acesso a graduação, e na luta pela mudança de leis que garantam a liberdade e a igualdade. Como resultado os índices desse grupo quanto a situações de violência são maiores quando comparados a dados de outros conjuntos populacionais.

² De acordo com o relatório de inquérito do caso Stephen Lawrence (1999), citado e traduzido por Sampaio (2003), racismo institucional é visto como “O fracasso coletivo de uma organização pra prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligencia e estereotipação racista, que causa desvantagem a pessoas de minoria étnica.” (p.82)

Essa diferenciação é mencionada por Leal et (apud Hoffman et al.), no uso de analgesia. Existem algumas percepções sociais que respaldam esse tratamento diferenciado na questão biológica:

Esses autores entrevistaram estudantes de medicina e residentes e constataram que eram comuns as perspectivas identificadas por esses autores como de “racismo internalizado”, de que, ao se comparar pretos e brancos, os primeiros eram tidos como mais resistentes à dor. O tema das percepções de profissionais de saúde acerca das relações entre atributos raciais e resistência à dor ainda está por ser pesquisado no Brasil. Mesmo que a temática não tenha sido sistematicamente investigada na pesquisa nascer no Brasil, houve ocasiões, como foi o caso de serviços de obstetrícia no Rio de Janeiro, em que profissionais de saúde mencionaram uma suposta melhor adequação da pelve das mulheres pretas para parir, fato que justificaria a não utilização de analgesia. (HOFFMAN et al. apud LEAL et al, 2017, p.10)

O caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira gerou repercussão em 2002. Alyne era uma mulher negra de 28 anos, que estava em seu sexto mês de gestação quando precisou buscar assistência médica devido a fortes dores abdominais, sendo apenas medicada e liberada para voltar pra casa. Contudo ela não melhorou tendo que retornar ao hospital, verificou-se então que o feto já estava morto, após hora de espera ela foi submetida a uma cirurgia para retirar a placenta. Com o agravamento do caso, relataram ser necessária a transferência dela para outro hospital, ainda assim Alyne teve que aguardar por horas no corredor, vindo a falecer em decorrência da hemorragia resultando do parto do feto. O caso foi apresentado o Cedaw que responsabilizou o Brasil por não cumprir seu papel de prestar o atendimento médico adequado desde o início das complicações na gravidez de Alyne. Para o órgão, a assistência à saúde uterina e ao ciclo reprodutivo é um direito básico da mulher e a falta dessa assistência consiste em discriminação, por tratar-se de questão exclusiva da saúde e da integridade física feminina. (AGÊNCIA SENADO, 2013)

A decisão do Comitê CEDAW também é significativa no debate sobre violência institucional e racismo institucional, ao reconhecer que a morte materna evitável é uma violação do direito humano à saúde sexual e reprodutiva das mulheres e que a violência de gênero contra Alyne Pimentel resultou da discriminação interseccional (de raça, status, classe social e gênero) por ela sofrida, que também atinge, de forma mais grave no Brasil, mulheres negras, pobres e periféricas. Ela contribui, portanto, para o aprofundamento da compreensão jurídica sobre os efeitos da discriminação racial na violência de gênero e na saúde reprodutiva de mulheres negras, pobres e periféricas. (CATOIA, et al. 2020. p.9)

De acordo com a Rede Parto do Princípio (2012), o racismo dos profissionais de saúde atrasa a decisão da mulher de buscar assistência, dificultando o acesso da mulher a unidade de saúde, repercutindo no tratamento adequado que essa mulher deveria ter. Um exemplo disso é a eclampsia, pré-eclâmpsia e os distúrbios hipertensivos afetam muito mais a população negra,

e é a maior causa de mortalidade materna de mulheres negras. Apesar disso, o médico não poupa seu diagnóstico com base muitas vezes no preconceito racial, e socioeconômico.

Essa violência obstétrica contra mulheres negras, já é chamada por alguns estudiosos de racismo obstétrico, neste sentido tem se que: “O racismo obstétrico não é algo novo, mas está emaranhado em histórias que encobrem as expressões contemporâneas do racismo médico exercido sobre os corpos das mulheres negras.” (DAVIS, 2021, p. 770)

As histórias das mulheres negras marcam as formas como o racismo paira sobre e perturba seus encontros durante a gestação, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto. Negligência, falta de informação, indiferença, desrespeito e intervenções sem explicação permeiam a assistência materna e se amalgamam no que pode ser denominado racismo obstétrico.

3.3 AS CRENÇAS LIMITANTES NA HORA DO PARTO

Existe uma corrente que entende que muitas crenças limitantes sobre o parto estariam relacionadas com a religião devido a textos bíblicos que se remetem ao pecado original, ou seja, a Eva como tentadora de Adão. Portanto, repercutiu-se a ideia da mulher como pecadora e que levou o homem a pecar, e, portanto, como castigo a mesma deveria sofrer as dores do parto. Essas passagens se tornaram respaldo para que os homens colocassem as mulheres de baixo dos seus pés, humilhando, degradando, e principalmente ocasionando-lhe dores no parto, além das sentidas naturalmente pela mulher. Neste sentido Witte (2019) compreende que:

[...] pode nos ser útil para compreender as relações de poder existentes na nossa cultura ocidental até os dias de hoje. Esta hierarquia mostra-se nitidamente nas relações entre os profissionais de saúde e as usuárias do sistema de saúde, principalmente no momento do parto, onde a parturiente apresenta pouco ou nenhum poder de decisão sobre seu corpo em processo de parturição, e onde, muitas vezes parece aceitar essa situação de submissão, de violência e de dor dentro das hierarquias de gênero e de poder. (WITTE, p. 296, 2019)

Para que seja devolvido o protagonismo feminino, Faneli (2020) ressalta que é importante abordar temáticas envolvendo o parto e que limitam a liberdade da mulher na hora de decidir pelo parto normal ou cesárea. Ela elenca 4 principais crenças, sendo elas: as incertezas sobre a capacidade de parir, a mulher acreditar que o parto normal não atende suas necessidades e que as mulheres do passado estavam mais preparadas para parir pois a forma que trabalhavam preparavam-nas fisicamente; o medo da dor, que acaba gerando ansiedade, esse medo está relacionado as experiências negativas relatadas por familiares justamente por muitas vezes viverem a violência obstétrica e passar despercebido, assim, o parto vaginal acaba

sendo por muitas demonizado; a questão da flexibilidade íntima feminina, muitos mitos são propagados com relação a genitália feminina após um parto natural, há uma forte repercussão da ideia de que a vida sexual da mulher nunca mais será a mesma; e por fim de que a cesárea é uma forma muito mais segura, moderna e sofisticada, propagando-se a ideia de que o parto natural é algo completamente arcaico, e que não combinaria com a mulher contemporânea.

É importante ressaltar que é necessário a desmistificação sobre o parto, inclusive nas instituições hospitalares, para que a mulher de fato possa compreender as consequências de um parto natural e uma cesariana e opte pelo o que é melhor para ela e seu bebê, pois não cabe ao médico pelo seu anseio de protagonismo, e sua necessidade de operar induzir a mulher a fazer escolhas por falta de conhecimento.

Neste sentido, será analisada algumas práticas reiteradas que podem consideradas violência obstétrica, mas que foram normalizadas pelos médicos e instituições hospitalares, trazendo para a sociedade o entendimento de que é normal e suportável que a mulher passe por múltiplos tipos de desrespeito e violação.

3.3.1 Episiotomia e o “Ponto do marido do marido”

De acordo com dados da Biblioteca Cochrane a episiotomia é um corte feito no períneo, com tesoura ou bisturi, pelos médicos visando facilitar os partos vaginais. Contudo, alguns estudos revelam que a episiotomia de rotina traz mais traumas às mulheres do que a episiotomia seletiva. Sendo assim, a prática deve ser usada não como rotina a todas as mulheres gestantes em trabalho de parto, mas apenas em casos específicos que se tornem indispensável, pois está associada a diversos traumas e complicações no período pós-parto para as mulheres. (MARQUES, 2020)

Esse corte, em razão de seu lugar de difícil cicatrização, ocasiona, no momento posterior ao ser feito, muito desconfortos físicos e até mesmo psíquicos na paciente, que podem acabar atrapalhando muitas vezes sua vida sexual e seu bem estar, sendo é comum os casos de se recorrerem a procedimentos cirúrgicos para reparar problemas em decorrência desta má cicatrização. (SPACOV; SILVA, 2019)

Este violador procedimento já é considerado ultrapassado e não é mais recomendado, pois, já se foi comprovado em diversos estudos médicos que a dilatação natural na vagina da mulher causado no momento da expulsão do parto é mais benéfica e com reduzidas consequências, comparados a episiotomia feita propositalmente pelo médico. (SPACOV; SILVA, p.4, 2019)

No caso brasileiro, a questão da episiotomia tem se mostrado que é marcadamente um problema relacionado a classe social e de raça, pois vislumbra-se que enquanto as mulheres brancas e de classe média que usufruem de serviços do setor privado da saúde e em grande maioria serão "cortadas por cima" na epidemia de cesárea, as mulheres que dependem do setor público, o Sistema Único de Saúde serão "cortadas por baixo", e serão submetidas ao parto vaginal com episiotomia. Ressalta-se que as mulheres negras têm características diferentes em termos de cicatrização, com maior tendência a formação de queloides, sendo portando mais comum nos indivíduos de raça negra, desta forma acredita-se que estão mais sujeitas a complicações cicatriciais da episiotomia. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

[...] é um procedimento médico bastante comum realizado nas parturientes brasileiras e que ocorre na maioria das vezes sem a devida recomendação médica. A prática consiste em realizar um corte entre a vagina e o ânus da mulher, no momento da expulsão do bebê no trabalho de parto normal, com o intuito de aumentar o canal de passagem, em partos que por exemplo o neném esteja em sofrimento. Entretanto, a realidade que vemos nos hospitais brasileiros, é a utilização desta técnica como padrão (deveria ser a exceção) na maioria dos partos normais, mesmo sem indicação para tal. O que ocorre, é o seu uso como artifício de acelerar a expulsão do bebê e otimizar o tempo, visto que partos normais são em sua soma maioria longos e demorados. (SPACOV; SILVA, p.4 2019)

A recomendação da episiotomia se dá nos casos de mulheres primíparas (mulheres que irão parir pela primeira vez) ou múltíparas com episiotomia realizada em parto anterior. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) o este procedimento só deve ser feito, no máximo, de 15% a 30% dos partos normais. Ao enfermeiro obstetra, sua realização está legalmente fundamentada e autorizada na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 477/15, mas apenas quando esta for necessária. A legislação do COFEN também resguarda o direito da parturiente, responsabilizando o profissional em preservar a integridade perineal no momento da expulsão do feto, na resolução 478/15. (CARNIEL; Et al, 2019)

Em 1996 relata-se que a OMS ao falar sobre o tema classificou que a episiotomia é uma prática prejudicial e totalmente contraproducente que de ser dissipada e usada somente quando necessário, tornando-se sua utilização mais benéfica. Uma pesquisa realizada pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) expôs que a prática rotineira de episiotomia chega a 56% em todo o país e em quase 75% das mulheres que estão tendo seu primeiro parto. Atualmente a portaria do Ministério da Saúde nº 1.067/2005 instituiu a Política Nacional de Atenção

Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, que garante a atenção humanizada e recursos somente necessários, devendo ser evitadas intervenções prejudiciais a mulher no parto. (CARNIEL; Et al, 2019)

Após a episiotomia mais um ato de desrespeito e violação do direito da mulher lhe é acometido, o chamado “ponto do marido”. Este ponto é a sutura realizada ao corte feito no períneo da mulher além do que deveria ser feito, o médico dá pontos em excesso visando reduzir o canal vaginal da mulher dando a impressão de que a vagina pareça “virgem”, já que é comum a propagação da ideia de que o nascimento de parto normal alarga o canal da mulher. (MACEDO, 2018)

No Brasil, a episiotomia e seu "ponto do marido", assim como a cesárea e sua "prevenção do parto", funcionam, no imaginário de profissionais, parturientes e seus parceiros, como promotores de uma vagina "corrigida". Se as mulheres acham que vão ficar com problemas sexuais e vagina flácida após um parto vaginal, e que a episiotomia é a solução, elas tendem a querer uma episiotomia. Mas, quando as mulheres têm acesso a informação e sabem que é possível ter uma vagina forte por meio de exercícios, elas passam a compreender que a episiotomia de rotina é uma lesão genital que deve ser prevenida e que elas podem recusá-la (DINIZ, 2012)

A enfermeira Nayara Faneli (2020) afirma que essa sutura aumenta as dores da mulher na hora da relação sexual e pode ocasionar muitas infecções. Portanto, essa prática é totalmente desnecessária e claramente machista que objetiva a garantia de prazer masculino, anulando o prazer feminino, ficando manifesta mais uma vez na história a humilhação e diminuição da mulher em detrimento do homem.

