

**FACULDADE DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E GERENCIAIS ALVES
FORTES**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, ENQUANTO VIOLÊNCIA DE GÊNERO E
SEU VIÉS RACIAL, SOB A ÓTICA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS**

LAIANE ALVES FRANCISCO

ALÉM PARAÍBA, DEZEMBRO/ 2021

LAIANE ALVES FRANCISCO

**VIOLÊNCIA OBSTÉRICA ENQUANTO VIOLÊNCIA DE GÊNERO E SEU
VIÉS RACIAL, SOB A ÓTICA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

LAIANE ALVES FRANCISCO – DIREITO

COORDENADORA: ROGÉRIA APARECIDA DE SOUZA OLIVEIRA

ORIENTADORA: MARSELHA EVANGELISTA DE SOUZA

**FACULDADE DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E GERENCIAIS ALVES
FORTES**

ALÉM PARAÍBA, DEZEMBRO/ 2021

FRANCISCO, Laiane Alves

Violência obstétrica enquanto violência de gênero e seu viés racial
sob a ótica dos direitos fundamentais.

Nº de folhas: 48

Bacharel em Direito - Faculdade de Ciências Jurídicas e Gerenciais
Alves Fortes – FACE-ALFOR, mantida pela Fundação Educacional de
Além Paraíba – FEAP

Coordenadora: Esp. Rogéria Aparecida de Souza Oliveira

Professora Orientadora: Marselha Evangelista de Souza

1. Violência obstétrica. 2. Gênero. 3. Raça. 4. Direitos fundamentais.

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENQUANTO VIOLÊNCIA DE GÊNERO E SEU VIÉS
RACIAL, SOB A ÓTICA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS**

LAIANE ALVES FRANCISCO

**MONOGRAFIA, APRESENTADA A FACULDADE DE
CIÊNCIAS JURÍDICAS E GERENCIAIS ALVES FORTES
MANTIDA PELA FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ALÉM
PARAÍBA, COMO REQUISITO À OBTENÇÃO DO TÍTULO EM
BACHAREL EM DIREITO.**

BANCA EXAMINADORA:

Esp. Marselha E. de Souza
Professora Orientadora

Esp. Andrea Lúcia Horta e Silva
Convidada

Esp. Geovane Lopes de Oliveira
Convidado

NOTA

APROVADA

APROVADA COM RESTRIÇÕES

REPROVADA

**ROGÉRIA APARECIDA DE SOUZA OLIVEIRA
COORDENADORA DO CURSO DE DIREITO**

Além Paraíba, 10 de dezembro de 2021.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é demonstrar a incidência da prática da violência obstétrica no campo da medicina sob a perspectiva de gênero e o ideal construído sobre pessoas negras frente aos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal de 1998 e Legislação esparsa. Buscando compreender as formas de dominação e discriminação existentes na sociedade e sua influência na prática da violência obstétrica.

Buscou-se analisar o processo de construção e medicalização do parto, a humanização e protagonismo da mulher no momento do nascimento. Abordando um panorama geral dos indicativos de gênero e raça. Expondo os direitos da mulher consagrados na Constituição Federal e em âmbito suprallegal, os quais vedam práticas cruéis e desumanas. Na mesma linha em que analisa a repercussão da violência obstétrica no Brasil encarando-a como um mecanismo violador dos direitos conquistados pelas mulheres e como sendo responsabilidade do Estado a inibição de sua prática.

PALAVRAS-CHAVE: Violência obstétrica. Gênero. Raça. Direitos Fundamentais.

ABSTRACT

The objective of this paper is to demonstrate the incidence of the practice of obstetric violence in the field of medicine from the perspective of gender and the ideal built on black people, in view of the fundamental rights provided for in the Federal Constitution of 1998 and sparse legislation. Seeking to understand the forms of domination and discrimination existing in society and their influence on the practice of obstetric violence.

We sought to analyze the process of construction and medicalization of childbirth, the humanization and protagonism of women at the time of birth. Addressing an overview of gender and race indicators. Exposing the rights of women enshrined in the Federal Constitution and in a supra-legal scope, which prohibit cruel and inhuman practices. In the same line, in which it analyzes the repercussions of obstetric violence in Brazil, facing it as a mechanism that violates the rights conquered by women and as the State's responsibility to inhibit its practice.

KEYWORDS: Obstetric violence. Genre. Breed. Fundamental rights

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 HISTÓRIA DE CONSTRUÇÃO E HUMANIZAÇÃO DO PARTO E AS RELAÇÕES DE PODER.....	14
1.1. Processo histórico de formação da medicina	15
1.1.1 Da humanização do parto	18
1.2 Conhecimento científico: o monopólio da expertise como ferramenta da violência obstétrica	19
2 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA - GÊNERO, CORPO E OBJETIVICAÇÃO	21
2.1 Incidência do patriarcado	22
2.2 Qualificação da violência obstétrica	23
2.2.1 Procedimentos de caráter físico	28
2.2.2 Procedimentos de caráter psicológico	30
2.2.3 Procedimentos de caráter sexual.....	31
3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O VIÉS RACIAL - A CONDICIONANTE RAÇA.....	33
4 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO CAUSA JURÍDICA.....	38
4.1 O tratamento legal da violência obstétrica no brasil.....	38
4.2 Os direitos fundamentais do estado democrático brasileiro e a violência obstétrica.	40
4.2.1 A saúde como direito fundamental	42
4.2.2 Dignidade da pessoa humana	43
4.3 TUTELA JURÍDICA DAS MULHERES NEGRAS E AS AÇÕES AFIRMATIVAS	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

INTRODUÇÃO

A trajetória da história do parto e da forma com que as mulheres concebem seus filhos envolve uma série de observações e questionamentos. Nos tempos mais remotos, a relação do parto era perpetrada pela figura das parteiras ou comadres, as quais serviam de apoio no momento da maternidade e eram as responsáveis pelos cuidados e conhecimentos voltados ao nascimento, o ato de parir e a humanização do parto. Dominando assim a expertise de diferentes temas relacionados ao cuidado do corpo e de doenças.

No Brasil, até meados do século XX, a maioria dos partos ocorriam no ambiente doméstico. Nesse período, a autonomia do corpo da mulher era o condicionante para as ações no momento do parto, havendo assim um distanciamento no que tange as denominadas intervenções médicas visto que, nesse contexto histórico o cuidado médico restringia-se a necessidades consideradas mais importantes na época, como é o caso do cuidado aos combatentes de guerras. Os hospitais por sua vez eram vistos como ambientes inseguros para a mulher e o recém-nascido (LEISTER; RIESCO, 2013).

Com o passar dos anos, com o avanço das tecnologias e em decorrência da medicina e da hospitalização, consubstanciados ao modelo de produção capitalista, o parto deixou de ser considerado um fator puramente fisiológico, passando a dar espaço a uma série de patologias e procedimentos médicos. Assim sendo, inseridas no ambiente hospitalar e em um contexto dominado pela expertise médica, as mulheres passaram a ser submetidas a um modelo sistêmico, que culminou em casos de dominação perpetrados por procedimentos cientificamente desnecessários e práticas desenhadas afim de mudar a dinâmica do aspecto fisiológico do parto.

Notou-se que com o advento do parto medicalizado e a institucionalização nos hospitais, fora instituída determinadas condutas e comportamentos que afrontam a dignidade da pessoa humana e os direitos sexuais da mulher garantidos pela legislação. Condutas essas, que em grande parte, segundo pesquisas nacionais, decorrem da assistência falha ou ineficaz durante o período gravídico-puerperal.

Diante dessa constatação mulheres começaram a movimentar-se em prol do combate da chamada violência obstétrica, a qual consiste em distintas condutas vexatórias e discriminativas, que podem ser manifestadas através de agressão física, verbal, emocional, institucional, midiática ou material e tem suas raízes firmadas na violência de gênero, ou seja violências as quais mulheres são submetidas por serem mulheres.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2014, p.1) em cartilha lançada baseada nas leis da Venezuela e da Argentina, países nos quais a violência obstétrica é tipificada como

um crime cometido contra as mulheres, caracteriza a violência obstétrica como sendo a “apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, por meio do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente”.

No Brasil, estima-se que uma a cada quatro mulheres sofrem algum tipo de violência no parto (FPA/SESC, 2010). O movimento feminista, age como precursor ao combate e busca da inibição da violência obstétrica, sendo responsável por situar espaços para discussões que buscam reconhecer a tutela de direitos das mulheres de modo a enxerga-las como sujeito de direitos.

Ao aprofundar os estudos sobre os direitos reprodutivos da mulher, raça e cor dentro do ramo da obstetrícia, percebe-se que há níveis em que a violência obstétrica atinge as mulheres, sendo as mulheres negras as que mais sofrem com a prática da violência obstétrica. Esse paradigma exterioriza a existência de um viés racial implícito, que atua nas mais distintas áreas da vida sendo em maior relevância nas instituições.

Esta constatação faz considerar que a violência obstétrica quando praticada em favor desse grupo decorre da vulnerabilidade social e da ideia de falsa democracia racial, presentes no Brasil e originárias de um longo processo de desfavorecimento da população negra, principalmente no tocante a políticas públicas e condições de saúde, além do imaginário criado com a cultura da escravidão de que mulheres negras são mais resistentes a dor (MOURA, 1994).

Nesse contexto, é importante situarmos que Brasil possui em sua trajetória histórica envolvendo o fator da escravidão, que foi vivenciado por mais de três séculos em nossas terras, e que propagou a prática de uma discriminação automática da pessoa negra a partir de suas características físicas e culturais.

A considerada inferioridade social do negro e a existência do racismo em nossa sociedade é incontestável. Após a abolição da escravatura, fora ocasionado a falsa ideia de democratização racial, mesmo com a instituição de leis que garantiram a liberdade a população negra, não se tornou possível assegurar de fato a igualdade e proporcionar reais direitos de modo a inibir o tratamento desigual e violências materiais, e simbólicas a este grupo.

Nesse âmbito o racismo e o sexismo comportam-se como os maiores indicativos de justificção da prática da violência obstétrica, sendo estes originários de uma sociedade onde há a existência de um escalonamento de grupos, nos quais determinados indivíduos consideram-se superiores a outros indivíduos. Sendo assim geradores da necessidade de uma

interseccionalidade no que tange a saúde da mulher negra e os fatores de dominação que ocasionam a violação dos direitos das mulheres, em especial os direitos sexuais e reprodutivos.

Reduzindo pessoas à condição de coisa, a violência obstétrica manifesta uma relação de poder, que se comporta na inferiorização da mulher, por questões de gênero, classe e raça, e pelo exercício de uma autoridade que se dá em virtude da detenção do conhecimento.

No que tange a normatividade, no Brasil, não há legislação federal que regule a prática de violência obstétrica, tem-se unicamente projetos de Lei em andamento, que objetiva a implementação de medidas de proteção e informação, com o intuito de erradicar violência obstétrica.

Pensando nisso, a construção do ponto de partida deste trabalho tem como abordagem central o seguinte problema de Pesquisa: “Como o racismo estrutural e o ideal construído sobre pessoas negras influenciam na ocorrência da violência obstétrica?”.