Destarte, é evidente que além da laceração sofrida pela mulher durante o parto desnecessariamente, muitas vezes sem o consentimento da mesma, que por vezes é muito doloroso, a propagação da cultura machista de que a mulher deve ter uma genitália perfeita que vise dar prazer ao homem, devendo ser novamente violada com o “ponto do marido”, acarreta em uma vida dolorosa pra mulher, física e psicologicamente.

3.3.2 O hormônio artificial e amniotomia precoce

Muitas das práticas consideradas violência obstétrica são executadas, para além de outras motivações implícitas como visto anteriormente relacionados a crenças limitantes, com a necessidade de acelerar o parto. A aplicação de ocitocina na mulher e o rompimento da bolsa amniótica são exemplos disso.

A ocitocina é um dos hormônios mais importantes desse processo, Sua principal função é provocar as contrações uterinas que expulsam o bebê. Sua liberação no organismo acontece de forma gradual durante o trabalho de parto, atingindo o máximo na hora do nascimento. Nessa hora, o excesso de ocitocina cria uma sensação de euforia que é responsável pela parte fisiológica da formação do vínculo da mãe com o bebê, facilitando a formação do laço emocional entre eles. (MACEDO, 2018)

O hormônio da ocitocina, é liberado pelo organismo feminino durante o parto e a amamentação, tornou-se um dos protagonistas mais relevante nesse modo de articulação entre ciência (ou cultura) e natureza. É conhecido popularmente como “hormônio do amor”, é tido como responsável não somente pelo desenvolvimento natural do parto, mas também pelo forte vínculo afetivo que é criado naturalmente e imediatamente entre a mãe e o bebê que nasce. Ele atua, portanto, como um duplo comutador. O de articular os dados objetivos da ciência e a experiência subjetiva encoberta de afeto e sobremodo qualitativa do parto, por outro lado, age no deslizamento do parto hospitalar e medicalizado com a aplicação de substância artificial introduzida no corpo da parturiente. (NUCCI; RUSSO, 2020)

Dentro dos centros hospitalares existem debates de correntes chamadas de “abstencionistas” e “intervencionistas”. O modelo ativista do intervencionista é mais bem aceito e, portanto, visto como moderno, já o abstencionista é tido como retrógrado. Os médicos de defendem o abstencionismo entendem que os médicos ativistas, ou seja, aqueles que usam de mais técnicas intervencionistas, tendem a fazer o uso de ocitócicos para acelerar o parto visando a comodidade do médico e não o bem e a necessidade da parturiente. (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018)

Macedo (2018) afirma que um parto onde o processo fisiológico da mulher é respeitado, em grande parte das mulheres é normalmente liberado e se torna o suficiente para que conduza o parto. Todavia, a liberação da ocitocina no sangue pode ser bloqueada pela adrenalina, hormônio liberado em situações de risco e medo. Sendo assim se a gestante no momento em que está parindo se sente ameaçada, intimidade e outros medos relacionados ao parto ou as pessoas que o conduzem, o trabalho de parto tende a não evoluir ou evoluir lentamente. Esse procedimento de aplicação de ocitocina sintética só deveria acontecer em raros casos onde não há evolução necessária, mas no Brasil é feito rotineiramente. Esse hormônio sintético estimula as contrações, portanto age somente na musculatura, mas bloqueia a produção da ocitocina natural, fazendo com que não seja desempenhada outras funções relacionadas ao afeto que a mãe e o bebê precisam.

Por sua vez, a amniotomia precoce, consiste em romper a bolsa amniótica da mulher artificialmente durante o trabalho de parto, ou até mesmo antes de se iniciar espontaneamente, essa prática é feita buscando intensificar as contrações e acelerar o nascimento. Contudo é contraindicado pela OMS, pois já foi demonstrado que esse rompimento para acelerar o nascimento pode aumentar as chances de infecção tanto para a parturiente quanto para o bebê. (FANELI,2020). Neste sentido “A amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p. 4, 2017)

3.3.3 O “empurrãozinho” na Manobra de Kristeller

A manobra de Kristeller consiste em empurrar o fundo do útero da mulher, para isso é necessário que se faça uma pressão no abdômen da mulher no sentido do canal do parto. Os profissionais da saúde usam as mãos, instrumentos e até mesmo sobrem na barriga da paciente para empurrar o bebê para fora da mãe. Essa manobra não é feita só em partos normais, mas também em partos cesáreas com o intuito de posicionar melhor o bebê. (MACEDO, 2018)

Essa manobra ainda é frequentemente realizada na assistência ao parto em conjunto com outras intervenções inadequadas realizadas em cadeia, como condução para mesa de parto antes da dilatação completa, imposição de posição ginecológica (que prejudica a dinâmica do parto e prejudica a oxigenação do bebê), comandos de puxo, mudança de ambiente, entre outros. Salienta-se que os próprios profissionais de saúde reconhecem que a manobra de kristeller proscrita, porém, continuam a realizá-la, apesar de jamais a registrarem em prontuário (LEAL et al apud REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012 p. 103-104).

Faneli (2020) relata que nesse cenário de intervenções a que se destaca é a manobra de Kristeller por ser uma técnica completamente desnecessária sem qualquer benefício que justifique a sua utilização, além disso a prática é totalmente insegura e seus riscos já são comprovados. Além de toda a dor sentida, podem ocorrer lesões maternas e neonatais, a hemorragia, contusão, fratura em costelas, chance de laceração perineal e ruptura uterina, bem como dor na relação sexual, e incontinência urinária. Essa prática já foi proibida em diversos países, e é totalmente contraindicado pela OMS, entretanto a prática vem se mostrando manifesta reiteradas vezes como forma de encurtar o tempo de nascimento do bebê.

3.4 IMPACTOS NA VIDA DA GESTANTE

Os impactos da gestação na vida de uma mulher são gigantescos, tanto nela como mãe, quanto como mulher. Desde as transformações que ocorrem com seu corpo durante a gestação até o momento do parto. Um parto natural, com um ambiente acolhedor, tolhido de humanidade, informação, e amor é difícil e impactante, torna-se muito mais desafiador quando a parturiente sofre violência obstétrica, onde um sonho se torna seu pior pesadelo. É fato que toda mulher que deseja ser mãe tem expectativas e anseios em relação ao parto, muitas se informam e mesmo assim acabando sendo negligenciadas, mas existem muitas mulheres que não tiveram acesso à informação, e estas estão mais propensas a passar por situações depreciativas e humilhantes. Sendo assim a violência obstétrica traz diversos danos à saúde física da mulher, mas inevitavelmente também a saúde mental, tais como ansiedade, síndrome do pânico, depressão, estresse pós traumático e muitos outros. Essa experiência deixa marcas que vão além das cicatrizes físicas presentes nelas, fazendo-as lembrar desse terror vivido. (AMARAL; KLEIN; GRUNEWALD, 2021)

Indo de encontro com os outros tipos de violência obstétrica, tem-se a mais evidente, que é a violência verbal, está caracterizada como qualquer tipo de frase feita à gestante com o cunho grosseiro, humilhante, falas preconceituosas, alienação ou qualquer outro tipo de conduta verbal que despreze a dignidade e integridade da mulher. (MACEDO, 2018)

A pesquisa feita pela Fundação Perseu Abramo (2010) relatou que são desferidas a parturiente frases como “na hora de fazer não gritou”, já a Rede Parto do Princípio trouxe relatos de mulheres que foram abusadas psicologicamente com a necessidade peregrinar de hospital em hospital para encontrar uma vaga, a omissão nas informações sobre procedimentos no parto ou com o bebê e muitas vezes são repreendidas pelo médico ou profissional da saúde que lhe está atendendo, além de sofrerem várias ameaças e coações como mandar ficar quieta.

Especialmente em relação ao parto normal é possível observar a predominância da violência obstétrica, ter conhecimento é necessário para se defender de ingerências desnecessárias realizadas no parto. Há um movimento de mulheres buscando reverter esse quadro através do chamado “parto humanizado”. (MACEDO, 2018)

Foram destacados alguns tipos de violência obstétrica, contudo é importante frisar que eles não param por aqui. Há uma diversidade de atos cometidos contra a gestante que podem ser caracterizados como violência obstétrica. É o caso por exemplo de mulheres que ficam aguardando horas por atendimento, o uso desnecessário de analgesia que pode acarretar em uma sequência de acontecimentos, a violência sexual, impossibilitar a parturiente a ter o contato

imediatamente com o bebê, impossibilitando de amamentar, e muitos outros casos que podem ser considerados violência. Assim, para enfrentar e erradicar a violência obstétrica é necessário entender como a lei é aplicada, e como ela é caracterizada, além disso analisar as políticas públicas do país para o combate contra a violência obstétrica conforme será analisado no próximo capítulo.

4 ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E POLÍTICAS PÚBLICAS

Feitas as considerações sobre como se caracteriza a violência obstétrica e as mulheres a quem ela mais faz vítimas, é necessário compreender as medidas adotadas para erradicar a mesma. Inicialmente destaca-se que as disparidades relacionadas ao acesso e no processo do cuidado tem diferentes origens, a primeira estando relacionada à estrutura dos serviços de saúde, disponibilidade de recursos, falta de equipamentos, acessibilidade geográfica, oferta dos serviços e aceitabilidade ou adesão ao tratamento; a segunda diz respeito a relação entre os profissionais da saúde e o desenvolvimento de suas atividades, confrontando diretamente com a qualidade e equidade da atenção e dedicação. Essas definições tendem a ajudar a identificar melhor quais áreas precisam ser trabalhadas para reduzir e erradicar as diferenças raciais observadas. (DONABEDIAN apud LEAL et al, 2017, p.10)

A violência obstétrica não assola somente o Brasil, embora tenha ganhado destaque nos últimos anos. Países desenvolvidos também mostraram um grande problema no enfrentamento da violência obstétrica. Segundo uma pesquisa divulgada pela revista “The Lancet Regional Health Europe”, foi analisada a qualidade de atendimentos materno, em 12 países Europeus durante o período de pandemia (2020 -2021). Nesta pesquisa, 21.027 mães foram entrevistadas, aproximadamente 41% delas relataram dificuldades no acesso ao pré-natal; 20,1 % foram submetidas a episiotomia, 23,9% sentiram que não foram tratadas com dignidade. Além destes demonstrativos, outros índices foram mostrados na pesquisa, revelando que este é um problema mundial. (LAZZERINI; et. al, 2021)

Quando passamos a analisar a América Latina, é possível perceber que o termo ganhou repercussão a partir da década de 2000, relata-se que um médico venezuelano utilizou o termo referindo-se as violações dos direitos das mulheres especificamente na gravidez, durante o parto, no puerpério e nos casos de abortamento. (COELHO; SANTOS, 2019). De acordo com a ONG Artemis, a partir deste cenário, a Argentina e a Venezuela promulgaram leis tipificando

a violência obstétrica como uma violência contra a mulher que é definida pela apropriação do corpo e os processos reprodutivos das mulheres, sendo ocasionada pelos profissionais de saúde, através do tratamento hostilizado, o abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, e como consequência ocasionam a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vidas das mulheres. Já o Suriname incluiu a violência obstétrica como um tipo penal.

Observa-se que embora esse tipo de violência contra a mulher seja uma discussão recente, já é possível notar alguns avanços legislativos e sociais. Todavia, é necessário que os países latino-americanos continuem avançando nessa agenda, visto que ainda é uma realidade presente e que, muitas vezes, manifesta-se de uma forma quase imperceptível, o que provoca subnotificações da incidência de tal violação. Por ainda ser considerado um ato comum na vida das mulheres, a temática necessita de investimento contínuo em pesquisa e conscientização dos profissionais da área da saúde, tal qual da população comum, em especial as mulheres, as vítimas, visto que muitas delas ainda não possuem conhecimento acerca desse tipo de violência. (COELHO; SANTOS, 2019)

No caso do Brasil, as controvérsias já iniciam pelo próprio uso do termo “Violência Obstétrica” como pode ser visto anteriormente, isso por si só já dificulta o processo de combate à violência obstétrica, pois acaba mascarando um problema que existe. Neste sentido, através da presente pesquisa, não há muitas pesquisas recentes no âmbito da violência. Isso também de mostra como reflexo das poucas denúncias pelo fato de seu difícil reconhecimento.

Nessa conjuntura, indo contra a o posicionamento do Ministério da Saúde, o Ministério Público Federal, através do inquérito civil nº 1.34.001.007752/2013-81, na Recomendação n.º 29/2019, advertiu que o Ministério da Saúde deixe de realizar ações que visem exterminar o uso do termo pois a prática invalida as ações positivas do Estado, e que ao contrário disso tenha ações para coibir a prática de maus tratos e abuso. Além disso a recomendação reforça que a violência deve ser reconhecida e combatida pelos Estados Partes da “Convenção de Belém do Pará”. (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2019).

Portanto, a primeira medida a ser tomada no combate à violência obstétrica é através do conhecimento. A violência, de modo geral, é fácil de ser percebida, contudo ela pode acontecer de forma sutil, e é nesse momento que acaba dificultando a identificação da mesma, podendo passar despercebida justamente pelo tratamento naturalizado que é dado a ela por parte dos profissionais. Quando isso acontece as próprias mulheres acabam tomando a culpa pelo o que acontecer, mas na maioria das vezes não percebem que o evento não é algo normal, e sim violência obstétrica. (FANELI, 2020)

No que tange as ações positivas através de legislação acerca do tema, Macedo (2018) entende como controverso:

Para muita gente, ainda está no poder legislativo a tarefa de encontrar soluções que coíbam a violência antes, durante e imediatamente após o parto, reduzam os casos de violência obstétrica e incentivem as vítimas a não se manterem caladas diante das agressões. A força da legislação ainda é necessária para uma regulamentação formal e jurídica do que pode ou não ser feito a uma mulher nesse momento tão especial quanto delicado. Se não para punir, para educar. (MACEDO, 2018)

Recentemente o caso da digital influencer Shantal Verdelho ganhou repercussão após o vazamento de vídeos e áudios que relatam e revelam a violência obstétrica sofrida por ela durante todo o parto por um médico conceituado entre as pessoas da classe alta. (RORIZ, 2021) Assim, é necessário revisar as leis existentes no nosso país, e países da América Latina e as medidas adotadas pelo Brasil que visam erradicar a violência obstétrica, bem como o tratamento dado pelo judiciário nos casos denunciados e os direitos da parturiente conforme será exposto nos próximos itens. (RORIZ, 2021)

Como já mencionado antes, é possível ter uma base de que as ocorrências desses casos podem ter um número consideravelmente grande, o problema é que levando em conta o fato de que as mulheres considerarem certas condutas dos médicos e das instituições hospitalares normais, faz com que não se um número certo ou aproximado de denúncias como deveriam ter.

Para Ponciano (2019), muito se tem discutido sobre os direitos das gestantes, principalmente em razão ao parto e as instituições hospitalares, que não obstante, vem descumprindo os direitos fundamentais da mulher na hora de ter seu filho, um exemplo dessa violação é o direito ao acompanhante no momento do parto. É resguardado pela própria Constituição Federal essa prerrogativa que define a dignidade humana como princípio fundamental. Todavia, é possível observar um certo desprezo das instituições de saúde assim como médicos e enfermeiros ao ignorarem que a parturiente, gestante, e no caso do presente estudo a mulher negra, são partes integrantes dos direitos e garantias fundamentais englobados pela carta magna. É imprescindível que a mulher durante todo o período da gestação, por conseguinte, no momento do parto e pós parto imediato, a mulher deve ter sua dignidade intacta, sem que haja agressões e tratamentos desumanos e degradantes, tampouco deve ser submetida a tortura física ou psicológica. Neste sentido a caracterização de tortura para a gestante se traduz em deixá-la sofrer com as dores das contrações sem lhe oferecer a melhor forma de aliviar a dor, abandona-la com o feto natimorto ainda ligado ao cordão umbilical entre as pernas por horas, por exemplo.

Em relação as questões raciais, para melhorar a qualidade da saúde é necessário a eliminação da desigualdade racial visto que as discrepâncias raciais no desenvolvimento de atenção à gestação e ao parto corroboram com defasagem nos indicadores finais da saúde. Alguns princípios são basilares no sistema de saúde brasileiro, sendo eles: a universalidade, integralidade e a participação social. Portanto há de se reconhecer que maiores determinantes destas iniquidades que estão na sociedade não podem ser corrigidos isoladamente pelo setor da saúde, a sugestão é que o atual quadro seja modificado através de ferramentas que incluam a equidade racial como medida de qualidade dos serviços hospitalares. Em paralelo, à ampliação de debates e conscientização que visem o enfrentamento das práticas potencializadoras de iniquidades são essenciais, neste sentido é de suma importância que sejam criadas medidas educativas voltadas aos profissionais dos serviços de saúde. (LEAL, et al. 2017).

4.1 LEGISLAÇÕES EXISTENTES EM PAÍSES DA AMÉRICA LATINA EM COMPARATIVO COM O BRASIL

Especificamente a América Latina, o enfrentamento a violência obstétrica iniciou-se na década 1990, a partir do movimento denominado “Medicina Baseada em Evidências”. Na esfera mundial, a Organização Mundial da Saúde vem promovendo recomendações relativas aos procedimentos do parto, mas só a partir da década de 2000 que os países latino-americanos começaram a tratar o tema como um problema de saúde pública criando leis que garantiam até então o direito de terem um acompanhante durante o parto que são os casos de países como o Uruguai, Argentina, Brasil, Porto Rico, Chile, México, entre outros. (COELHO; SANTOS, 2019)

É possível perceber que poucos são os países que tratam a violência obstétrica como uma figura jurídica, o continente latino americano é o que mais corrobora juridicamente com o tema. Como exemplo tem se a Argentina com a Lei N° 26.485/2009, “Ley de proteccion integral a las mujeres” para prevenir e erradicar a violência contra mulher nas áreas que desenvolvam as relações pessoais das mesmas, mencionando no Art. 6º, que: e) “Violência obstétrica: aquela exercida pelo pessoal de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos da mulher, expressa em um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, conforme a Lei 25.929.” (ARGENTINA, 2009)

Já lei Nº 25.929/2004, denominada “Ley Nacional de Parto Respetado”, além de proteger a gestante e a parturiente, visa garantir os direitos do recém-nascido. Como consequência, a inobservância da referida lei pode acarretar em responsabilização civil e penal. (ARGENTINA, 2004).

Ainda, neste sentido, sancionou a Lei nº 26.529/2009 versando sobre os direitos do paciente na relação entre profissionais da saúde e instituições hospitalares. E recentemente, em 2015, a Lei 2035/2005 que tais os direitos dos pais e filhos no nascimento, tratando do parto humanizado. Segundo este ordenamento, à mulher é garantido o direito ao parto natural desde respeitado o tempo fisiológico e sem intervenções supérfluas, direito a acompanhante durante todo o processo do parto e outros direitos que dizem respeito ao recém-nascido. (COELHO; SANTOS, 2019)

A Venezuela também reconheceu a violência obstétrica através da Lei Nº 38.668/2007, “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, tendo como objetivo atender, erradicar e punir quaisquer tipos de violência contra a mulher, favorecendo uma sociedade justa, promovendo alterações nos modelos socioculturais que propaguem desigualdades de gênero e o exercício do poder sobre a mulher. (VENEZUELA, 2007). Neste sentido, a lei em seu artigo 15, entende como violência obstétrica:

13. Violência obstétrica: A violência obstétrica é entendida como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos profissionais de saúde, que se expressa em um tratamento desumanizante, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, trazendo consigo uma perda de autonomia e capacidade decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (VENEZUELA, 2007) (Tradução minha)

Se tratando do Brasil, há um crescimento nas demandas que tratam da temática de violência obstétrica, contudo, é necessário observar que não há legislação, de nível nacional, específica, com o objetivo de resguardar os direitos das gestantes e das parturientes caso tenham seus direitos desrespeitados e violados, todavia, alguns estados e municípios têm criado leis locais para deter essas práticas. (HACK, et al, 2020)

O primeiro estado brasileiro, que se tem registro, a legislar especificamente sobre a violência é o estado de Santa Catarina, criando a Lei n. 7.097, de 17 de janeiro de 2017, que expressa as medidas a serem tomadas contra a violência obstétrica e os quais são os direitos pertinentes as gestantes e parturientes. HACK, et al, 2020). A lei “Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no

Estado de Santa Catarina.” (SANTA CATARINA, 2017). Entretanto a lei mencionada foi revogada pela Lei nº 18.322, de 5 de janeiro de 2022 que dispõem sobre Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, neste sentido a violência obstétrica passou a integrar a referida lei como capítulo V, implantando medidas informativas e protetivas para a gestante e parturiente.

No Paraná foi sancionada a Lei 19.701 de 20 de novembro de 2018 - Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revogando a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que apenas tratava da “implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Paraná.” Contendo apenas três artigos genéricos conforme exposto:

Ementa: Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Paraná.

A Assembleia Legislativa do Estado do Paraná decretou e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Paraná.

§ 1º Constituem medidas de informação a publicidade da presente norma, informando os órgãos e trâmites para a denúncia nos casos de violência de que trata esta Lei.

§ 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado por médico, membro de equipe médica ou profissionais de posto de saúde, de clínicas e ou de consultórios médicos que ofendam de forma verbal, física ou psicológica as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou no período puerpério.

Art. 2º O Poder Executivo poderá regulamentar a presente Lei para o seu fiel cumprimento.