Por este motivo, o objetivo principal desta monografia é refletir sobre a presença do racismo institucional nos serviços de saúde, sua influência nas formas de violência e violação dos direitos reprodutivos e saúde da mulher negra, bem como levantar questionamentos acerca do racismo institucional como questão de expressão racial com efeito a contribuir para a subsistência de uma estrutura de dominação e opressão no Brasil, investigando a ocorrência e o reconhecimento da violência obstétrica pelo ramo do direito, examinando, sobretudo, a discriminação de gênero e objetificação da mulher.

Para cumprir o presente objetivo, esta monografia será dividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo cuidará da construção histórica do parto e da formação da medicina, até o surgimento da ideia da humanização do nascimento, e da influência do conhecimento científico para a construção do monopólio de dominação por meio da expertise. O segundo capítulo abordará a definição de gênero e a incidência e influência do patriarcado nos paradigmas construídos em torno do sexo feminino, qualificando o conceito de violência obstétrica e dando enfoque da violência obstétrica como sendo entendida como uma forma de violência de gênero. O terceiro capítulo será destinado a realização de um recorte sobre o racismo institucional dentro das unidades de saúde, dando ênfase a ocorrência de discriminação de raça e cor. E por fim, o quarto capítulo tratará da violência obstétrica sobre o olhar jurídico, levando em consideração os princípios fundamentais do Estado Democrático de Direito, bem como, sobre a responsabilidade do Estado no que tange a erradicação da violência obstétrica, bem como a necessidade de ações afirmativas para tal concretização.

Na conclusão sustentaremos a hipótese de a experiência prática do mito da democracia racial consubstanciado com a falta de políticas públicas como fator determinante para o racismo estrutural influenciar e promover a violência obstétrica por intermédio da desigualdade de gênero e raça/cor.

1 HISTÓRIA DE CONSTRUÇÃO E HUMANIZAÇÃO DO PARTO E AS RELAÇÕES DE PODER

O nascimento humano é um dos eventos mais festejados culturalmente, o ato de gerar uma vida e dar luz a esta por muitos é considerado um dos maiores milagres existentes. A capacidade de parir é o fator primordial para a perpetuação da vida na terra e por consequência encontra-se presente em todo momento histórico-social da humanidade. Desde as mais remotas civilizações percorre os mistérios, crenças e paradigmas em torno do processo de nascimento humano (BRASIL, 2001).

Durante centenas de anos o parto fora exclusivamente dominado pela figura feminina, sendo um momento íntimo de cuidado e ligação entre mulheres. Cabia a responsabilidade às parteiras, curandeiras e comadres, as quais detinham a missão de auxiliar no momento do nascimento humano, sendo estas as detentoras dos conhecimentos do processo do parto, aplicando assim os seus serviços desde as manobras que visavam facilitar o nascimento até as palavras de conforto proferidas a parturiente.

Nesse contexto, em regra, não havia a figura masculina presente no momento do parto salvo, a participação na concepção. Tal fato pautava-se na crença de desvalorização do momento do parto e na ideia de a figura feminina como ser naturalmente procriador e com obrigações socialmente pré-definidas, e o estabelecimento do papéis e funções a serem desempenhadas unicamente em razão do sexo. Não sendo o parto, nessa realidade, considerado digno de um ser dominante da arte médica da área, assim o momento do parto não tinha qualquer participação masculina (ARRUDA apud NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Em conformidade, Del Priore (apud WOLFF; MOURA, 2004, p. 280), assinala que:

[...] Esta coisa de mulher em que se constituía dar à luz requeria ritos e saberes próprios, em que os homens só interfeririam em casos de emergência e, sobretudo, nos centros urbanos. A presença masculina no parto era desconfortável, nem sempre bem-vinda, porque, além dos médicos mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia das parteiras.

No decorrer da história podemos constatar que o processo de realização do parto modificou-se. Há uma evidente medicalização do parto, fruto do desenvolvimento do conhecimento médico e social, que influenciam diretamente no campo dos profissionais voltados a obstetrícia.

Assim sendo,

[...] A assistência à mulher no momento do parto é objeto de grande medicalização. Apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde. O conflito gerado a partir desta transformação influencia as mulheres, entre outros fatores, a questionar a segurança do parto normal frente ao cirúrgico, mais "limpo", mais rápido, mais "científico". Além disso, estudos já comprovaram que a violência institucional também exerce influência na escolha de grande parte das mulheres pela cesárea. É preciso levar em conta um fator muito debatido: quem é o protagonista da cena do parto? (BRASIL, 2001, pág. 18).

1.1. Processo histórico de formação da medicina

A medicalização do parto desconstrói a realização dos partos domiciliares e a figura das parteiras, bem como, o papel envolto dessas. O parto deixa de ser um momento unicamente feminino, dando espaço aos profissionais médicos do sexo masculino. Cabe aqui ressaltar que diante de fatores históricos e sociais, os primeiros indivíduos a frequentarem escolas e a terem formação acadêmica-científica foram os homens, em decorrência das condições estabelecidas, na época, na qual mulheres não podiam frequentar tal ambiente e eram encarregadas dos afazeres considerados propriamente femininos, justificando-se assim o fato de em determinado momento o espaço médico ter sido um espaço hegemonicamente masculino.

Sobre o assunto preceitua André Felipe Pereira Reid dos Santos (2018):

[...] A principal mudança da medicina do século XIX para a do século XX foi a institucionalização da medicina, no sentido da institucionalização do saber médico (que passou a ser vinculado às faculdades de medicina) e das profissões médicas (que passou a ter associações de representação dos seus interesses, que conquistaram, por exemplo, o monopólio de atuação). (SANTOS, 2018, pág. 49).

Na atual estrutura sociocultural o parto está diretamente ligado a questões de saúde da mulher, a qual deve ser analisada levando em consideração os marcadores sociais existentes, como a cor da pele, educação e escolaridade, renda, opção sexual, idade, estado civil, entre outros.

De acordo com o Ministério da Saúde, em seu trabalho voltado à saúde da mulher:

[...] A saúde não deve se restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas deve ser abordada também no contexto cultural, histórico

e antropológico, onde estão os indivíduos que se querem ver saudáveis ou livres de doenças. Essa abordagem é fundamental ao se analisar a questão da saúde da mulher brasileira, em especial daquela de menor renda, pois esta tem carências marcadas daquilo que se chama de "necessidades básicas", que interferem na sua saúde e seu bem-estar. Esta mulher carece, frequentemente, de alimentação, moradia, trabalho digno e adequadamente remunerado, educação, cultura, lazer, dentre outros. Evidentemente, essa "doença social" - que acomete um número expressivo de mulheres - determina ou agrava condições biológicas e psicológicas que põem em risco sua vida, sua saúde e seu bem-estar (BRASIL, 2001, pág. 11).

As modificações no processo do parto e do ato de partejar foram delimitadas a partir do século XVII, com o advento de descobrimento de peculiaridades do corpo feminino, como a ovulação, o que culminou com a descoberta de estruturas diferentes entre o corpo masculino e feminino. Diante dessas descobertas, o corpo passou a ser enxergado como uma máquina, repleta de peculiaridades para o seu funcionamento, sendo o corpo humano masculino o projeto perfeito e o feminino um projeto falho.

No que tange a saúde feminina, os direitos maternos e perinatal, existem determinantes sociais que refletem diretamente em seu tratamento e condição, o Ministério da Saúde (2001) preceitua que:

[...] No caso da mulher, acresce-se à problemática já explicitada, questões também complexas, relacionadas às relações de gênero, de não tão simples resolução, por refletirem padrões culturais dominantes na sociedade. A definição de identidade sexual como fator eminentemente biológico, em que as características anatômicas, fisiológicas e hormonais definem macho e fêmea, é por demais estreita para abarcar a totalidade dos universos masculino e feminino. A identidade cultural de gênero e construída no tempo e no espaço, criando estereótipos de papéis diferenciados, marcados pelos interesses imediatos das sociedades nos diferentes momentos históricos. Ao longo dos séculos, construiu-se um modelo social predominante que vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história. Esse modelo pré-determina formas de conhecimento e ação, na área da saúde inclusive, que evidenciam seu caráter patriarcal (BRASIL, 2001, pág. 12).

Com a chegada do capitalismo, a exploração no campo médico tomou proporções inimagináveis, e por consequência no que tange ao sistema de reprodução, a arte de acompanhamento do parto tornou-se objeto exclusivamente dos médicos e restrito ao ambiente hospitalizado, onde supostamente haveria um parto mais rápido e seguro, a ideia vendida e propagada em torno da figura das parteiras passou a ser de insegurança, devido a estas não serem detentoras do conhecimento científico.

Sob este prisma Nagahama; Santiago (2005) entende que,

[...] O preço da melhoria das condições do parto foi a sua desumanização e a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento. Desta forma, a apropriação do saber médico e as práticas médicas constituíram fatores determinantes para a institucionalização do parto e a transformação da mulher em propriedade institucional no processo do parto e nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 656).

Não se pode deixar de levar em consideração e enfatizar, conforme observa as autoras citadas à cima, que o processo de institucionalização através da hospitalização e medicação no parto foi fundamental para aprofundar estudos médicos na área, através da aprimoração de técnicas capazes de diminuir a mortalidade materna e neonatal, contudo, embora haja notáveis benefícios com tal advento, é necessário que reconheçamos que o processo de institucionalização do parto culminou com a medicalização do corpo feminino, o qual passou a ser perpetrado por uma série de procedimentos, em alguns casos invasivos, que percorrem desde a internação envolvendo a autonomia, sexualidade e individualidade da mulher.

O Ministério da Saúde (2001) denota que:

[...] Não se pode negar as contribuições que os avanços técnico-científicos trouxeram à humanidade e à mulher em especial. Esses avanços abriram, teoricamente, espaços para que a mulher se tornasse dona de seu corpo e de seu destino. Os métodos contraceptivos provocaram mudanças qualitativas na vida da mulher a partir dos anos 60, favorecendo a vivência da sexualidade sem o ônus da gravidez indesejada. Porém, a mesma sociedade que criou tais instrumentos não reconhece ideologicamente o direito da mulher à sexualidade plena, torna-a a exclusiva responsável pela reprodução humana e não lhe dá acesso a informações sobre direitos reprodutivos (BRASIL, 2001, pág. 16).

Além disso, a atuação médica, ao longo dos tempos, reflete fatores sociais que ultrapassam as questões vinculadas à saúde da mulher, como é o caso da exaltação da maternidade, discurso amplamente difundido a partir do século XIX e que não traz em seu bojo a proteção da mulher e suas vulnerabilidades, mas sim a perpetuação das relações de poder entre os sexos (BRASIL, 2001).

Com efeito:

[...] Ainda no século XIX, quando emergiam e se consolidavam esses conceitos, iniciou-se a interferência do Estado, com um processo de expansão da assistência médica no Brasil, antes exercida quase exclusivamente na forma liberal ou filantrópica. Alguns programas de saúde dirigidos a grupos populacionais específicos começaram a ser desenvolvidos, entre eles a assistência pré-natal. Esta assistência associada à institucionalização do parto teve por objetivo desenvolver um recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil que existiam no final do século passado e na primeira metade deste. Ou seja, a assistência pré-natal surgiu [...] como uma preocupação social com a demografia e com a qualidade das crianças nascidas, e não como proteção a mulher (BRASIL, 2001, p. 12).