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação. (PARANÁ, 2017)

A lei paranaense Lei 19.701/18 que revogou a anterior, específica alguns direitos da parturiente e gestante, bem como estabelece o pagamento de multa no descumprimento da lei:

Art. 9º O descumprimento desta Lei sujeitará:

I - os estabelecimentos ao pagamento de multa no valor de 1.000 UPF/PR (mil vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), aplicada em dobro em caso de reincidência; e

II - os profissionais de saúde ao pagamento de multa no valor de 100 UPF/PR (cem vezes a Unidade Padrão Fiscal do Paraná), aplicada em dobro em caso de reincidência. (PARANÁ, 2018)

Outros estados como: Tocantins, Pernambuco, Goiás, Paraíba, Mato Grosso do Sul, Rondônia, e Amazonas, também já publicaram leis acerca da violência obstétrica no tocante a proteção das parturientes, sendo muito similares ou até iguais as leis anteriormente citadas. Não obstante, grande parte dessas normas estaduais, estão limitadas apenas na definição do conceito de tal violência, bem como caracterizar a ocorrência da mesma, de modo que somente impõe a fiscalização aos órgãos competentes para que apliquem as sanções pertinentes através do procedimento administrativo, assegurada ampla defesa. (FEITOSA; MOTA, 2021)

Alguns municípios legislação também no sentido a repudiar a violência obstétrica, dentre eles destacam-se: Prefeitura de Florianópolis que sancionou a Lei Ordinária Nº 10758/20, trazendo responsabilização administrativa, civil e criminal dos profissionais, agentes da saúde e responsável pelo estabelecimento (FLORIANÓPOLIS, 2020) ; e recentemente a Lei nº 14.381 - de 1º de abril de 2022 do município de Juazeiro do Norte, foi publicada dispoendo também sobre as medidas informativas de proteção a gestante e a parturiente, a lei conta com 7 artigos e dentre eles destaca-se a elaboração de cartilhas que informem os direitos dessas mulheres, e em caso de descumprimento a aplicação de multa. (JUIZ DE FORA, 2022)

Neste sentido, Feitosa e Mota (2021) expressam que é necessário frisar tantos as leis estaduais quanto as municipais, ainda que retratem as condutas definidoras da violência obstétrica, são em grande maioria omissas ao estabelecer as possíveis penalidades cabíveis aos agressores, comprometendo a eficácia dessas normas, bem como demonstra uma insegurança jurídica às vítimas dessa violência, já que compete à União legislar civil e penalmente conforme disciplinado no Art. 22 da Constituição Federal de 1988, outrossim, torna-se impossível cobrar os estados a tipificarem estas condutas como crime.

Embora o Brasil não tenha lei específica, como já mencionado anteriormente, cabe ressaltar que há alguns projetos de leis em tramite a alguns anos, sendo o caso da PL 7633/2014 prevendo a humanização do parto e a assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal dando além desta, outras providências; e a PL 7867/2017 dispoendo sobre providências de proteção para o combate à violência obstétrica e a divulgação de boas práticas com enfoque à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2014, 2017)

Apesar dessa carência legislativa que transparece o negacionismo da violência obstétrica cometida contra a mulher, é possível encontrar no ordenamento jurídico algumas leis esparsas que visam garantir direitos a parturiente e gestante, bem como ao próprio recém-nascido, assim como a própria Constituição que garante o tratamento digno a todo ser humano como visto anteriormente.

Neste sentido, a Lei nº 11.108/2005, denominada como lei do acompanhante, incluiu na Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), o direito das gestantes em trabalho de parto à presença de acompanhante durante no parto, e pós-parto imediato, no Sistema Único de Saúde, essa lei retrata um grande progresso em prol do direito das mulheres, muito embora esta garantia venha sendo descumprida por diversos hospitais e maternidades, (MARQUES, 2020)

De acordo com o Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê, toda gestante e parturiente é dotada de inúmeros direitos que são garantidos por lei, e alguns deles estão relacionados a própria violência obstétrica. A portaria MS nº 1.067/2005 cita o direito que a mulher tem de receber um acompanhamento no seu pré-natal adequado, devendo ser atendida com dignidade e qualidade durante a gestação, parto e puerpério; além disso garante o direito de ter um acompanhante nas consultas de pré e pós-natal; ser auxílio no parto e ao puerpério humanizados e segura; o acesso à maternidade; atendimento adequado e seguro nas situações em casos de intercorrências. (CARVALHO, et al, 2019)

Além de leis que tratem especificamente de gestantes, conforme mencionado acima, no Brasil, por esta carência de legislação federal sobre a violência obstétrica, aplica-se o Código de Defesa do Consumidor, o Código de Ética Médica, e Código Civil e dependendo do caso, até mesmo o Código Penal, sempre utilizando como guia a Constituição Federal.

[...] em decorrência da lacuna legal que trate especificamente o tema, o amparo ocorre pela utilização dos direitos fundamentais constitucionais, como a dignidade da pessoa humana, previsto no inciso III, do art. 1º, da Constituição Federal. Utiliza-se, ainda, na esfera cível, o próprio Código Civil (CC), para eventual responsabilização civil, como reparação por danos materiais ou morais, conforme previsto no art. 186, do CC, que prevê que “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito” e, quando aplicado concomitantemente ao art. 927, que diz que “aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo”, tem aplicabilidade ao caso da violência obstétrica. Em alguns casos, pode haver uma violação ainda mais grave, adentrando a seara penal e, portanto, havendo aplicação de tipos penais previstos no Código Penal (CP), como o caso de lesão corporal, previsto no art. 129. (SPACOV; SILVA, 2019 p.12)

De acordo com Carvalho et al. (2019) a Organização Mundial da Saúde assevera que é direito da mulher ter acesso ao mais alto padrão de saúde, portanto, tem se utilizado a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078/90, visto que a mulher é considerada consumidora, e o profissional de saúde e instituição hospitalar como fornecedores de serviços. Assim, os direitos básicos garantidos pelo código estão previstos no Art. 6º como: “I - a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos”, e ainda “III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem”.

Em especial a temática da presente pesquisa, se faz necessário que essas leis e direitos são sejam só uma garantia a mulheres brancas, mas também a mulheres negras, pois todos são

iguais perante a lei, conforme é previsto no Art. 7º da Constituição Federal de 1988, bem como dispõe das mesmas proteções garantidas por lei. Ainda assim é necessário reforçar essa igualdade através da Lei nº 12.288/2010 que institui o Estatuto da Igualdade Racial, evidenciando isto no seu Art. 1º “Esta Lei institui o Estatuto da Igualdade Racial, destinado a garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica”. (BRASIL, 2010).

Portanto é notório a necessidade de garantir a defesa dos direitos a população negra, a lei prevê que é dever do Estado garantir essa igualdade, o que deve ser feito através de: políticas públicas; ações afirmativas; eliminação de obstáculos históricos; modificação de estruturas institucionais e outros. (BRASIL, 2010)

No tocante a saúde, o Art. 6º e seguintes da lei dispõe o seguinte:

Art. 6º O direito à saúde da população negra será garantido pelo poder público mediante políticas universais, sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos.

§ 1º O acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS) para promoção, proteção e recuperação da saúde da população negra será de responsabilidade dos órgãos e instituições públicas federais, estaduais, distritais e municipais, da administração direta e indireta.

§ 2º O poder público garantirá que o segmento da população negra vinculado aos seguros privados de saúde seja tratado sem discriminação.

Art. 7º O conjunto de ações de saúde voltadas à população negra constitui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, organizada de acordo com as diretrizes abaixo especificadas:

I - ampliação e fortalecimento da participação de lideranças dos movimentos sociais em defesa da saúde da população negra nas instâncias de participação e controle social do SUS;

II - produção de conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;

III - desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação para contribuir com a redução das vulnerabilidades da população negra.

Art. 8º Constituem objetivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:

I - a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnicas e o combate à discriminação nas instituições e serviços do SUS;

II - a melhoria da qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero;

III - o fomento à realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra;

IV - a inclusão do conteúdo da saúde da população negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde;

V - a inclusão da temática saúde da população negra nos processos de formação política das lideranças de movimentos sociais para o exercício da participação e controle social no SUS.

Parágrafo único. Os moradores das comunidades de remanescentes de quilombos serão beneficiários de incentivos específicos para a garantia do direito à saúde, incluindo melhorias nas condições ambientais, no saneamento básico, na segurança alimentar e nutricional e na atenção integral à saúde. (BRASIL, 2010) (grifo meu)

Diante do exposto, foi possível observar que existem algumas leis no Brasil que tratam da violência obstétrica caracterizando-a, outras leis esparsas versando sobre os direitos da gestante ou parturiente, e também os próprios códigos civil, penal e do consumidor que são utilizados na falta de lei federal específica. Também se verificou a presença de lei nacional que garante a igualdade racial, e que no tocante a saúde estabelece a necessidade a garantia do acesso a saúde a população negra, sendo reforçado através de políticas nacionais, ações afirmativas e outros.

Ainda assim, é necessário ter a tipificação da violência obstétrica por lei federal, para que os direitos e garantias fundamentais das mulheres, que são por vezes estigmatizadas, marginalizadas, e deixadas à mercê da própria sorte, sejam garantidos a fim de refrear a violência institucionalizada cada vez mais. Daí a necessidade de compreender como a jurisprudência, tem tratado os casos que são levados ao judiciário, e como se dá a reparação de danos quando constatada a violência, conforme será exposto.

4.2 REPARAÇÃO DE DANOS

Conforme demonstrado nos capítulos anteriores, as violações dos direitos da gestante ou parturiente antes, durante e logo após o parto, incorrem em dano, podendo ele ser de caráter material, moral, ou estético, sendo ocasionado por profissionais da saúde e instituições hospitalares. Portanto, embora não haja legislação específica que corrobore com o tema, contudo, utiliza-se de fontes do direito que são ferramentas do sistema jurídico. Essas fontes são divididas em: fontes formais, compreendendo a lei, analogia, os costumes e princípios gerais; e fontes não formais, que são constituídas por doutrina e jurisprudências, mas que não é capaz de criar uma norma jurídica, apenas contribui para a interpretação. (TARTUCE, 2019)

Portanto, ao se analisar a jurisprudência pátria, é possível vislumbrar a utilização do Código Civil, e Código de Defesa do Consumidor, principalmente, como base para análise dos casos de violência obstétrica. Os principais casos levados ao judiciário tratam do dano moral, dano estético, ou danos materiais, decorrente de erro médico, conforme exemplo abaixo retirado da jurisprudência do Tribunal de Justiça de Santa Catarina:

RESPONSABILIDADE CIVIL. INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL, MATERIAL E PERDA DE UMA CHANCE. ERRO MÉDICO. GESTANTE QUE, NOS PRIMEIROS SINAIS DE TRABALHO DE PARTO, DIRIGIU-SE À MATERNIDADE CONVENIADA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. LONGA ESPERA PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA CESARIANA. SOFRIMENTO

FETAL POR ASPIRAÇÃO DO LÍQUIDO AMNIÓTICO. AUSÊNCIA DE MONITORIAMENTO DOS BATIMENTOS CARDÍACOS E DE REALIZAÇÃO DE AMNIOSCOPIA. NATIMORTO. **PERÍCIA QUE ATESTOU A IRREGULARIDADE DA CONDUTA MÉDICA. NEXO CAUSAL DEVIDAMENTE COMPROVADO. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAL E MATERIAL. APELO DO RÉU.**

1) AUSÊNCIA DE NEXO DE CAUSALIDADE. INOCORRÊNCIA. **PERITO QUE ATESTOU QUE "DEMORA ENTRE O PRIMEIRO ATENDIMENTO E A REALIZAÇÃO DO PARTO PODE SER CONSIDERADA CAUSADORA OU FATO AGRAVANTE PARA A OCORRÊNCIA DA MORTE DA CRIANÇA".** AUSÊNCIA DE REALIZAÇÃO DE AMNIOSCOPIA, "EXAME ROTINEIRO E QUE FAZ PARTE DA BOA PRÁTICA OBSTÉTRICA, ESPECIALMENTE NO CASO EM QUESTÃO". NEXO DEVIDAMENTE COMPROVADO. DEVER DE INDENIZAR. 2) MINORAÇÃO DO QUANTUM. DESCABIMENTO. INDENIZAÇÃO FIXADA DE FORMA RAZOÁVEL E PROPORCIONAL AO IMENSO ABALO PSICOLÓGICO SUPORTADO PELOS AUTORES. PRECEDENTES DESTA CORTE. 3) CONECTÁRIOS LEGAIS DEVIDAMENTE FIXADOS. CORREÇÃO DESNECESSÁRIA. 4) PRETENSÃO DE REDISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. DESCABIMENTO. ENUNCIADO N. 326 DA SÚMULA DO STJ. RECURSO DESPROVIDO. (TJSC, Apelação Cível / Remessa Necessária nº. 0305946-06.2016.8.24.0023. Relator: Paulo Henrique Moritz Martins da Silva, 1ª Câmara de Direito Público, julgado em: 08/06/2021). (Grifo meu)

Trata-se de "ação de indenização por danos morais e materiais". No caso em tese ficou constata a negligência médica pela morosidade no atendimento a parturiente na rede do SUS, onde o nascituro apresentava batimentos cardíacos acelerados, e somente após 12h a paciente foi submetida a cesariana, contudo a criança não resistiu e veio a falecer. Em decorrência da intervenção cirúrgica a autora contraiu grave infecção. A ação foi julgada parcialmente procedente para a autora, condenando o réu ao pagamento de indenização por danos morais e materiais. Do presente acórdão retira-se ainda que, caso o réu seja ente público e comprovado o ato ilícito, o dano e o nexo de causalidade:

2. Responsabilidade civil

Tratando-se de ação ou omissão do ente público, **não há falar em elemento subjetivo** (dolo ou culpa), que, na responsabilidade civil objetiva, é de somenos importância (art. 37, § 6º, da Constituição Federal). Basta a comprovação do ato ilícito, dano e nexo de causalidade. (TJSC, Apelação Cível / Remessa Necessária nº. 0305946-06.2016.8.24.0023. Relator: Paulo Henrique Moritz Martins da Silva, 1ª Câmara de Direito Público, julgado em: 08/06/2021). (grifo meu)

O termo “erro” geralmente está atrelado com à ideia de culpa. Deste modo, se o erro médico não for comprovado juridicamente, não há como considerar alguém culpado. O erro médico é previsto no Código de Ética Médica, capítulo III, que estabelece a responsabilidade profissional. Segundo o Art. 1º, “É vedado ao médico causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência”. Ou seja, a conduta do profissional deve ser atípica, irregular ou inadequada no atendimento ou prestação do serviço

ao paciente, de forma que fique caracterizada a negligência, imprudência e imperícia. (CARVALHO et al. 2019)

Uma das negativas que mais acontecem dentro das instituições hospitalares, no quesito ao direito da parturiente, é a possibilidade de ter um acompanhante de sua escolha durante todo o período do trabalho de parto, violando completamente a Lei Federal nº 11.108/2005:

RECURSO INOMINADO. PLANO DE SAÚDE. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. DIREITO DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O PARTO. PRELIMINARES: DECISÃO QUE CONCEDEU JUSTIÇA GRATUITA À RECORRENTE. MANUTENÇÃO. CONTRADITA TESTEMUNHA. PRECLUSÃO DA QUESTÃO SUSCITADA E AUSÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE QUE JUSTIFIQUE A REANÁLISE DA DECISÃO. MÉRITO: ERRO MÉDICO. ALEGAÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. INOCORRÊNCIA. PROVAS QUE ATESTAM A REGULARIDADE DO PROCESSO DE APLICAÇÃO DA ANESTESIA RAQUIDIANA. IMPOSSIBILIDADE DE ACOLHIMENTO DA TESE DE QUE O ANESTÉSICO NÃO TERIA SURTIDO EFEITO, ANTE O TEOR DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS, QUE DEMONSTRAM QUE NÃO HOVERAM INTERCORRÊNCIAS DURANTE O PARTO. MÉDICO ANESTESISTA QUE ACOMPANHOU TODO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DO NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE OS HEMATOMAS DOCUMENTADOS NAS IMAGENS E A CONDUTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. SUBJETIVIDADE DAS ALEGAÇÕES DA RECORRENTE. ERRO MÉDICO NÃO CONFIGURADO. AFASTAMENTO DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO ANESTESIOLOGISTA. DIREITO DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O PARTO. INTELIGÊNCIA DA LEI N. 11.108/2005. NORMA QUE ASSEGURA À GESTANTE O DIREITO À PRESENÇA DE ACOMPANHANTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO. RECUSA DE INGRESSO DO GENITOR NO CENTRO CIRÚRGICO. MÉDICO QUE DELIBEROU A DISPENSA DE ACOMPANHAMENTO SEM LEVAR EM CONSIDERAÇÃO A VONTADE DA PARTURIENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DOS RISCOS QUE A PRESENÇA DO PAI PODERIA OFERECER PARA O BOM ANDAMENTO DA CESÁREA. PRESENÇA DO COMPANHEIRO QUE PODERIA TER ABRANDADO O NERVOSISMO DA PACIENTE, QUE INCLUSIVE PRECISOU SER SEDADA DURANTE O PARTO. AFRONTA À DIGNIDADE DA AUTORA. DANO MORAL CONFIGURADO. QUANTUM ARBITRADO EM R\$ 10.000,00 (DEZ MIL REAIS). DANO ESTÉTICO NÃO CONFIGURADO. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE SEQUELAS DECORRENTES DO PARTO. SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.

(TJPR, Recurso Inominado, nº. 0003922-65.2019.8.16.0130, Relator: Fernando Swain Ganem, 3ª Turma Recursal, julgado em 21.03.2022) (grifo meu)

A lei citada foi incorporada à Lei nº 8.080/90, que prevê as condições para a melhoria, proteção e recuperação da saúde, da organização bem como o funcionamento dos serviços correlatados e dá outras providências, assim, integrando o capítulo VII, o qual versa sobre o subsistema de acompanhamento, é previsto:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (BRASIL, 2005)

Ou seja, a paciente pode escolher quem será seu acompanhante, não devendo haver por parte dos profissionais da saúde, ou instituição hospitalar, a objeção sobre a escolha da mulher sobre ter um acompanhante, além disso a lei não especifica quem pode acompanhá-la, ao contrário, ela frisa que o acompanhante será indicado pela parturiente, sub entende-se que qualquer pessoa que a faça se sentir segura pode fazer parte desse momento, não importando se há ou não parentesco. A jurisprudência é clara ao afirmar que a presença de um acompanhante poderia ter sido benéfica, trazendo conforto e tranquilidade a paciente que demonstrava tensão.

Segundo Dantas (2021), o Código de Ética Médica prevê no Princípio II que o profissional da saúde tem o compromisso com a saúde do ser humano, devendo esta ser objeto de sua atenção. Portanto, cabe a ele agir com rigoroso zelo e sempre se adequar profissionalmente, estando atualizado com a melhor técnica que vise o bem do paciente.

APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA DO ESTADO. ERRO MÉDICO. MANOBRA DE KRISTELLER. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. ERRO MÉDICO. DANO MORAL CONFIGURADO. QUANTUM INDENIZATÓRIO. OBSERVÂNCIA AOS PARÂMETROS DA RAZOABILIDADE E DA PROPORCIONALIDADE. JUROS DE MORA. TERMO INICIAL. SÚMULA 54 DO SJT. ADEQUAÇÃO. SENTENÇA REFORMADA EM PARTE. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. 1. A Manobra de Kristeller é proibida pelo Ministério da Saúde, sendo sua prática considerada violência obstétrica, principalmente pelo risco de danos neurológicos irreversíveis no feto e danos ginecológicos na mãe; 2. Configurada a responsabilidade civil estatal, há o dever de indenizar e o valor da indenização por danos morais deve ser arbitrado com razoabilidade e proporcionalidade para cumprir a dupla finalidade compensatória e pedagógica, considerando as circunstâncias do caso concreto; 3. A indenização pelo dano moral não tem o objetivo de reparar a dor, mas de compensá-la de alguma forma, minimizando o sofrimento da apelada que sofre em razão do falecimento precoce de seu filho e pela violência obstétrica sofrida quando da prática de manobra proibida; 4. Quanto ao termo inicial dos juros de mora e da correção monetária, aplica-se, respectivamente, as Súmulas n.º 362 e 54 do Superior Tribunal de Justiça. No caso dos juros, a data do evento danoso é o dia do cometimento do erro médico, razão pela qual modifico a sentença nesse ponto; 4. Recurso conhecido e parcial provimento. (TJ/AM, Apelação Cível, n.º 0619613-73.2017.8.04.0001 Relator: Airton Luís Corrêa Gentil, 3ª Câmara Cível, julgado em: 28/04/2022)

No caso do relato acima, é possível observar que os profissionais realizaram uma manobra que é proibida pelo Ministério da Saúde, visto que não há comprovação científica alguma de seus benefícios em relação ao parto, sendo assim, de acordo com Brito et al (2020) o profissional ao efetuar essa manobra, mesmo sabendo das contraindicações do Ministério da Saúde, e presumindo-se que ele tem todo o conhecimento técnico disponível, conhece as

consequências e riscos que certamente o procedimento trará a paciente, sendo assim assume o risco e aceita o resultado, assentindo com o dano. Portanto, é notório que o profissional age em desacordo com o a sua responsabilidade de cuidado, atenção e de diligência a que está obrigado legalmente para com o paciente.

A em alguns casos mais graves responsabilização pode incutir penalmente também conforme jurisprudência retirada do sistema do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul:

APELAÇÃO CRIMINAL. HOMICÍDIO CULPOSO. PARTO NORMAL COM EPISIOTOMIA. ART. 121, § 3º, DO CP. INCIDÊNCIA DA MAJORANTE DO § 4º DO MESMO DISPOSITIVO LEGAL. **(INOBSERVÂNCIA DE REGRA TÉCNICA DE PROFISSÃO)**. PENA QUE NÃO MERECE REDIMENSIONAMENTO. **Demonstrado que o réu agiu com negligência, imprudência e imperícia, e que dita conduta levou a paciente a óbito, pois, após o parto com Episiotomia**, deixou de realizar procedimento de revisão do reto, o que propiciou a comunicação do conteúdo fecal com o canal vaginal, culminando com infecção generalizada, que evoluiu com a morte da vítima, mostra-se correta a sua condenação pela prática do delito de homicídio culposo. Aplicabilidade da causa de aumento de pena prevista no § 4º do art. 121 do CP, por inobservância de regra técnica de profissão. Pena definitiva de dois anos de detenção, substituída por duas restritivas de direito, consistentes na prestação de serviços à comunidade e prestação pecuniária, que se mostra adequada ao caso, não ensejando redimensionamento. APELAÇÃO DESPROVIDA. (TJRS, 2ª Câmara Criminal, Apelação Crime Nº 70053392767, Relator: Lizete Andreis Sebben, Julgado em 14/11/2013) (grifo meu)

No caso em tela, verifica-se a realização de episiotomia no parto normal com resultado morte devido a infecção generalizada pelo procedimento mal feito. Dantas (2021) é categórico ao afirmar que “vilipendiaram o dever de obter consentimento informado, e de respeitar a autonomia de suas pacientes, como afrontaram princípios fundamentais do Código de Ética Médica” (p.375). Para a realização desse tipo de intervenção é necessário que a parturiente esteja ciente e de seu consentimento, devendo ser informada de todas as possíveis complicações, pois, conforme demonstrado anteriormente, a episiotomia só é justificado em casos de emergência em que a mãe ou o bebê estejam com a vida em perigo.