Assim sendo, observa-se uma perda do poder de escolha e autodeterminação da mulher em um momento de extrema fragilidade.

Não somente, mas também,

[...] apesar dessas importantes conquistas, observa-se hoje que a quase totalidade das iniciativas relacionadas à saúde das mulheres tem se caracterizado por manipular seus corpos e suas vidas, visando objetivos outros que não seu bem-estar. Os termos que as designam, muitas vezes, servem a priori para ditar normas, visando um comportamento feminino entendido como útil para o poder social vigente. E, talvez por isso, muitas

dessas iniciativas não tenham logrado sucesso na melhoria da saúde das mulheres, inclusive porque insistem em expropriar da mulher sua autodeterminação. As elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, o uso abusivo da cesárea e a alta prevalência de mulheres esterilizadas ou usando métodos anticoncepcionais inadequados são exemplos claros dessas distorções (BRASIL, 2001, p. 14).

Foi diante de tais conceitos, mesmo que equivocados, que se expandiu no Brasil a ideia de humanização e assistência à saúde da mulher no ciclo grávido-puerperal.

1.1.1 Da humanização do parto

No Brasil, os cuidados voltados à saúde pública da mulher começaram a ser desenvolvidos por volta da década de 40. Na década de 60 a preocupação se voltou para a assistência ao parto e posteriormente em razão da chegada da medicina preventiva no país e a implantação de unidade e centros de saúde, iniciaram-se os trabalhos voltados para o cuidado do pré-natal, objetivando a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2001).

Na década de 90, as discussões sobre o modelo de parto e concepção da vida humana começaram a ganhar força, o que é considerado um grande avanço para a discussão da saúde da mulher, nesse contexto, pautados pelas ações intervencionas e medicalizadoras, e com a impulsão do movimento feminista, iniciaram fortes lutas para a desconstrução do então modelo vigente que relacionava o sucesso do parto a existências de recém-nascidos saudáveis.

Pautado nessa concepção Matos et al. (2013) dispõe que:

[...] traz a proposta de incorporar à saúde da mulher outras questões, como pré-natal, melhores condições ao parto e, ainda, outros aspectos relacionados ao gênero, trabalho, sexualidade, saúde, anticoncepção e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (MATOS et al., 2013, p. 875).

Iniciaram-se então os trabalhos do Ministério da Saúde voltados a valorização do parto e preservação do sujeito feminino como sendo o principal sujeito de atuação e preservação no parto. Pautado nesse objetivo, no ano de 2000 foi lançado o Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria GM n. 569, de 01/06/2000, trazendo à tona o termo parto humanizado (MATOS et al., 2013).

A humanização do parto é descrita pelo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 9) como:

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia.

Assim a humanização do parto retoma a ideia do parto voltado à figura feminina, suas emoções e autonomia. Trazendo a necessidade de que seja levado em consideração o momento da mulher parturiente, mãe, como sujeito ativo do processo, além da figura da família e dos profissionais médicos que não devem estar restringidos a técnicas em tal momento, mas levando em consideração a autonomia e dignidade da paciente.

Wolff; Moura (2004), em seus estudos menciona:

[...] cabe à equipe multiprofissional em obstetrícia aproveitar o período da gestação até o parto, em que modificações físicas, sociais e psicológicas na vida da mulher ocorrem, para realizar ações educativas sobre o autocuidado e preparando-a, física e emocionalmente, para enfrentar o trabalho de parto e parto, de maneira mais segura e tranquila. Devem ainda os profissionais de saúde questionarem-se em relação ao papel que desenvolvem frente à assistência à mulher em trabalho de parto e parto, procurando valorizar a pessoa individualmente pelo que ela é e sente, buscando transformar essa assistência em um procedimento humanizado (WOLFF; MOURA, 2004, p. 283).

Ademais, a assistência ao parto humanizado visa coibir práticas abusivas e procedimentos sem respaldo científico, fazendo com que estes sejam substituídos por modelos voltados a eficácia e segurança, com a mulher sendo o principal personagem no parto e as técnicas utilizadas pautadas em estudos científicos voltados a preservação e proteção do bem-estar desta.

Rigorosamente falando é através da humanização do parto e com essa abrangência conceitual é que será possível identificar as estratégias implantadas e os programas de saúde instituídos, afim de que possa haver o distanciamento entre os vastos e importantes conhecimentos científicos e tecnológicos adquiridos neste século e sua aplicação com uma visão humanística na promoção da saúde das pessoas (BRASIL, 2001).

1.2 CONHECIMENTO CIENTÍFICO: O MONOPÓLIO DA EXPERTISE COMO FERRAMENTA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Com a modernidade os avanços científicos foram possibilitando ao homem a transformação de paradigmas que pautados em convicções científicas confrontam o conhecimento comum. Portanto, a produção das atividades laborais passaram a ser pautadas na necessidade de deter um conhecimento especializado, incorporando a atuação dos profissionais das mais diversas áreas.

A esse conhecimento especializado, se dá o nome de expertise. Sob a ótica da expertise cria-se uma relação de poder e dominação entre o profissional, detentor do conhecimento, e seus dependentes.

Nessa concepção André Filipe Pereira Reid dos Santos (2018) pautava que,

[...] Na estrutura de estratificação social as profissões lutam por remuneração e prestígio. As lutas profissionais às vezes são perceptíveis, outras não, mas elas existem e demarcam territórios de poder político e econômico, de identidade e desigualdades. Como o grupo dominante consegue impor as regras do jogo social para os outros grupos, organizando e controlando o acesso ao conhecimento e às profissões, a profissionalização acaba se resumindo numa tentativa de conversão de recursos escassos (qualificação) em outra ordem de recursos (econômicos e de poder). (SANTOS, 2018, pág.45).

Inclusive, de igual modo, a expertise juntamente com a constante medicalização do corpo feminino reproduz comportamentos e ações cujo o eixo central não se pauta na qualidade de vida e bem-estar da paciente.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001):

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 mortalidade 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 (BRASIL, 2001, pág. 14).

Embora haja a constatação da existência de tais relações de dominação, o sistema social atual tornou-se dependente e impõe a existência de profissionais detentores de conhecimento técnico-científico. A expertise desse modo confere legitimidade à atuação desses profissionais.

No ramo médico a crença da expertise confere segurança social na atuação dos profissionais de modo que frente aos pacientes, sujeitos leigos, tornam-se inquestionáveis e imprescindíveis devido à sua posição, tão pouco são suas ações questionadas pelos demais companheiros de trabalho.

Yien (2016) assinala que,

[...] a medicina [...] monopoliza a produção de conhecimento, as competências de pesquisa e da prática profissional. O monopólio da expertise cria a noção de que as profissões médicas possuem uma superior capacidade de desenvolvimento científico, o que oferece vantagem à medicina em detrimento de outras profissões da área da saúde (YIEN, 2016, p.15).

Ocorre na prática que tacitamente o profissional é reconhecido como autoridade no ambiente em que sua expertise domina, sem que necessariamente haja uma persuasão ou força (HANNAH ARENTH, 1972).

Nos casos clínicos de obstetrícia o fator da expertise pode colocar a paciente em situação de vulnerabilidade, uma vez que pode vir a ocorrer diversas ações de violação a integridade do corpo da paciente que por falta de perícia em muitos casos se quer reconhece tais ações como sendo atos de violência obstétrica, não questionando assim a real necessidade dos procedimentos em si adotados.

A situação de vulnerabilidade e falta de questionamentos dos procedimentos médicos aplicados as pacientes é um dos fatores fundamentais para se caracterizar a ocorrência de violência obstétrica, que resulta da perda da autonomia durante o pré-parto, parto e puerpério.

O contexto em que se caracteriza o cenário de violência obstétrica é pautado em uma relação de confiança entre o profissional e a paciente, onde esse profissional é o detentor do monopólio do conhecimento, excluindo qualquer chance de questionamento ou preferência da paciente em razão de seu próprio corpo, o que por sua vez origina casos de violência física e psicológica, como é o caso de manobras invasivas e procedimentos sem consentimento.

Wilza Rocha Pereira (2004) em seus estudos evidencia, no seguinte trecho que:

[...] Isso tudo se traduz em um processo contínuo e silencioso de objetificação das consumidoras de serviços de saúde, que reduz a pessoa a um órgão sem corpo e refere-se a esse órgão como portador de doenças de nomes estranhos aos que as ouvem. Dessa maneira, o profissional de saúde cria uma fragmentação no modo de a pessoa se ver, de forma que ela não consegue fazer uma autorreferência coerente com a linguagem médica que lhe é hermética, irreconhecível (PEREIRA, 2004, p. 28).

O monopólio da expertise através de sua dominação nos casos de violência obstétrica constitui também espécie de violência simbólica, que ocorre a partir da aceitação tanto do dominante quanto do dominado de determinadas condições de abuso.

Nas palavras de Bourdieu:

[...] A violência simbólica se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante (e, portanto, à dominação) quando ele não dispõe, para pensá-la e para se pensar, ou melhor, para pensar sua relação com ele, mais que de instrumentos de conhecimento que ambos têm em comum e que, não sendo mais que a forma incorporada da relação de dominação, fazem esta relação ser vista como natural (BOURDIEU, 1998, p. 47).

No contexto da violência obstétrica, a violência simbólica assegura a legitimação da dominação dos profissionais da saúde apoiados na lógica da expertise.

2 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA - GÊNERO, CORPO E OBJETIVICAÇÃO

Na sociedade moderna em que vivemos considerar a mulher como um ser humanamente frágil e fraco parece ser extremamente incoerente frente a luta e desafios enfrentados para a concretização de direitos que ao longo do tempo as mulheres vêm

concretizando. Pensar em uma sociedade onde a condição sexual do ser humano ainda é capaz de influenciar na sua qualidade e condição de vida torna-se ultrajante e retrógado. Ocorre que, os determinantes “masculino” e “feminino” mostram-se ainda como marcadores sociais que ocasionam inúmeros desdobramentos de discriminação e opressão.

Estes desdobramentos tornam-se perceptíveis principalmente quando a análise envolve questões pertinentes a violência, sobretudo quando trata-se da violência de gênero.

A violência contra a mulher segundo o Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (1996) é definida como sendo “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”.

2.1 INCIDÊNCIA DO PATRIARCADO

Ao analisar as relações socioculturais nota-se que os avanços tecnológicos e sociais não foram suficientes para desconstruir as formas de preconceito, discriminação e o conservadorismo ainda existentes no que tange as relações de gênero.

A intitulação de papéis vistos como natural do homem e da mulher, e que deixam de levar em consideração a identidade sexual do indivíduo e os desdobramentos a ela inerente são comumente observados. Tais questões se tornam latentes principalmente quando o tema violência é estudado.

A história do movimento feminista reflete o processo de identificação das desigualdades entre homens e mulheres, da desproporcionalidade dos impactos e dos conflitos entre trabalho, família e individualidade que recaem sobre o sexo feminino em decorrência da estrutura patriarcal sobre a qual se assenta a sociedade (SCOTT, 1995).

A ideia em torno da definição de gênero fora construída em um contexto de opressão e exclusão, onde não cabia às mulheres as pautas de assuntos políticos e econômicos, visto que comumente a época a elas cambiam meramente os assuntos que diziam respeito aos afazeres de casa, cuidado da família e dos filhos.