Conforme indicado por Hack et al (2020), ao pesquisar por decisões no âmbito criminal, dificilmente se encontram julgados com o termo violência obstétrica, podendo este fato ser observado na jurisprudência anterior, ainda assim, as agressões empreendidas contra a gestante, podem ser tipificadas pelo Art. 129 do código penal, que prevê penalidades nos casos de ofensa a integridade corporal, ou a saúde; Art. 121 nos casos de homicídio; ou até ordenada como um agravante para os numerosos delitos que compõe o Código Penal Brasileiro, como exemplo nos artigos 121, §4º; 129, §1º, IV; 203, §2º; entre outros.

Ao consultar o as plataformas de busca de jurisprudências, como próprios sistemas do judiciário, de âmbito estadual e federal, é possível encontrar julgados sobre diversos tipos de

intervenções médicas que são considerados violência obstétrica, como por exemplo a impossibilidade de a mulher ter o primeiro contato com o bebê logo após o parto, a cesárea como imposição por parte dos profissionais da saúde, e até mesmo casos de esterilização não consentida.

4.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO FORMA DE ERRADICAR A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

É possível perceber que no mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos e violências das mais diversas formas, os desrespeitos e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde tanto públicas quanto privadas são numerosos, principalmente levando em conta que inúmeros casos nem são denunciados. Esses tratamentos não violam apenas os direitos e garantias da mulher, no entanto é possível perceber que também o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Assim, é necessário que haja maior ação, diálogo, pesquisas e mobilização sobre este grave tema que não somente engloba os direitos das mulheres, mas é um problema de saúde pública e direitos humanos. (OMS, 2014)

De acordo com Diniz et al (2015) a formação dos profissionais de saúde, principalmente a dos médicos, tem papel estruturante no formato da estrutura da saúde, e demonstra certa resistência à mudança. As melhores evidências científicas estão sendo constantemente atualizadas e são rapidamente propagadas em publicações eletrônicas, contudo, a maioria dos cursos de medicina tem sua referência fundamentada em literatura desatualizadas, e são raros os casos onde há orientações aos estudantes sobre como procurar, ponderar, e reexaminar os ensinamentos a sua disposição em respeito a determinado tema. Portanto, significa dizer que os graduandos estão limitando seu conhecimento sobre a prática baseada em evidência, e por vezes tratam as melhores práticas e mais atualizadas, que tem base científica comprovada, como mera questão de opinião, ou ideologia, mas não como uma forma de melhorar a qualidade de vida das pessoas.

A despeito das diversas medidas de adequação estrutural e de formação profissional adotadas no Brasil, ainda não foi atingida a mudança de paradigmas no atendimento à mulher em estado gravídico e puerperal preconizada pela Organização Mundial de Saúde. A não observância à perspectiva de gênero na construção das políticas públicas voltadas à humanização do parto ensejou a insuficiente devoção do poder público ao reequilíbrio das relações entre mulheres e profissionais no sistema de saúde. (SILVA; AGUIAR, 2020, p. 65)

A humanização no tratamento e no parto realizado por profissionais da saúde é visto por muitos como uma solução para erradicar a violência obstétrica, bem como outros tipos de violência hospitalar que é experimentada por tantas mulheres no país. A OMS prevê outras formas de diminuir os casos de violência, e entre eles estão os seguintes: o governo deve dar maior apoio para pesquisas e ter maior atuação no que diz respeito aos maus tratos praticados contra as gestantes e parturientes; elaborar e conservar projetos de melhoria da qualidade e atenção à saúde materna; dar maior ênfase nos direitos e garantias das mulheres a uma assistência humana; produzir pesquisas para fornecimento de dados sobre os índices de violência; e envolver a mulher no procedimento de aprimoramento no atendimento nos serviços de saúde. (SILVA, 2018)

Através da portaria nº 353, foram aprovadas as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, como proposta, reúne-se no documento informações relativas ao parto humanizado, atendendo mulheres em trabalho de parto, a parturiente, o recém-nascido, e destina-se principalmente aos profissionais da saúde, visando sempre o bom atendimento e as boas práticas, de forma a indicar alguns métodos menos invasivos. A exemplo disso o acesso a estratégias e métodos de alívio da dor não farmacológicos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

O Ministério da Saúde lançou um projeto com o intuito de melhorar os processos de atenção, gestão e formação no que diz respeito ao parto, nascimento e ao abortamento, denominado Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On), sendo fundamental a qualificação e ampliação da atenção obstétrica e neonatal em hospitais de ensino, e universitários. Essa iniciativa é em parceria com o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), e estabelece um formato com base em evidências científicas, no que consiste a humanização do parto, e na garantia de direitos. (CÂMERA, 2017)

Esse projeto é constituído por uma rede de hospitais, e visa a mudança dos modelos tradicionais, portanto parte da necessidade de ampliar a integração entre ensino e serviços de saúde, principalmente no que diz respeito a qualificação na formação dos profissionais e as práticas de cuidado. A proposta abrange uma rede de hospitais de ensino, com aproximadamente 97 hospitais em todo o estado brasileiro. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Como objetivos o projeto prevê:

Qualificar os processos de atenção, gestão e formação relativos ao parto, nascimento e ao abortamento nos hospitais com atividades de ensino, incorporando um modelo

com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos.

Objetivos Específicos: • Qualificar o ensino e o exercício da obstetrícia e neonatologia, com base nas melhores evidências científicas, segurança e garantia de direitos. • Promover a incorporação das Diretrizes Nacionais para o Parto Normal e as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, do MS. • Fortalecer as ações de saúde sexual e saúde reprodutiva com oferta de anticoncepção pós-parto (APP) e pós-abortamento (APA). • Implementar a atenção humanizada às mulheres em situação de violência sexual. • Implementar a atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento e aborto legal. • Fomentar a articulação entre a gestão local do SUS e os hospitais com atividades de ensino, com vistas ao fortalecimento da atuação em rede e a sustentabilidade das estratégias implementadas. • Estimular o desenvolvimento de pesquisas de inovação relativas aos cuidados na atenção ao parto, nascimento e abortamento, saúde sexual e reprodutiva e atenção humanizada às mulheres em situação de violência sexual. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

O Governo Federal através do Ministério da Saúde, criou em 2011 através da Portaria de nº 1.459/2011, uma tática denominada Rede Cegonha Aplicada no SUS essa rede visa assegurar as mulheres cuidados e o direito ao planejamento reprodutivo e com atenção a humanização da gravidez, ao parto e pós-parto, além disso pretende garantir os direitos às crianças o direito ao nascimento de forma segura, sempre visando o bom desenvolvimento deste. Está estratégia se demonstrar um marco fundamental nas políticas públicas de humanização do parto no Brasil devido sua expansão de consolidação através de diversas normativas, que propôs grandes mudanças até mesmo cultural de como é o nascimento no Brasil, essas normativas podem ser vistas no próprio site do Ministério da Saúde. (MARQUES, 2020)

Acompanhada das diretrizes de atenção ao parto normal, o Ministério da Saúde também foram implementou diretrizes com relação a cesariana. Embora seja recomendável apenas em casos extremos, a execução da mesma deve ser humanizada, no sentido de não tratar a mulher como um laboratório ou experimento onde os profissionais da saúde podem tudo. Através da portaria nº 306/06 foi aprovada as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Esta diretriz tem como finalidades principais avaliar e sintetizar a informação científica em relação a algumas práticas comuns na atenção à cesariana programada, de modo a fornecer subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover e proteger a saúde e o bem-estar da mulher e da criança. Não foram abordadas nestas diretrizes situações em que a cesariana ocorre no cuidado intraparto, de urgência, ou em gestantes com comorbidades cujas indicações do procedimento podem variar de acordo com a patologia específica (por exemplo, pré-eclâmpsia, diabetes, lúpus). As questões propostas foram distribuídas em capítulos acerca dos cuidados à mulher e ao recém-nascido, à cesariana programada e o parto vaginal após uma cesariana prévia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p.20-21)

Alguns estados também tem feitos suas próprias diretrizes, a exemplo disso o Ministério Público de Santa Catarina em campanhas, e a Defensoria Pública de São Paulo no Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres criou uma cartilha explicando como se caracteriza a violência obstétrica, e, através da “Redes de Atendimento - Violência Obstétrica” e disponibilizou algumas instituições e serviços onde podem ser feitas denúncias sobre a violação, tais como: Ouvidorias de saúde, Ministério Público Federal, Ministério Público de São Paulo, Delegacias Policiais e a Defensoria Pública do Estado de São Paulo. (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2021)

Uma forma de dar maior autonomia a gestante, é a elaboração do plano de parto. A Lei nº 15.759/2015 assegura este documento, que consiste na elaboração, durante a fase pré-natal, de um plano onde é exprimida as vontades com relação ao parto, podendo até mesmo ser informado com antecedência sobre aplicações de medicamentos, e intervenções. Este documento deve ser seguido pelos profissionais da saúde, desde que a vida da mesma não esteja correndo riscos. Mas alguns estudos já mostram as vantagens da utilização desse instrumento, pois visa o protagonismo da mulher e gera de certa forma, uma maior satisfação materna, principalmente visando um parto normal que possa acontecer com a maior naturalidade possível. (FANELI, 2020)

Assim como disposto com Carvalho et al (2019), humanizar o parto e o nascimento não apenas uma forma de garantir o direito da mulher ou da família sobre o fato de aquele momento ser único e especial. Mas também, é uma forma de mobilizar, e ir contra a cultura medicalizada, é uma maneira de enaltecer os valores éticos que são constantemente ensinados durante todo o percurso da vida, é sobretudo, um recurso para preservar o humanismo.

“Em tempos nos quais os desejos por uma boa morte começam a ser respeitados ao redor do mundo, não faz qualquer sentido que – dentro do possível e sempre harmonizados com os princípios da autonomia, justiça, beneficência e não maleficência – os desejos das mulheres, em um dos momentos mais importantes da sua vida devam ser desconsiderados, por razões menores. (DANTAS, 2021, p. 386)”

Portanto, diante dos últimos casos que se tem noticiados no Brasil, é possível perceber que as políticas públicas atuais não têm sido suficientes para resguardar os direitos das gestantes, é o caso de adoção de medidas extremas, como a sanção de lei federal específica, que além das especificações sobre como acontece a violência obstétrica, prevê sanções e penas mais severas para aqueles que, devendo resguardar a saúde física e mental da parturiente promovendo um ambiente salubre, igualitário, harmonioso, onde a dignidade da mulher e a autonomia sejam respeitados, violentam em vários aspectos a mulher.