Nesses termos, compreender a trajetória do feminismo e as suas conquistas e contribuições para a sociedade atual é condição de possibilidade para a identificação tanto das deficiências ainda presentes na estrutura social quanto das políticas públicas necessárias para a concretização e proteção dos direitos das mulheres já declarados na Constituição de 1988 e demais legislações.

A luta pelo reconhecimento de igualdade de gênero não se refere somente a reparar exclusões e desigualdades, mas sim buscar formas eficazes de prover legitimidade a

acontecimentos ao longo do tempo, ou seja, a construção de novas perspectivas de estudo e olhar à cerca da História, Relação, Identidade e Gênero existentes.

Ainda hoje, após um período de perceptíveis avanços na construção da igualdade e definição de gênero, o momento atual reflete um movimento de retrocesso, sendo possível analisar a mulher ainda em condição inferior, submissa ao homem. Submissão essa, fruto do patriarcado que consiste no poder atribuído ao homem, garantindo a esse uma posição hegemônica de superioridade.

Portanto, sobretudo para que tal realidade deixe de existir, é necessário repensar e recriar a identidade do sexo sobre uma ótica em que o indivíduo, não tenha que adaptar-se a modelos hierarquizados, onde as qualidades “femininas” ou “masculinas” são atributos do ser humano e sua globalidade (BRANCA M. ALVES, 1981).

Nesse sentido, a ideologia chamada feminismo surge da necessidade de a mulher ganhar seu espaço na sociedade, deixando de ser apenas dona do lar, reprodutora e ser ideal de formação de vida biológica, voltada a maternidade.

A luta das mulheres pela concretização de direitos, no processo de transformação da sociedade, tem um papel fundamental e revolucionário, pois além de lutarem por seu posicionamento político, lutaram por sua emancipação humana, e pela busca por serem enxergadas como seres capazes de se autodeterminarem.

Conforme postula Melo (2002):

[...] centrada na questão da igualdade substantiva, uma grande causa histórica em movimento, sem encontrar saídas para a sua realização dentro dos limites do sistema do capital. A causa da emancipação e da igualdade das mulheres envolve os processos e instituições mais importantes de toda a ordem sociometabólica (MELO, 2002, p. 307).

Portanto, reafirma-se a luta pela legitimidade do reconhecimento histórico da auto-organização das mulheres, almejando-se a plena igualdade entre os sexos, a ruptura com padrões e estruturas de opressão, e conseqüentemente dominação, através do confronto ao patriarcado e a heterogeneidade nas mais distintas classes que inviabilizam a atuação das mulheres no meio em que hoje estão inseridas e em suas relações interpessoais.

2.2 QUALIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Com base em evidências de mulheres que passaram por um tratamento desumanizado durante o parto, a violência obstétrica tem se tornado um obstáculo para a efetiva concretização dos preceitos constitucionais e internacionais que enaltecem a dignidade da

pessoa humana, podendo ser entendida, como uma ramificação da violência de gênero e racial.

A violência obstétrica é uma das espécies de violência contra a mulher, e demarca uma posição política, na qual estão inseridos os movimentos feministas, de mulheres e de ativistas pelo parto humanizado que desafiam um saber hegemônico na assistência ao parto e a dominação médico-paciente. Sua prática gera sofrimento, traumas físicos, psicológicos e em alguns casos ocasiona a morte de mulheres que recorrem ao atendimento em instituições de saúde no ciclo gravídico-puerperal.

O termo violência “obstétrica” não se destina unicamente ao grupo seletivo do médico (a) obstétrico (a) e suas práticas, muitos profissionais da área da saúde questionam o uso do termo sob a justificativa do incômodo em parecer culpabilizar o obstetra, contudo o termo abrange todo e qualquer profissional responsável pelo parto, gestação e assistência puerperal, sendo este agente ativo da prática, seja médico, enfermeiro ou técnico.

Logo, isso exterioriza, em parte, como a medicalização do parto está internalizada e nega a prática de ocorrência de violência obstétrica, pertencendo tal fato ao processo onde o parto passou a ser visto de evento fisiológico a evento patológico, com a transformação da mulher como protagonista para o então protagonismo médico.

Desdobramentos como estes, em relação ao tema, assim como questionamentos no que diz respeito a definição do que seria violência obstétrica, são constantemente pauta de discussão no meio acadêmico-científico e principalmente no meio das entidades médicas (MELO DE LIMA, 2019).

Salienta-se, que é necessário pontuar que não se pode afirmar que toda a classe médica é resistente ao reconhecimento da existência da violência obstétrica, mas aparentemente trata-se de ser uma posição da maioria. Essa postura resistente suscita a reflexão de que a violência obstétrica é um termo, que expressa um tipo específico de violência imposto às mulheres no âmbito da assistência à gestação e ao parto e que se origina de uma disputa.

Disputa essa decorre de fatores de interseccionalidade envolvendo gênero, raça, classe e da oposição baseada no poder que ocupam os detentores da expertise na sociedade e no protagonismo no parto e nascimento (MELO DE LIMA, 2019).

Tem-se no combate dessa disputa, a retomada do protagonismo das mulheres, frente ao poder instituído no saber e fazer estritamente profissional, fruto da medicalização social, tal qual, ao mesmo tempo em que trata-se de uma questão de saúde pública afetada pela reprodução de desigualdades de gênero, raça e classe no processo de medicalização do parto.

Constituindo uma das espécies de prática de violência contra a mulher, a violência obstétrica, ocorre em um contexto de vulnerabilidade situado durante a gravidez, e abarca o período do pré-parto, do parto e do puerpério, e exterioriza-se através da apropriação do corpo e dos processos reprodutivos (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018).

Nesse sentido,

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (D' OLIVEIRA et al. apud DINIZ et al. 2015, p. 3).

Sob esta lógica, cria-se uma relação de dominação do profissional, possuidor do conhecimento, sobre os grupos que dele dependem. Reduzindo a mulher à condição de coisa, a violência obstétrica manifesta uma relação de poder, que se comporta na inferiorização da mulher, por questões de gênero, classe e raça, e também pelo exercício de uma autoridade que se dá em virtude da detenção do conhecimento.

Assim, nas palavras de Santos (2017, pág. 45),

Na estrutura de estratificação social as profissões lutam por remuneração e prestígio. As lutas profissionais às vezes são perceptíveis, outras não, mas elas existem e demarcam territórios de poder político e econômico, de identidade e desigualdades. Como o grupo dominante consegue impor as regras do jogo social para os outros grupos, organizando e controlando o acesso ao conhecimento e às profissões, a profissionalização acaba se resumindo numa tentativa de conversão de recursos escassos (qualificação) em outra ordem de recursos (econômicos e de poder).

Atualmente, o funcionamento da máquina social impôs a dependência do conhecimento técnico dos especialistas e profissionais, o que acarreta na legitimidade das atividades de determinado profissional, além da confiança social no exercício metodológico aplicado pelo mesmo. A situação de dominação médico-paciente se torna mais severa nas instituições públicas de saúde, onde devido ao grande vulto de atendimento nas maternidades públicas e a necessidade de se atender em curto prazo o maior número possível de pessoas, ocorre a prática de procedimentos desnecessários que refletem em uma série de intervenções que não respeitam a fisiologia natural do parto (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018).

O que está em questão é o desrespeito à autonomia da mulher nas decisões e condução da gestação e parto. Latente no mesmo contexto social, a reprodução histórica da ideologia que naturaliza a figura feminina vista de forma inferior fisicamente e moralmente, e como sujeito responsável pela procriação, fundamenta o ideal de que o corpo e sexualidade da mulher sejam objetos de domínio e controle, bem como, reflete um preconceito enraizado na

sociedade, traduzido em uma contínua atividade silenciosa de objetificação das consumidoras de serviços de saúde (SAFFIOTI, 2013).

Muito embora a Constituição Federal da República assegure a igualdade de gênero, a mulher no Brasil, como na maior parte do mundo, continua em situação de subalternidade em relação ao homem.

A Organização Mundial de Saúde- OMS (2014), na declaração de “prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, reconheceu que, ao redor do mundo, inúmeras mulheres são vítimas de abusos, desrespeito e maus-tratos em instituições de saúde no momento do parto. Acrescentando-se ainda que, tais práticas violam os direitos humanos das mulheres ameaçando seu direito à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação.

Assim nas palavras da Organização Mundial de Saúde (2014, p. 1),

[...] um crescente volume de pesquisas sobre as experiências das mulheres durante a gravidez, e em particular no parto, descreve um quadro perturbador. No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e suas equipes de saúde, e pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica.

Ainda, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), em 2008, posiciona-se no sentido de reconhecer expressamente a existência da prática de violência obstétrica (PEREIRA, 2018).

No Brasil, duas grandes pesquisas se destacam em relação ao tema e sua abrangência territorial, revelando a materialidade da violência obstétrica. A da Fundação Perseu Abramo, realizada no ano de 2010, sobre “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, a qual revelou que 25% das mulheres entrevistadas relatam ter sofrido algum tipo de violência durante o ciclo gravídico, e a Pesquisa coordenada pelo Instituto Oswaldo Cruz, realizada no ano 2014, “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre parto e nascimento”, sendo esta, a primeira pesquisa a oferecer um panorama geral nacional sobre a situação do parto e nascimento (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010; NASCER NO BRASIL, 2014).

Os resultados da pesquisa “Nascer no Brasil” revela que mulheres e seus respectivos bebês, no ciclo gravídico-puerperal, independente do grupo social a que pertencem, estão expostas aos riscos de efeitos adversos ao parto e sofrem de fato com este (NASCER NO BRASIL, 2014).

A pesquisa revela ainda, que dentre a ocorrência e violência obstétrica, existe uma forma diferenciada na qual essa atinge determinados grupos de mulheres, a partir dos marcadores de raça, classe social/renda e escolaridade, além do tipo de serviço, público ou privado, prestado. Não somente mas também, fora demonstrado a ausência de efetividade do modelo de atenção obstétrica e neonatal, predominante, nos serviços públicos e privados prestados no País.

Sobretudo deve-se dar ênfase a exposição abarcada pela pesquisa em relação as disparidades de raça e classe que articuladas ao gênero, fomentam a violência obstétrica de forma diferenciada para cada grupo de mulheres. O que por sua vez, condiz com o mito da igualdade social e racial.

Ao longo da construção das sociedades houve uma evolução em relação aos aspectos da realização do parto. Tem-se que a construção do conceito de violência obstétrica está diretamente relacionada à história do parto.

Nos tempos remotos a realização do parto ocorria dentro de casas com a presença das nominadas parteiras e curandeiras, o parto era um momento exclusivo para mulheres, as quais detinham o conhecimento de partejar e eram as responsáveis pelo conforto da parturiente. Contudo, essas mulheres foram posteriormente substituídas por técnicas e aprimoramentos, dando espaço a hospitalização e a figura dos médicos. Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde- DATASUS (apud OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018) atualmente cerca em 97,85% dos partos ocorrem em hospitais.