5 CONCLUSÃO

A partir da presente pesquisa, foi possível perceber que a violência obstétrica é uma violência que atinge a dignidade da pessoa humana e a autonomia da mulher sobre seu corpo durante o parto. A violência obstétrica vem sendo cada vez mais abordada devido a sua reincidência, portanto, constatou-se que se faz necessário à sua tipificação por lei federal. Além disso nota-se que as políticas públicas existentes não têm se mostrado tão eficiente, pois grande parte das mulheres que sofrem com a violência obstétrica não chegam nem se quer a perceber que os tratamentos desumanos e degradantes antes, durante e logo após o parto, bem como a intervenções médicas desnecessárias sem o seu conhecimento e consentimento, são caracterizados como violência obstétrica, diante disso foi possível vislumbrar que há a possibilidade do nº de violências obstétricas ser extremamente maior do que o relatado.

Ainda, embora seja muito necessária legislação específica que caracterize a violência obstétrica, e vise tipificação cível e penal, esta se torna uma alternativa fim, para tratar um problema onde é necessário conhecer suas causas, e onde ele precisamente se inicia. Assim sendo, como alternativa inicial, é primordial que as instituições de ensino tanto da área da saúde como de ciências humanas, trabalhem mais o tema e estejam sempre em constante atualização sobre as medidas e alternativas mais adequadas e benéficas ao paciente, como é o exemplo das diretrizes da Organização Mundial de Saúde sobre a prevenção e eliminação de abusos durante o parto nas instituições de saúde.

O parto foi muito medicalizado com o passar dos anos, a mulher grávida muitas vezes foi tida como cobaia para aplicação de novas tendências, a exemplo da cesárea. Esse tipo de procedimento seu protagonismo ao médico, que antes era totalmente da parturiente tendo apenas o auxílio de uma parteira. Isso, combinado ao fator tempo, resultou em profissionais da saúde que preterem um parto cirúrgico com diversas intervenções, à um parto natural. O parto natural, por sua vez, foi horrorizado pela aplicação de manobras extremamente dolorosas que visassem aceleração do parto, a exemplo da manobra de kristeller, episiotomia, amniotomia ou outros, demonstrando, portanto, a impaciência dos médicos e profissionais da saúde em geral, bem como uma desvalorização do ser, que perde totalmente sua identidade, tornando-se mera estatística.

Relacionado a violência obstétrica, notou-se que as mulheres negras são as maiores vitimizadas, pelo fato de serem mulheres e negras. No âmbito institucional hospitalar é notória

a presença da crença errônea de que a mulher negra suporta mais dor, em decorrência disso, ela é deixada mais tempo em filas de atendimento, no atendimento, as consultas duram menos por não ser dada a real relevância das mazelas feitas por esta, entre outros exemplos que são muito corriqueiros. É notório, ainda, que os impactos na vida da mulher existem, o abalo emocional, psicológico, e até mesmo física, pode leva-la a danos irreversíveis. O judiciário mostra-se pouco solidário com relação a essas vítimas, as políticas públicas se mostram ineficiente diante das monstruosidades que ocorrem dentro dos hospitais que aparentam ser uma “terra sem lei”, onde médicos são deuses e a mulher sua subalterna.

Portanto, os esforços para erradicar a violência obstétrica devem ser constantes, através de políticas públicas efetivas, legislação específica, requer-se o aprimoramento nas instituições de ensino, principalmente no âmbito da saúde, devendo o ente público servir como uma ponte entre os profissionais da saúde e a sociedade, sempre resguardando o direito da parte mais fraca, ou seja, no caso presente a mulher negra.

6 REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA SENADO. Entenda o caso Alyne. Senado Notícias. 2013. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2013/11/14/entenda-o-caso-alyne>>. Acesso em: 06 jul. 2022
- ALMEIDA, Silvio Luiz de. Racismo estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- AMARAL, Aléxia Fortes; KLEIN, Ana Paula; GRUNEWALD, Evelyn Sofia. A violência obstétrica e os seus danos à saúde psicológica da mulher. Anais do 19º Encontro Científico Cultural Interinstitucional – 2021 ISSN 1980-7406
- ARGENTINA. Ley 25.929/2004: Ley Nacional de Parto Respetado. Buenos Aires: Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. 2004.
- _____. Ley 26.485/2009: Ley de proteccion integral a las mujeres. Buenos Aires: Congreso Argentino, 2009.
- ASSOCIAÇÃO ARTEMIS. Violência Obstétrica. Disponível em: <<https://www.artemis.org.br/violencia-obstetrica>>. Acesso em: 29 mai. 2016
- BAGGENSTOSS, Grazielly Alessandra. Direitos fundamentais das mulheres: o mínimo existencial diferenciado pelo gênero. IN: BRAUNER, Maria Claudia Crespo; et al. Gênero, sexualidades e direito I– Florianópolis: CONPEDI, 2018, p. 61-81.
- _____, Grazielly Alessandra. Reflexões sobre igualdade de gênero a partir de uma perspectiva antidiscriminatória. In: RODRIGUES, Patricia Pacheco; ALVES, Samira Rodrigues Pereira (Orgs.). A constituição por elas. São Paulo: Uninove, 2021. p.884-896
- BAIROS, Luiza. A mulher negra e o feminismo. In: COSTA, Ana Alice Alcantara; SARDENBERG, Cecília Maria B. (org.) O Feminismo no Brasil: Reflexões Teóricas e Perspectivas. Salvador, NEIM/UFBA, 2008, pp.139-147.
- BARBOZA, Heloisa Helena Gomes. Princípio da Autonomia da Vontade. In: TORRES, Ricardo Lobo (Org.); et al. Dicionário de Princípios Jurídicos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 117-127.
- BARRETO, Rafael. Direitos Humanos. 9. ed. rev. ampl. e atual. Salvador: Juspodivm, 2019.
- BOBBIO, Norberto. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Campus, 2004.
- BORGES, Nayara. A luta contra a violência obstétrica: desmistificando crenças. 2020. E-Book.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 7633/2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 2014. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=576699>. Acesso em: 10 jul 2022

_____. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 7867/2017. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>>. Acesso em: 10 jul 2022

_____. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil Brasileiro. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 29/05/2022.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 29 mai. 2022.

_____. Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 01 jul. 2022.

_____. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 20 jun. 2022

_____. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm>. Acesso em: 14 jul. 2022

_____. Ministério da Saúde. Caderneta da gestante. 4ª ed. Brasília. 2018. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/02/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2022

_____. Ministério da Saúde. Caderneta da gestante. 6ª ed. rev. Brasília. 2022. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderneta_gestante.pdf> Acesso em: 6 jul. 2022

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

_____. Ministério da Saúde. OFÍCIO Nº 296/ 2019/ COSMU/ CGCIVI/ DAPES/ SAPS/ MS, de 07 de junho de 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/30QHoXx>>. Acesso em 10 jun. 2022

_____. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS-a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério Público Federal. Recomendação nº 29/2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2LnRueo>>. Acesso em: 10 jun. 2022

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. Cadernos de Saúde Pública, RJ, p. 135-149, 1 jun. 1991. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/xFmLWvbx9BRGyJXW38gFXpP/?lang=pt>>. Acesso em: 1 mar. 2022

BRITO, Cecília Maria Costa; et al. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 120–140, 2020. DOI: 10.17566/ciads.v9i1.604. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/604>>. Acesso em: 24 jun. 2022.

CÂMERA, Aline. Ministério da Saúde lança projeto de qualificação do ensino em obstetrícia e neonatologia. Fiocruz. 06 set 2017. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/ministerio-da-saude-lanca-projeto-de-qualificacao-do-ensino-em-obstetricia-e-neonatologia>>. Acesso em: 03 jul. 2022

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. Estudos Avançados, v. 17, n. 49. 2003. p. 117-133.

CARNIEL, Francieli et al. Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica. Journal of nursing and health, v. 9, n. 2, 2019

CARVALHO, Arthur de Sousa et al. Violência obstétrica: a ótica sobre os princípios bioéticos e direitos das mulheres. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, 2019 v. 26, n. 1, p. 52-58.

CATOIA, Cinthia de Cassia; et al. Caso “Alyne Pimentel”: violência de gênero e interseccionalidades. Revista Estudos Feministas, v. 28, 2020.

CERDEIRA, Rayssa. Número de denúncias de violência obstétrica já é dez vezes maior esse ano. CBN, [S.l.], 21 maio 2019. Disponível em:

<<https://cbn.globoradio.globo.com/media/audio/260878/numero-de-denuncias-de-violencia-obstetrica-ja-e-d.htm>>. Acesso em: 7 jan. 2022.

COELHO, Mainara Gomes Cândida; SANTOS, Poliana Ribeiro dos. Violência obstétrica: uma violação aos direitos humanos das mulheres. In: BAGGENSTOSS, Grazielly Alessandra et al (Orgs.). Não há lugar seguro: Estudos e práticas sobre violência contra as mulheres nas perspectivas dos direitos sexuais e reprodutivos. Florianópolis: Centro de Estudos Jurídicos, (CEJUR), 2019. v 4. p. 333.

COHEN, Claudio et al. Ética Médica e Bioética na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: uma trajetória. In: COHEN, Cláudio; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. Editores. Bioética direito e medicina, 1ª ed. Barueri: Manoele, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010

DANTAS, Eduardo. Direito Médico. 5. ed. rev. atual. Ampl. Salvador Juspodivm, 2021.

DAVIS, Angela. Mulher, raça e classe Tradução livre. Lisboa: Plataforma Gueto, 2013.

DAVIS, Dána-Ain. Racismo obstétrico: a política racial da gravidez, do parto e do nascimento. Amazônica-Revista de Antropologia. Tradução de TEMPESTA, Giovana Acacia; ENEILE, Morgana., v. 12, n. 2, 2021. p. 751-778.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Conversando sobre violência obstétrica. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. 2021. Disponível em: <<https://www.defensoria.sp.def.br/documents/20122/f60e278a-4bd2-0094-2917-e9fc0c74d310>>. Acesso em: 08 jul. 2022

DINIZ, Simone Grilo 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. J Hum Growth Dev, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015.

DINIZ, Simone. Campanha pela abolição da episiotomia de rotina. In: REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência Obstétrica “Parirás com dor”: dossiê elaborado para a CPMI da violência contra as mulheres. Brasília: Senado Federal, 2012.

EQUIPE EDITORIAL BIBLIOMED. Parto em casa. Boa Saúde, [S. l.], p. 1-1, 10 jul. 2020. Disponível em: <<https://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/5508/-1/parto-em-casa.html#:~:text=Imagens%20antigas%20mostram%20que%20normalmente,como%20o%20uso%20do%20f%C3%B3rceps>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

FACHIN, Luiz Edson; RUZYK, Carlos E. Pianovski. Princípio da Dignidade Humana. In: TORRES, Ricardo Lobo (Org.); et al. Dicionário de Princípios Jurídicos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 306-320.

FEITOSA, Isabella Sousa; MOTA, Karine Alves Gonçalves. A responsabilidade civil e as formas de indenização nos casos de violência obstétrica praticada em hospitais públicos. *Revista Vertentes Do Direito*, 2021, v. 8, n. 1, p. 183-205.

FERREIRA, Marry. De 1800 a 2020 – Mulheres negras lideraram a luta pelo direito ao voto universal nos EUA. *Revista Afirmativa*. 2020. Disponível em: <<https://revistaafirmativa.com.br/de-1800-a-2020-sao-as-mulheres-negras-que-lideram-a-luta-pelo-direito-ao-voto-universal-nos-eua/>>. Acesso em 20 jun. 2022

FLORIANÓPOLIS, Lei nº 10.758, de 06 de novembro de 2020. Prefeitura de Florianópolis, 2020.