Não se pode negar que o processo de hospitalização do parto gerou e gera inúmeros benefícios, como o aprimoramento do saber médico nessa área e a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal. No entanto, com a institucionalização do parto, ocorreu o estabelecimento da medicalização do corpo feminino, a qual tornou o parto um processo de desumanização e transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Muito embora fique demonstrada a existência e perpetração da violência obstétrica, este tipo de violência contra a mulher não é de fato reconhecida e regulada, tal fato constata-se ao observar o pobre arcabouço de trabalhos acadêmicos e reflexões teórico-políticas a respeito.

Nas palavras de Melo de Lima, (2019, p. 26),

[...] há um longo caminho de disputas e de reflexão teórico-política sobre a violência obstétrica, pois, apesar de sabermos que se trata de um tipo de violência contra a mulher, não goza da mesma legitimidade que a violência doméstica e familiar contra

a mulher alcançou. Mas, é na trilha desse reconhecimento da existência da violência contra a mulher e da identificação das suas variadas formas que os feminismos e ativismos constroem uma narrativa sobre a violência obstétrica.

A violência obstétrica não contempla unicamente a forma de agressão física, sua sistemática aponta uma vasta quantidade de procedimentos e ações que caracterizam esse tipo de violência, podendo ser perpetrada de maneira discriminatória, de modo verbal e emocional, a intimidar e humilhar a mulher, como também, de maneira midiática, institucional e material. Assim sendo, diz respeito a qualquer ato exercido por profissionais da saúde, que se refere ao corpo da mulher e aos seus processos reprodutivos que se manifestem através da dominação (CASTRO, 2020).

O Dossiê “Parirás com dor”, elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres (2012, p.2), retrata falas do tipo,

[...] “Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?” [...] “Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo.” [...] “Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.” “Na hora de fazer, você gostou, né?” [...] “Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha.”

Fora relatado ainda, práticas frequentes de comentários agressivos, xingamentos, ameaças, discriminação racial e socioeconômica, exames de toque abusivos, agressão física e tortura psicológica.

A violência contra a mulher, seja no âmbito público ou privado, constitui grave violação aos direitos humanos e limita total ou parcialmente o exercício dos demais direitos fundamentais, por esse motivo é um forte insumo para a questão do longo e contínuo fracasso na proteção e promoção dos direitos e liberdades das mulheres, o que consiste em uma matéria de preocupação (PIOVERSAN, 2014).

2.2.1 PROCEDIMENTOS DE CARÁTER FÍSICO

Os procedimentos de caráter físico são aqueles que incidem diretamente no corpo da mulher, estes são os mais perceptíveis aos nossos olhos. São praticados sem nenhum respaldo científico e de modo desnecessário, trazendo danos e traumas físicos.

Dentre tais procedimentos os mais habituais, de acordo com o relatório da Rede Parto do Princípio (2012) são:

[...] privação de alimentos, uso de fórceps, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), uso rotineiro de ocitocina - hormônio com intensa atuação durante o parto, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada, Manobra de Kristeller e cesariana eletiva sem indicação clínica (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

A Manobra de Kristeller dentre todos é considerado o procedimento mais danoso e brutal ao corpo feminino. Trata-se da ação do médico ou profissional da saúde sobre o corpo da mulher, apoiando o seu próprio corpo sobre este e com os braços e cotovelos pressiona de modo a impulsionar a saída mais rápida do bebê.

O Ministério da Saúde considerou a Manobra de Kristeller como sendo uma prática prejudicial e ineficaz, devendo ser necessariamente abolida (BRASIL, 2001, p. 188).

Segundo Reis (apud PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 105) “a manobra de kristeller é reconhecidamente danosa à saúde e, ao mesmo tempo, ineficaz, causando à parturiente o desconforto da dor provocada e também o trauma que se seguirá indefinidamente”.

Em pesquisa realizada pela Fio Cruz foi comprovado que a Manobra de Kristeller foi praticada em aproximadamente 36% dos partos vaginais dos nascimentos analisados o que assevera uma grande dissonância entre o cumprimento das recomendações voltadas à proteção à saúde da parturiente e as técnicas adotadas (SOUSA, 2015, p. 19).

No ano de 2015, a Agência Nacional de Saúde publicou o estudo denominado “Medidas de estímulo ao parto normal na saúde suplementar” onde fora sustentado que o “parto é uma questão de saúde e a escolha do modelo deve ser pelo método mais adequado para cada caso e o mais seguro para a mãe e o bebê”. A pesquisa ainda demonstrou, no tocante a cesáreas eletivas, que o nascimento por meio cirúrgico amplia 120 vezes a probabilidade de o bebê ter síndrome de angústia respiratória e triplica o risco de mortalidade materna, sendo que para a mulher, a cesariana implica no aumento da perda de maior volume de sangue, infecções puerperais e acidentes anestésicos.

Quantitativamente em relação a taxa de cesarianas no Brasil, a pesquisa registrou que 55% dos partos realizados no país são cesarianos, sendo que na saúde suplementar a porcentagem de cesarianas é de 84,60% e 40% na rede pública. Desta forma o Brasil lidera o ranking mundial de cesárias, estando totalmente fora do índice recomendado pela Organização Mundial da Saúde.

Com base na abordagem apresentada no dossiê “Parirás com Dor” (2012, p. 112-123), conclui-se que grande parte das cesarianas são realizadas sem respaldo científico, assim sendo, sem atender qualquer condição real do parto.

A Carta de Campinas (apud DINIZ, 2005, p. 631), documento que deu origem ao Rehuna, em 1993, esclarece que

[...] no parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror,

impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor.

É salutar ressaltarmos aqui que a partir do momento que a escolha da forma em que o parto será realizado e os meios a serem empregados, passa a ser um ato unilateralmente e vontade do profissional da saúde responsável, sem a observância do zelo e cuidado e meramente por conveniência há um extremo desrespeito a integridade e dignidade física da mulher.

A falta de informação por parte das mulheres é um fator considerável para o auto índice de realização de cesáreas no Brasil, muitas mulheres desconhecem os benefícios do parto natural e as possíveis consequências do parto cirúrgico.

A rede “Parto do Princípio” (2012, p. 120) apresenta alguns depoimentos que explicitam tal questão:

[...] As mulheres estão extremamente vulneráveis às indicações de cesáreas questionáveis, submetendo-se a uma cirurgia de grande porte com riscos e complicações para a mãe e bebê.

[...] Sentindo dores desde às 6 da manhã, meu médico me diz às 15h da tarde de sábado, que o ‘termômetro para parto normal’ dele estava quebrado e por parto normal o bebê não nasceria antes da meia noite. Quando entrei na sala de cirurgia, uma enfermeira fez o toque e viu que tinha 9cm de dilatação. Se esperassem uma ou duas horas, eu teria condição de ter o parto normal como planejei nos 9 meses anteriores. Porém, a equipe já estava toda montada para a cirurgia e foi feita uma cesárea sem me dar outra opção.

[...] Fiz uma ultrassonografia quando estava de 20 semanas e minha bebê ainda estava sentada. Por isso, minha médica pediu para marcar a cesárea para quando a gestação completasse 37 semanas. Ninguém me examinou antes de abrirem minha barriga. Durante a cirurgia ouvi ela dizer que a bebê tinha virado e poderia ter sido um lindo parto normal.

[...] Meu médico disse que eu poderia sofrer mais no parto normal. Como eu tinha medo de ficar sentindo dor, ele conseguiu me convencer a fazer a cesárea.

2.2.2 PROCEDIMENTOS DE CARÁTER PSICOLÓGICO

Segundo o dossiê Parto do Princípio (2012), os procedimentos de caráter psicológico podem ser compreendidos como:

[...] toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

Esses procedimentos em muitos casos são originários de um abandono da parturiente durante o seu processo de atendimento, que por falta de esclarecimento, atenção, sofre com o

desprezo, humilhação, restrições de assistência no parto. Muitas mulheres relatam, ter se quer informações sobre os procedimentos praticados em seus corpos durante o momento do parto e consultas médicas. Conforme é asseverado do dossiê elaborado pela rede Parto do Princípio (2012) e citado à cima:

[...] Durante um exame de toque, eu pedi para parar pois estava sentindo muita dor. O médico disse: ‘na hora de fazer tava gostoso, né?’. Nessa hora me senti abusada [...] (p. 101).

[...] Depois que ela nasceu que eu soube que me cortaram. Eu não queria ter uma seqüela sexual do parto. Já se passaram 3 anos e ainda sinto dor para ter relação (p. 102).

Revelando ainda, relatos de desprezo, abandono e discriminação:

[...] Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga! (p. 135).

[...] Quando eu estava me arrumando para ir embora da maternidade, uma mulher da equipe de enfermagem me disse: ‘Tchau! Até o ano que vem!’. Estranhei, e perguntei o porquê. Eu deveria voltar para maternidade no ano seguinte para realizar alguma outra avaliação? E ela continuou: ‘Você volta sim, vocês são tudo assim, ano que vem você vai ter outro.’ Meio sem entender, me despedi e só quando cheguei em casa entendi a ofensa (p. 136).

[...] Na manhã seguinte do parto o médico passou na porta da enfermagem e gritou: ‘Todo mundo tira a calcinha e deita na cama! Quem não estiver pronta quando eu passar vai ficar sem prescrição!’. A mãe da cama do lado me disse que já tinha sido examinada por ele e que ele era um grosso, que fazia toque em todo mundo e como era dolorido. Fiquei com medo e me escondi no banheiro. E fiquei sem prescrição de remédio pra dor (p. 137).

[...] O médico só gritava: ‘puxa ele logo, vocês estão quebrando ele todo, esse bebê já era, sintam o cheiro de podre, vou ter que interditar a sala, puxem!’. Então meu bebê nasceu e logo foram reanimar com apenas 50 batimentos cardíacos por minuto. O médico dizia: ‘Não adianta, esse já era, eu tenho 30 anos de profissão, esse já era, não percam tempo, ele está sofrendo... Já era, sintam o cheiro de podre, como uma mãe pode deixar uma infecção chegar a esse ponto?’. Eu estava em estado de choque, mas eu disse: ‘Estive aqui há 15 dias e o senhor disse que minha dor era frescura.’. O bebê faleceu, todos se calaram e me perguntaram: ‘Quer ver o corpo?’. Eu não quis. (fl. 138).

2.2.3 PROCEDIMENTOS DE CARÁTER SEXUAL

Esses são caracterizados pelas as ações que violam a intimidade, atingindo o senso de integridade sexual e reprodutiva, os órgãos sexuais e partes íntimas do corpo da mulher.

Podendo ser perpetradas através da episiotomia, do assédio, de exames de toque invasivos constantes ou agressivos, de lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado.

Dentre esses procedimentos a de se destacar a episiotomia, a qual, segundo Souza, (2015, p.15), “consiste num corte da musculatura perineal da vagina até o ânus ou em direção à perna, com o intuito de aumentar a área de acesso do obstetra ao canal vaginal de parto”.

Ocasionalmente assim uma série de traumas na mulher, atingindo diretamente sua integridade física, que conforme demonstrado no “Parto do Princípio” (2012, p.80) “afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris”.

De acordo com os estudos de Carmen Simone Grillo Diniz, e Alessandra Chacham, (2006, p. 85), “a episiotomia é recomendada no máximo de até 30% dos casos, e somente quando é evidente o sofrimento da mãe e/ou do feto, e nos casos onde o períneo interfere no andamento do parto”.