FOUCAULT, Michel. 1984. *História da sexualidade: o uso dos prazeres*. Tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque. 13. Ed. Rio de Janeiro: Graal. 1988. v. 1.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados*. Pesquisa de Opinião Pública. Agosto de 2010.

GARCIA, Carla Cristina. *Breve história do feminismo*. 3ª. ed. São Paulo: Claridade, 2015.

GOES, Emanuelle. *VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O VIÉS RACIAL*. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, [S. l.], p. 1-1, 14 mar. 2018. Disponível em: <<https://cebes.org.br/violencia-obstetrica-e-o-vies-racial/19702/#>> Acesso em: 28 fev. 2022.

GONDINHO, André Osorio. Princípio da Dignidade Humana. In: TORRES, Ricardo Lobo (Org.); et al. *Dicionário de Princípios Jurídicos*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 321-329.

HACK, Graciela Flávia et al. Violência obstétrica: análise à luz dos direitos fundamentais. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 7, p. 48095-48114, 2020.

HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo social**, 2014. v. 26, p. 61-73.

JUIZ DE FORA, Lei Nº 14.381 - de 1º de abril de 2022. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Município de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2022. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/mg/j/juiz-de-fora/lei-ordinaria/2022/1439/14381/lei-ordinaria-n-14381-2022-dispoe-sobre-a-implantacao-de-medidas-de-informacao-e-protecao-a-gestante-e-a-parturiente-contr-a-violencia-obstetrica-no-municipio-de-juiz-de-fora>>. Acesso em: 04 jul. 2022

JUNQUEIRA, Michelle Asato; ANDREUCCI, Ana Claudia Pompeu Torezan. Para além do lobby do batom: a bancada feminina na constituinte de 1988 na luta pelos direitos das crianças, adolescentes e idosos. In: RODRIGUES, Patricia Pacheco; ALVES, Samira Rodrigues Pereira (Orgs.). *A constituição por elas*. São Paulo: Uninove, 2021. p. 44-55.

LACERDA, Isadora Almeida. *O conceito de violência contra a mulher no direito brasileiro*. PUC-RJ, Departamento de Direito, 2014. Disponível em: <<http://www.puc->

rio.br/ensinopesq/ccpg/Pibic/relatorio_resumo2014/relatorios_pdf/ccs/DIR/DIR-Isadora%20Almeida%20Lacerda.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2022

LAZZERINI, Marzia et al. Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *The Lancet Regional Health-Europe*, v. 13, p. 100268, 2022.

LEAL, et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, 2017.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.30, supl.1, p.S5-S7. 2014

LEITE, Tatiana Henriques et al. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 483-491, 2022.

LENZA, Pedro. *Direito Constitucional Esquematizado*. 24ª ed. São Paulo: Saraiva. 2020

MACEDO, Thaís Scuissiatto Borges de Macedo. *Com dor darás à luz: Retrato da violência obstétrica no Brasil*. 2018. E-book.

MAIA, Zenaide. Direitos reprodutivos das mulheres a partir da constituição federal de 1988. In: RODRIGUES, Patricia Pacheco; ALVES, Samira Rodrigues Pereira (Orgs.). *A constituição por elas*. São Paulo: Uninove, 2021. p. 1267-1273

MALARD, Neide Terezinha. A conquista de direitos pelas mulheres, com ou sem a constituição. In: RODRIGUES, Patricia Pacheco; ALVES, Samira Rodrigues Pereira (Orgs.). *A constituição por elas*. São Paulo: Uninove, 2021. p. 120-132.

MARQUES, Silvia Badim. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 97–119, 2020. DOI: 10.17566/ciads.v9i1.585. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>. Acesso em: 1 jan. 2022.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MASSON, Nathalia. *Manual de Direito Constitucional*. 4ª. ed. rev. atual. ampl. Salvador Juspodivm, 2016.

MATIAS, Tainá Silveira. *Violência obstétrica: uma violação dos direitos fundamentais da mulher*. Orientador: Fábio Mattos. 2020. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Direito. Universidade do Sul de Santa Catarina. Araranguá. 2020

MIGUEL, Ana Lucia; DOTTA, Alexandre Godoy. O aborto e o direito da mulher ao próprio corpo. Cadernos da Escola de Direito. v. 27, n. 2, p. 53-70, 2017. Disponível em: <<https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernosdireito/article/view/3867/3138>>. Acesso em: 21 jun. 2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<https://documentos.mpsc.mp.br/portal/manager/resourcesDB.aspx?path=3752>>. Acesso em: 5 de jun 2022

_____. Secretaria de atenção à saúde. Apice on: aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia. 2017. Disponível em:https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/wp-content/uploads/2019/09/O_projeto_ApiceOn.pdf . Acesso em: 5 de jun 2022.

_____. Secretaria de políticas de saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 5 de jun 2022.

MONTEIRO, Ester. Lobby do Batom: Marco Histórico no Combate à Discriminação. Senado Federal, Brasília, mar. 2018. Disponível em:<<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/03/06/lobby-do-batom-marco-historico-no-combate-a-discriminacoes>>. Acesso em: 30 mai. 2022.

MORAES, Alexandre de. Direito constitucional. 13ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2017, v. 27, p. 415-432.

NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.979-998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: WHO, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/30YT6za> Acesso em 07 mai. 2022.

_____. WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: WHO, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2ByJZvB> Acesso em 23 mai. 2022.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.25, n.4, 2018.

PARANÁ. Lei nº 19.207, de 01 de novembro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Paraná. Curitiba: Casa Civil do Governo do Estado do Paraná, 2017. Disponível em: <

<https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=184533&codItemAto=1150296#1150296>>. Acesso em: 10 jul. 2022

_____. Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018. 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. Curitiba: Casa Civil do Governo do Estado do Paraná. 2018.

Disponível em:

<<https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=211151&indice=1&totalRegistros=13&dt=1.1.2022.16.17.57.730>>. Acesso em: 10 jul. 2022

PIOVESAN, Flávia. Temas de direitos humanos. 5ª ed. São Paulo: Saraiva. 2012.

PIRES, Thula Rafaela de Oliveira. Direitos humanos traduzidos em português. Transformações, Conexões e Deslocamentos. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress. Florianópolis: UFSC, 2017, v. 11.

_____, Thula. Racializando o debate sobre direitos humanos. SUR-Revista Internacional de Direitos Humanos, 2018, v. 15, n. 28, p. 65-75.

PONCIANO, Camila. A violência obstétrica e o erro médico nos trabalhos de parto: estudo de caso proferido pelo tribunal de justiça do rio grande do sul. Revista de Direito, 2019, v. 10, n. 1, p. 62-81.

RAMOS, André de Carvalho. Curso de direitos humanos. São Paulo: Saraiva. 2014

RAMOS, Raphaela. Racismo obstétrico: violência na gestação, parto e puerpério atinge mulheres negras de forma particular. Portal Geledes. 2020. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/racismo-obstetrico-violencia-na-gestacao-parto-e-puerperio-atinge-mulheres-negras-de-forma-particular/?gclid=Cj0KCQjw5ZSWBhCVARIsALERCvxdTK2BScgGil4YWLAM6nv-r6xsb2eWuZ5m_3p3QMWY6jd8RK6nTcQaAvZAEALw_wcB>. Acesso em: 20 jun 2022

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência Obstétrica “Parirás com dor”: dossiê elaborado para a CPMI da violência contra as mulheres. Brasília: Senado Federal, 2012.

ROCHA, Maria Elizabeth Guimarães Teixeira. Os direitos da mulher nos 30 anos da Constituição Federal Brasileira. Justiça e Cidadania, n. 218, 11 out. 2018. Disponível em: <<https://www.editorajc.com.br/os-direitos-da-mulher-nos-30-anos-da-constituicao-federal-brasileira/>>. Acesso em: 3 fev. 2022.

RORIZ, Giulia. Shantal diz ter sofrido violência obstétrica: “Me rasgou com a mão”. Metrôpoles. 11 dez 2021. Disponível em: <

<https://www.metropoles.com/celebridades/shantal-diz-ter-sofrido-violencia-obstetrica-me-rasgou-com-a-mao>>. Acesso em: 1 jul 2022.

SAMPAIO, Elias de Oliveira. Racismo institucional: desenvolvimento social e políticas públicas de caráter afirmativo no Brasil. *Interações - Revista Internacional de Desenvolvimento Local*, Campo Grande, v. 4, n. 6, p. 77-83, mar. 2003. Disponível em: <<https://www.interacoes.ucdb.br/interacoes/article/view/561/598>>. Acesso em: 25 jul. 2022.

SANTA CATARINA. Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: ALESC. 2017.

_____. Lei nº 18.322, de 5 de janeiro de 2022. Consolida as Leis que dispõem sobre Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Florianópolis: ALESC. 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang. Princípio da Dignidade Humana. In: TORRES, Ricardo Lobo (Org.); et al. *Dicionário de Princípios Jurídicos*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p.330-356.

SILVA, Bruna Menezes Gomes da; AGUIAR, Julio Cesar de. A violência obstétrica sob e perspectiva da análise comportamental do direito. *Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE)*, 2020, v. 8, n. 1, p. 45-72.

SILVA, Lucília Mendes de oliveira e. Políticas Públicas contra a violência obstétrica no Brasil: o Humaniza SUS. V Simpósio Gênero e Políticas Públicas, 2018, v. 5, n. 1, p. 514-526,

SILVA, Ruth Maria Junqueira de Andrade Pereira; GIMENES, Daniela Nunes Veríssimo. Direitos fundamentais e ações afirmativas na constituição federal in: rodrigues, Patrícia Pacheco; ALVES, Samira Rodrigues Pereira (Orgs.). *A constituição por elas*. São Paulo: Uninove, 2021. p.868-883.

SIMÕES, Vânia. Violência Obstétrica – tendências legislativas em Portugal. *Observatório Almedina*, 2022. Disponível em: <<https://observatorio.almedina.net/index.php/2022/03/14/violencia-obstetrica-tendencias-legislativas-em-portugal/>>. Acesso em: 14 jun. 2022

SOUZA, Kleyde Ventura et al (Orgs.). *Caderno do curso de aprimoramento em enfermagem obstétrica com foco na atenção ao parto e nascimento: qualificação dos processos de cuidado e de gestão*. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 2019. Disponível: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/wp-content/uploads/2019/04/caderno_Curso_Aprimoramento_Enfermeiras_Obst%C3%A9tricas.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2022.

SPACOV, Lara Vieira; SILVA, Diogo Severino Ramos da. Violência Obstétrica: um olhar jurídico desta problemática no Brasil. *Derecho y Cambio Social*, 2019. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Derecho-y-Cambio_n.55.23.pdf. Acesso em: 18 mar. 2022.

TARTUCE, Flávio. Direito civil: lei de introdução e parte geral. 15ª Ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

TEIXEIRA, Yeda De Oliveira Alves. Antes mesmo de nascer: Como o racismo no parto se manifesta em dupla violência contra mulheres negras no Brasil. 2021. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Jornalismo do Centro de Comunicação e Expressão. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2021.

TELES, Maria Amélia de Almeida. Breve História do Feminismo no Brasil. 1. ed. São Paulo: Brasiliense. 1999.

VENEZUELA. Ley N° 38.668/2007. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas. 2007.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A Medicalização do Corpo Feminino. In. GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (orgs.) Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 67- 78.

WITTE, Gisele. Parto, dor e religião: controle sobre o corpo da mulher através das violências simbólicas do texto bíblico. In: BAGGENSTOSS, Grazielly Alessandra; et. al (Orgs) Direito e feminismos: rompendo grades culturais limitantes. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 291-304.