A Organização Mundial da Saúde preceitua a utilização da episiotomia em 10% dos partos, contudo, uma pesquisa realizada pela Fiocruz constatou que em 2011 o índice de episiotomias realizadas no Brasil foi maior que 53%, o que exterioriza o uso indiscriminado desse procedimento considerado dispensável e prejudicial à mulher pelo consenso médico mundial. Sua prática é perpetrada, na maioria dos casos, sem que haja qualquer esclarecimento à paciente e inclusive o seu consentimento.

Relatos à Rede Parto do Princípio (2012, fls. 83-84), demonstram a situação de mulheres baseadas na realização do procedimento:

[...] Senti muita dor com uma manobra de ‘massagem perineal’ que foi feita durante o parto e pedi para a médica tirar a mão dali. Ela respondeu ‘Quem manda aqui sou eu’. Logo em seguida, foi feita uma episiotomia sem aviso. Até hoje tenho sonhos e flashes dos momentos que passei na sala de parto, chorei muito, e até hoje, choro porque dói dentro de mim, dói na alma.

Minha cicatriz ficou maior ainda na minha alma. Me senti violentada, me senti punida, me senti menos feminina, como se por ser mãe, precisasse ser marcada nessa vida de gado. [...] Chorei muito, sentia dor, vergonha da minha perereca com cicatriz, vergonha de estar ligando para isso, sentia medo, medo de não conseguir mais transar. Tenho pavor de cortes, tinha medo de que o corte abrisse quando fosse transar. Demorei uns cinco meses para voltar a transar mais ou menos relaxada, sentia dores, chorava quando começava, parava. Me sentia roubada, me tinham roubado minha sexualidade, minha autoestima, me sentia castrada.

Fatores como a causa da falta de conhecimento, além das crenças culturalmente disseminadas também fomentam as práticas adotadas na assistência do parto.

As mulheres aceitam a episiotomia de rotina no Brasil porque a maioria acredita que ela seja necessária, do ponto de vista médico, para proteger sua saúde e a do bebê.

Como a episiotomia é uma decisão do médico, as mulheres presumem que este está fazendo a coisa mais correta. Se a mulher acreditar que terá problemas sexuais e uma vagina flácida depois do parto normal, e que a episiotomia é solução para isto, ela concorda (DINIZ, CHACHAM, 2006, p. 86).

3 VIOLÊNCIA OBSTÉRICA E O VIÉS RACIAL - A CONDICIONANTE RAÇA

Dentre a prática de violência obstétrica constata-se a existência de níveis de intensidades com que a mesma atinge cada grupo social, partindo da análise do viés racial, o preconceito, consciente ou não, influencia diretamente na forma como o profissional da saúde enxerga a paciente, atribuindo a ela, conforme suas características fenotípicas, diferentes tratamentos. Assim, conforme postula Almeida (2017, p.20), “e não admitirmos que nossa sociedade é organizada a partir de uma perspectiva eurocêntrica e orientada pela lógica do privilégio do branco, trabalharemos com uma falsa e insustentável ideia de igualdade, porque o racismo é estrutural e institucional” .

O que se faz evidente nas falas de Curi; Ribeiro; Marra (2020, p. 163):

Mais estereotipadas, as mais excluídas, aquelas que sempre “suportam mais dor”, segundo premissas racistas disfarçadas em científicas, são as mais violentadas, as que, por suportarem mais, não recebem anestesia (ou recebem demais), são as que mais morrem. Suas narrativas e vontades são negligenciadas pelos profissionais de saúde – e pelas pesquisas. Suas mortes são possivelmente evitáveis. Elas são perseguidas, esterilizadas, criminalizadas e mortas – preço pago pelas suas escolhas –, na exata medida que em seus corpos, duas categorias se apresentam interseccionadas. São mulheres e são pretas!

O espaço social ocupado por mulheres na sociedade é perpetrado por condicionantes indissociavelmente ligadas ao sexo, classe a raça. Tais condicionantes ocasionam experiências próprias pautadas no lugar ocupado por mulheres em virtude das relações de poder de sexo, classe e raça existentes.

O feminismo negro foi o percussor no levantamento de críticas às leis de discriminação subscritas as vítimas do racismo patriarcal e da maneira com que as mulheres negras são constantemente e distintamente atingidas das pela sobreposição de gênero, raça e classe, surgindo assim a necessidade da instituição do conceito interseccionalidade para que tais violações sejam minuciosamente observadas (AKOTIRENE, 2019).

Kimberlé Crenshaw citada por AKOTIRENE (2019) entende que,

[...] a interseccionalidade permite-nos enxergar a colisão das estruturas, a interação simultânea das avenidas identitárias, além do fracasso do feminismo em contemplar mulheres negras, já que reproduz o racismo. Igualmente, o movimento negro falha

pelo caráter machista, oferece ferramentas metodológicas reservadas às experiências apenas do homem negro (KIMBERLÉ CRENSHAW apud AKOTIRENE, 2019, p. 17).

A interseccionalidade surge assim para preencher lacunas discursivas pautadas em estereótipos, permitindo uma criticidade política em prol das identidades subordinadas ao preconceito e as formas com que as condições estruturais do racismo, sexismo e violências se sobrepõem, discriminam e criam encargos singulares às mulheres negras.

Assim sendo,

De pronto, a interseccionalidade sugere que raça traga subsídios de classe-gênero e esteja em um patamar de igualdade analítica. Ora, o androcentrismo da ciência moderna imputou às fêmeas o lugar social das mulheres, descritas como machos castrados, estereotipadas de fracas, mães compulsórias, assim como os pretos caracterizados de não humanos, macacos engaiolados pelo racismo epistêmico. Pretas e pretos são pretas e pretos em qualquer lugar do mundo. Na profusão de identidades viajantes, contingentes, fluidas, a cor da pele não se desarticula da identidade preta, a qual, em tese, poderia ser vista como de brasileiro impedido de entrar nos Estados Unidos, da mesma forma os africanos pretos, comumente vistos africanos e não pelas nacionalidades recém-chegadas no Brasil (AKOTIRENE, 2019, p.23).

Em uma realidade estruturalmente marcada pelo racismo, sexismo e pelo elitismo, tal comportamento porta-se como a materialização do projeto de genocídio da população negra que se exterioriza sob as múltiplas determinações da vida. Diante disso, conclui-se a existência do racismo institucional como dimensão estrutural de exclusão seletiva de grupos raciais subordinados (SALES JÚNIOR, 2006).

Em pesquisa realizada por CURI; RIBEIRO; MARRA, 2020, sobre a violência obstétrica praticado contra mulheres no cenário do Sistema Unico de Saúde (SUS), revela as opressões, discriminações, violência e violações sobre os corpos femininos, sobretudo sobre os corpos de mulheres negras.

Partimos de nossas experiências no SUS com mulheres grávidas, parturientes, puérperas e em situação de abortamento, nas unidades de saúde chamadas maternidades. Estas, embora em níveis distintos de complexidade, eram bastante homogêneas quanto ao perfil atendido: mulheres negras, pobres, vivendo em situação de vulnerabilidade social e/ou precarização. Nessas instituições, encontramos aqueles corpos que são estigmatizados socialmente, que estão na base da pirâmide social e que, na perspectiva das hierarquias reprodutivas, indicam “como algumas maternidades são mais, ou menos, legítimas e aceitas socialmente do que outras” (Mattar & Diniz, 2012, p. 108). Nesses espaços, nos quais o imaginário social inunda de ideias de cuidado e felicidade para as futuras mães (sempre se pressupõe que mulheres querem ser mães), que presenciamos escancaradamente os efeitos da escravidão colonizadora e do laço bem tecido entre preconceito e ciência (CURI; RIBEIRO; MARRA, 2020, p.159).

Fatos históricos e sociais sevem de explicação para o índice elevado de ocorrência de violência obstétrica em mulheres de cor negra e de baixa renda.

O Brasil tem a questão racial intrínseca à sua história, decorrente da sociedade escravista que gerou um mecanismo de dominação social e simbólico que perdura até os presentes dias.

A mulher negra no século XIX irá ter dois tipos de papéis predominantes:

[...] a primeira apresenta uma especificidade: destaca de forma especial as mulheres brancas empobrecidas, onde a escrava torna-se trabalhadora importante para seu sustento trabalhando nas ruas como quitandeiras e outras atividades e assim garantindo a sobrevivência de ambas. A segunda tem como objetivo pensar a mulher escrava ressaltando seu papel social e sexual, perpassando pela relação proprietário/escrava e destacando sua condição de mãe e trabalhadora. (SILVA, 2010, p. 1).

Outro papel exercido pela mulher negra que se torna importante nesse período de escravidão e pós escravismo, é o das chamadas amas-de-leite ou “mães pretas”, casos em que quando as negras que tinham acabado de parir eram usadas para amamentar os filhos das mulheres brancas. Deixando assim seus próprios filhos para atender a família de seus senhores. Este papel pode ser assimilado também a mulheres negras que trabalham como empregadas domésticas atualmente, dispendo de pouco tempo para os cuidados de seus próprios filhos ou até mesmo se veem obrigadas a deixá-los aos cuidados de outras pessoas, seja na região em que residem ou em outro estado, para garantir, dessa forma, o sustento da família (SILVA, 2010).

Assim,

Em tempos em que as senhoras – consideradas debilitadas, fracas, franzinas e pálidas – delegavam para as escravas – fortes, voluptuosas, resistentes e mais ambientadas ao calor dos trópicos (Pinheiro et al., 2015) – a amamentação de seus próprios filhos, percebe-se a visão da ideologia dominante: “o benefício primeiro do bem estar da criança branca” (Barbieri & Couto, 2012, p. 73). Contudo, seriam estas escravas quaisquer? Não, afirma-se. Elas deveriam ser selecionadas a partir do quanto haviam assimilado da cultura portuguesa, do quanto estavam “menos africanizadas”. Assim, a fim de nutrir a criança branca, a cor de pele transformava-se em um atributo positivo! (CURI; RIBEIRO; MARRA, 2020, p.161).

Após a abolição da escravatura, com a proclamação da República no Brasil, em 1889, promulgou-se uma nova Constituição, que embora tenha garantido a liberdade da população negra, não assegurou seus direitos, de maneira que não ofereceu reais ganhos materiais ou simbólicos a essa parcela da população, perpetuando, assim, o *status quo* da marginalização do negro e implantando crença de que os conflitos raciais do país foram resolvidos com o fim da escravidão e com o processo de mestiçagem ocorrido na história brasileira, o que resulta no mito da democracia racial.

Dessa forma, é preciso enxergar que as relações sociais no Brasil são permeadas por um viés racial implícito que legitima o racismo estrutural. Esse viés racial implícito porta-se

como um atalho mental, que faz com que se tenha reações e ações automáticas baseadas em características fenotípicas do indivíduo (SALES JÚNIOR, 2006).

Assim sendo, as relações étnicas-raciais no Brasil são marcadas pela existência de uma falsa democracia, na qual população negra é a maior atingida. Como se não bastasse, na história das mulheres negras no Brasil, no contexto da maternidade existe um processo violento desde o interior dos navios negreiros onde foram brutalmente, separadas de seus filhos e obrigadas a terem partos análogos ao de animais, fato que remete à realidade de muitas mulheres negras nos serviços de saúde atualmente.

Nesse sentido Morais (2015, p. 2), dispõe sobre a maternidade da mulher negra:

O desafio da maternidade negra que começa desde a gestação e passa pelo aborto com um tema central: o racismo. Desde o institucional, que nega o acesso a serviços de saúde, expõe a mulher negra a diversos tipos de violência obstétrica e não garante informações como aleitamento materno. A redução da morte materna ainda é um desafio que não foi superado no país e as estatísticas mostram que as mulheres negras são maioria em óbitos. O Relatório Socioeconômico da Mulher Ano 2014, elaborado pelo Governo Federal, comprovou que a população negra é a que mais morre por causas obstétricas.

Realizar o recorte sobre a questão racial dentro do assunto relacionado a violência obstétrica é de suma importância, é dar voz a um grupo marginalizado e que sofre constantemente violações.

[...] É exatamente por isso que insistimos em evidenciar o quanto é imprescindível falar das contribuições do feminismo negro na temática da saúde e dos direitos reprodutivos, reconhecer as diferenças raciais nessa temática e colocar em xeque as chamadas hierarquias reprodutivas. Afinal, como apontam Menezes, Fabiana, Reis, Sales, Jardim e Lopes (2019), elas determinam a possibilidade de sujeição das mulheres a tratamentos diferenciados por parte da equipe médica, segundo atributos que consideram positivos ou negativos (CURI; RIBEIRO; MARRA, 2020, p. 161).

Analogamente,

do mesmo modo que as vulnerabilidade especificamente ligadas a gênero não podem mais serem usadas como justificativa para negar a proteção de direitos humanos das mulheres em geral, não se pode também permitir que “diferenças entre mulheres” marginalizem alguns problemas de direitos humanos das mulheres, que nem lhes sejam negados cuidado e preocupação iguais sob regime predominante dos direitos humanos (CRENSHAW, 2002, p. 173)

Assim o que constata-se é que a questão racial, assim como em diversas áreas da vida, é uma condicionante para o tratamento das parturientes nas instituições de saúde, essa observação possui extrínseca consonância com a lógica do viés racial implícito.

Sobre o conceito de viés racial implícito Jussara Francisca de Assis (apud ZANOTTI, 2019, p.15), explica que trata-se de:

[...] um atalho mental, um recurso útil que, por vezes, faz com que tenhamos ações automáticas (intencionais ou não) baseadas nas características fenotípicas. O viés racial pode ser entendido como uma perspectiva tendenciosa construída a partir do contexto sócio histórico que legitimou a escravidão negra no Brasil. Disso, resultaram práticas, conscientes e inconscientes, que tem como uma de suas bases um contexto peculiar articulado às ações políticas, econômicas, sociais e culturais que retratam a pessoa negra como desprovida de inteligência, humanidade, capacidade de articulação política, não sendo pensada como alvo de cidadania plena. Nessa teia, ideologias relacionadas à inferioridade e coisificação, legado da escravidão, conformam uma imagem engessada, crônica e naturalizada da população negra numa realidade subalternizada.

Assim sendo, o viés racial implícito é um fator determinante nas relações e raciais interpessoais e atua como ferramenta de discriminação e opressão sob vidas negras, estabelecendo estereótipos de tratamento, frutos de um preconceito, pautado em características fenotípicas.

O viés racial implícito é o maior propulsor do racismo institucional o qual sob a análise do presente trabalho, garante com que mulheres negras vivenciem diferentes aspectos e com maior intensidade a prática da violência obstétrica.

Alguns estudos realizados pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), conduzidos pela pesquisadora Maria do Carmo Leal, evidenciam algumas disparidades raciais que ocorrem no atendimento às mulheres grávidas. Mostram que mulheres negras possuem maior risco de ter um pré-natal inadequado. São aquelas que realizam menos – e mais rápidas – consultas obstétricas do que o indicado pelo Ministério da Saúde. São elas também as que mais peregrinam entre as maternidades, as que vão ter o direito de acompanhante durante o parto violado. São/serão as que mais sofrem/ sofrerão violências obstétricas. A pesquisadora, com vasta experiência em investigações epidemiológicas e estudos avaliativos de programas e serviços de saúde, com ênfase na saúde da mulher, aponta para várias disparidades durante o pré-natal e o parto, e marca que essas expressam o racismo estrutural, não restrito ao setor da saúde, mas sim intrínseco à sociedade brasileira (CURI; RIBEIRO; MARRA, 2020, p. 162).

A prestação de serviços inadequados, fruto do preconceito, consubstanciado a prestação ineficaz de serviço nas unidades de saúde e a violação de direitos da mulher negra viola o direito a igualdade garantido na Constituição de 1988, demonstrando assim a necessidade de um redesenho.

A diferença de tratamento e a prática da violência obstétrica em mulheres negras já fora pauta de discussão em audiência pública na Câmara dos Deputados, sendo assinalado por Jussara Francisca de Assis (apud ZANOTTI, 2019, p.16),

Tal fato foi alvo de audiência pública realizada pela Subcomissão Especial Avaliadora das Políticas de Assistência Social e Saúde das Populações Vulneráveis na Câmara dos Deputados (Brasília) em 2016. Na época foi informado que as intercorrências que provocam os óbitos maternos vêm diminuindo entre as mulheres brancas e aumentando entre as negras. A audiência apurou que entre os anos de 2000 e 2012 as mortes por hemorragia caíram entre as brancas de 141 casos por 100 mil partos para 93 casos. Entre as mulheres negras aumentaram de 190 para 202 casos.

O que percebe-se com os apontamentos até o momento realizados, é a evidente ausência de políticas públicas relacionadas a prática da realização do parto e disponíveis a mulheres negras.

Pronunciado pelas bocas daqueles que detêm o poder médico, mesmo aquilo que não tem qualquer base científica torna-se científico, justificando, assim, formas discriminatórias e violentas de assistir e intervir. Falas como “mulheres pretas são parideiras por excelência”, “negras são fortes, mais resistentes à dor”, “negras têm mais leite”, “negras são mais resistentes à anestesia”, “elas não fazem o pré-natal direito”, dentre outras, são reiteradamente pronunciadas, determinam assistência oferecida, sem qualquer crítica ou mesmo constrangimento. Reverberam entre as instituições, entre os profissionais. Ecoam na sociedade. Falas como essas atravessaram também nossos ouvidos. Ouvimos, mas o que escutamos foi racismo! [...] Não podemos esquecer que a ciência teve (e ainda tem) uma participação fundamental na construção do racismo no Brasil, sendo ela responsável pela ideia de superioridade e inferioridade entre raças. A partir do século XIX, quando os corpos femininos começaram a passar por um processo intenso de medicalização, os campos que analisavam características fenotípicas ganharam destaque e foram usados para provar as hierarquias entre as raças (CURI; RIBEIRO; MARRA, p. 160, 2020).

4 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO CAUSA JURÍDICA

A violência é um problema e uma prática disseminada, que vem ocorrendo desde as civilizações mais remotas, e sua proximidade com o estudo da estruturação do Estado é inegociável. Nos estudos de Hobbes, conclui-se que o homem ao entrar em contato com a sociedade fora afastado de seu estado natural, assumindo assim o que Rosseau chamou de “Contrato Social” e que estabeleceu limites ao homem, com base no poder do Estado, para viver de maneira harmonica em sociedade.

Imperioso ressaltar, a partir dessa perspectiva, que o direito à vida e a segurança pessoal são a própria razão de ser do Estado, o que lhes atribuí caráter de fundamentalidade.

A violência obstétrica trata-se de um caso de saúde pública e uma violação explícita ao princípio da dignidade da pessoa humana, no entanto, no Brasil tal prática não possui legislação federal própria que preveja a regularização, prevenção e punição, sendo somente capaz, listar normas esparsas que tratam, ainda que de forma insuficiente, sobre o tema.

4.1 O TRATAMENTO LEGAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

Conforme assinalado à cima a violência obstétrica no Brasil não possui legislação específica no âmbito federal, ao contrário de países como a Venezuela e Argentina, que cuidaram de conceituar, definir e erradicar a prática da violência obstétrica com a promulgação das Leis, *Lei orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência*, promulgada pela Venezuela em 2007, sendo, portanto, o primeiro país latino-

americano a legislar sobre o tema, estabelecendo inclusive consequências legais que podem ser imputadas ao profissional da saúde e a Lei 26.485 – *Lei de proteção integral às mulheres, para prevenir, sancionar, e erradicar a violência contra as mulheres nos âmbitos em que desenvolvem suas relações interpessoais*, promulgada em 2009 pela Argentina.

Todavia, a proteção dos direitos reprodutivos da mulher contra a prática violenta no momento no ciclo gravídico puerperal é reconhecida, primordialmente, em leis municipais e estaduais, como são os casos da Lei Municipal 3.363/13 de Diadema- SP, primeiro município do Brasil a aprovar uma lei que trata sobre a violência obstétrica; Lei Estadual do Paraná nº 19.207/2017, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Paraná; Lei Municipal de Curitiba nº 14.598/2015, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente visando a proteção contra a violência obstétrica; Lei Municipal de Curitiba nº 14.824/2016 que dispõe sobre a presença de “doulas” durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres do Município de Curitiba; Lei 5217/2018 do Estado do Mato Grosso do Sul, que elenca diversas práticas consideradas violência obstétrica, dentre outras.

No âmbito federal tramita projetos de lei sobre os serviços de atenção obstétrica, a citar o Projeto de Lei 878/19 que reúne as legislações regionais e assim define violência obstétrica:

Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos naturais relacionados a gestação, pré-parto, perda gestacional, parto e puerpério pelos(as) profissionais de saúde, por meio do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

§ único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, e no pós-parto/puerpério.

Ainda, observa-se a existência do Projeto de Lei n. 7633/14, proposto pelo deputado Jean Wyllys, que dispõe sobre a humanização e a assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo-puerperal. O Projeto de Lei 7633/14 foi estruturado em três partes: Título I - Das diretrizes e dos princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério; Título II - Da erradicação da violência obstétrica; e, Título III – Do controle dos índices de cesarianas e das boas práticas obstétricas.

O Brasil, através da Constituição Federal e dos Tratados Internacionais que é signatário, os quais possuem status de norma constitucional, veda a prática de violência

obstétrica, por atacar diretamente preceitos constitucionais. Consubstanciado a isso, os artigos 196 e 197 da Constituição Federal estabelecem que é dever do Estado promover políticas sociais e econômicas que intentem à redução do risco de doenças e outros danos, tal como a promoção da facilitação ao acesso universal e igualitário para a impulsão, proteção e recuperação da saúde.

Outro fator importante no que pese sobre o assunto é a tutela jurídica da criança, sendo previsto no artigo 5º do Estatuto da Criança e do Adolescente que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (BRASIL, 1990, p.1).

4.2 OS DIREITOS FUNDAMENTAIS DO ESTADO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A Constituição Federal de 1988 trouxe com a sua promulgação a transição para a instauração de um Estado Democrático de Direito que refez o pacto jurídico-social e consolidou a instauração e proteção dos direitos humanos no Brasil. Assim, já em seu texto inicial, intitulado como preambulo inaugura o seu princípio ideológico, qual seja, “assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos” (BRASIL, 1988, p.1).

A Constituição de 1998 refere os direitos fundamentais, como direitos humanos, vide artigo 4º, inciso II, nas palavras de Scarlet, (2012, p. 98) os direitos fundamentais “são considerados como aqueles reconhecidos pelo direito constitucional positivo e, portanto, delimitados espacial e temporalmente”. Mediante a isso, é intrínseco aos referidos direitos em detrimento aos demais uma qualificante que os diferencia, baseado no pilar na fundamentalidade, que os proporciona aplicabilidade imediata.

É salutar, ao observar o artigo 5º, § 2º da Carta de 1988, a inserção de uma cláusula aberta a qual permite a inclusão de outros direitos fundamentais além dos expressos na constituição, desde que em conformidade com os princípios por ela adotadas em observância aos tratados em que o Brasil é signatário, o que estabelece a ideia de fundamentalidade material (SCARLET, 2012).

A Constituição Federal de 1988 trouxe em seu Título II os direitos e garantias fundamentais, apresentando-os em cinco capítulos: *direitos individuais e coletivos; direitos sociais; nacionalidade; direitos políticos e partidos políticos*. Aos direitos fundamentais,

conforme fora consubstanciada no § 4º do art. 60 da Carta Constitucional, é vedado a aprovação de Proposta de Emenda Constitucional tendente a abolir direitos e garantias individuais, contudo, há interpretação de que tal vedação não se estende aos direitos coletivos, os direitos sociais, os direitos políticos, os direitos difusos, o que de tal modo pode ser considerado ultrajante (DIMOULIS; MARTINS, 2014).

Os direitos fundamentais são os direitos ligados a individualidade, a dignidade da pessoa humana, ao conceito de pessoa humana, sua personalidade, honra, vida e liberdade, encontram-se elencados no artigo 5º da CF de 1988, já os direitos sociais estão ligados a condição adequadas de vida, sobrevivência e existência, de modo a se alcançar a igualdade social, fundamento previsto no artigo 1º, IV. Possuem características próprias, como a imprescritibilidade, inalienabilidade, irrenunciabilidade, inviolabilidade, universalidade, efetividade, interdependência e a complementaridade. No presente trabalho, há de se destacar a discussão em volta dos direitos fundamentais, coletivos e sociais.

No tocante aos direitos da mulher brasileira, além das importantes conquistas alcançadas ao longo do tempo, salta aos olhos a notória conquista através da instituição explícita na Constituição Federativa do Brasil de 1988 de garantias e direitos voltados à mulher.

Nesse contexto, há de ser citado a importância do movimento feminista na luta de reconhecimento de direitos e garantias igualitárias e sua fundamentalidade no processo legislativo para propor políticas públicas e inibição de formas de discriminação (BARSTED apud PIOVESAN, 2008, p. 134).

Assim,

De fato, a ação organizada do movimento de mulheres, no processo de elaboração da Constituição Federal de 1988, ensejou a conquista de inúmeros novos direitos e obrigações correlatas do Estado, tais como o reconhecimento da igualdade na família, o repúdio à violência doméstica, a igualdade entre os filhos, o reconhecimento de direitos reprodutivo, etc. (BARSTED apud PIOVESAN, 2008, p. 134)

Diante desses importantes avanços e considerações o princípio da igualdade formal, garantido no caput do artigo 5º da Constituição Federal de 1988, o qual assegura o tratamento igualitário a todos e vedação a discriminação, fora um dos princípios extremamente fundamental estabelecido ao crescer aos direitos da mulher. Contudo, historicamente percebeu-se que a igualdade formal não tornou-se suficiente para de fato na prática assegurar e concretizar a igualdade de vida a todas as pessoas.

Em decorrência disso, surgiu o conceito de igualdade material, afim de equilibrar as condições e circunstâncias fáticas. O Estado passou observar e a estabelecer um tratamento

desigual para os desiguais, na medida de suas desigualdades. Assim “não mais se concebe o direito à igualdade como tão somente o tratamento previsto em lei, mas sim que o Estado deveria atentar para as diferentes realidades sociais vividas por todos os seus cidadãos e adotar medidas de forma a garantir que estes pudessem, de fato, ter igual acesso a direitos e bens da vida” (ALMEIDA, 2013, p. 100-101).

Ainda, na opinião de Almeida, para que pela as mulheres seja alcançado o status de igualdade concreta é imprescindível que que seja observado e asseverado suas singularidades no contexto social (ALMEIDA, 2013).

Em âmbito mundial, a proteção e direitos da mulher também é reconhecida, a ONU – Organização das Nações Unidas e a OEA- Organização dos Estados são exemplos de práticas de implantação de sistemas que visam a proteção das garantias da mulher.

4.2.1 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), proclamada em 1948, por intermédio da Assembleia Geral elaborada pela ONU, reconhece a saúde como sendo um direito humano fundamental, essencial a vida humana. O qual fora contemplado em inúmeros textos legislativos de diversos Estados, inclusive no Brasil.

Direitos Sociais são direitos fundamentais do homem, caracterizando-se como verdadeiras liberdades positivas, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito, tendo por finalidade a melhoria das condições de vida aos hipossuficientes, visando à concretização da igualdade social, e são consagrados como fundamentos do Estado democrático, pelo art. 1º, IV, da Constituição Federal (MORAES ALEXANDRE, p. 202, 2002).

Sendo consagrado conforme o artigo 25 da DUDH que,

§1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

A partir de então foram instituídos parâmetros para condições mínimas de uma vida digna. Sendo o direito à Saúde expressamente reconhecido na Constituição brasileira de 1988 em seu artigo 6º, onde elenca os direitos sociais como sendo “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988, p. 1) .

Nesse sentido, a Constituição de 1988 propôs a instituição de um sistema público de saúde que pudesse proporcionar um tratamento mais igualitário e justo, reduzindo as

desigualdades sociais. Diante de tal proposta é que vem pautando-se o trabalho do Ministério da Saúde, afim de que seja concretizado os direitos sociais.

No tocante a saúde da mulher, houve a implantação de melhorias do tratamento da gestante através da humanização da assistência a gestante, instituída como política pública federal com o lançamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

A criação da humanização do parto e assistência a gestando objetivou garantir maior segurança, qualidade e acompanhamento a mulher na fase gravídica-puerperal e ao recém-nascido, visando a garantia dos direitos de cidadania (BRASIL, 2001).

Da mesma forma, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2011 foi lançado o programa Rede Cegonha, o qual visa a promoção acesso de qualidade aos hospitais no que se refere ao parto e nascimento.

No entanto, as medidas citadas e seu modelo de atendimento é questionável, uma vez que é marcado por situações de discriminação, autoritarismo profissional-paciente, formas de tratamentos desumanas ou/e degradantes (BRASIL, 2001).

Ao observar o artigo 6º da CF/88, constata-se que os direitos sociais são pressupostos fundamentais para a garantia da dignidade humana e o direito a saúde, com reconhecimento internacional e nacional e deve tutelar todas as pessoas, independente do sexo, cor, crença, entre outros. Sendo assim uma condição jurídica na qual a mulher gestante está amparada, e indiscutivelmente responsabilidade do Estado sua concretização, onde sobretudo deve ser efetivado o princípio da igualdade dando as mulheres negras condições de acesso a um serviço de saúde eficiente e com respeito a sua condição de cor, bem como não ser discriminada por isso.

4.2.2 DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Ao, analisarmos os fundamentos e objetivos da República Federativa do Brasil, percebe-se que o constituinte de 1988 elevou a dignidade da pessoa humana como:

Valor essencial, o qual confere unidade e sentido ao texto constitucional, de modo a imprimir-lhe feição particular e inconfundível, que há de perpassar todo o sistema constitucional vigente, servindo de norte para a interpretação das demais normas que o compõem (ROCHA, 1988, p. 113).

Nos dizeres de Moraes (2011, p. 48)

O direito à vida, à intimidade, à honra, à imagem, dentre outros, aparece como consequência imediata da consagração da dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil. Esse fundamento afasta a ideia de predomínio das concepções transpessoalistas de Estado e Nação, em detrimento da liberdade individual.

À luz do princípio da dignidade da pessoa humana, o ser humano possui um valor inerente a sua existência, sendo efetivado através da manutenção de sua honra, felicidade, intimidade, autoestima e imagem, conforme assegura a Constituição de 1988.

Nesse interim, por oportuno vale destacar que a Carta de 1988 é um instrumento percussor ao marcar avanços consideráveis e extraordinários no que tange a consagração de direitos e garantias fundamentais, sendo um dos documentos mais abrangentes no que diz respeito da instituição de direitos humanos. Ademais, em seu texto constitucional, considerou o direito à saúde e o direito à vida como sendo consequência direta da dignidade da pessoa humana e dos fundamentos diretores do Estado, possuindo caráter de cláusula pétrea.

Com a ligação entre direito à saúde e dignidade da pessoa humana, Sarlet (2009), entende:

À qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos (SARLET, p. 27, 2009).

Sendo assim, não há possibilidade de desatrelar um do outro, devendo para concretização de um haver o efetivo cumprimento do outro.

4.3 TUTELA JURÍDICA DAS MULHERES NEGRAS E AS AÇÕES AFIRMATIVAS

O Estado brasileiro possui em sua construção inegavelmente uma herança, racista, sexista e classista, fruto da colonização e exploração da mão de obra escrava do negro e dos índios consubstanciados com a falsa ideia de libertação e democracia social, que juntos proporcionam uma rede contínua de discriminação. Do mesmo que o sexismo construído a partir do legado cultural do patriarcado.

Assim sendo, é evidente a necessidade de proposta de ações afirmativas compreendendo uma rede que tutele direitos da mulher negra no âmbito da saúde. Como já assinalado, o sistema jurídico brasileiro já abarca princípios, a destacar o princípio da igualdade, consagrado no artigo 5º da Constituição Federal de 1988.

O Estado possui inteira responsabilidade de proporcionar o efetivo cumprimento das normativas princípios constitucionais de modo a garantir as liberdades e direitos individuais. É de suma importância empreender técnicas positivas para o exercício de tais direitos,

cabendo aqui a reflexão sobre os meios técnicos e matérias que deveriam ser disponibilizados para inibir a prática da violência obstétrica, sobretudo para inibir o alto número da prática em mulheres negras.

Logo assim, é dever do Estado criar mecanismos incentivadores de empoderamento, conhecimento e atenção a mulher, de modo a implementar programas onde a mulher seja a protagonista do cenário incentivando a disseminação de informações sobre os procedimentos em todo o ciclo gravídico, os direitos fundamentais e a importância da preservação dos mesmos, não somente no momento da gravidez, mas por toda a sua vida.

Nesse sentido, as ações afirmativas, saúde e vida são juridicamente envolvidos pela dignidade da pessoa humana. Não sendo permitindo assim morosidade no sentido de incentivos as ações afirmativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É impossível tratar sobre a Violência Obstétrica e não observar a incidência das segregações pautadas nos fatores de gênero e raça, não observar tais parâmetros seria não reconhecer as lacunas sociais presentes na realidade em que as mulheres estão inseridas.

Da mesma forma, é de supra importância a análise dos direitos fundamentais envolvidos e violados com a prática da violência obstétrica, uma vez que a Constituição Federal de 1998, as Legislações esparsas e os Tratados Internacionais que o Brasil é signatário vedam qualquer tipo de violência a mulher e afronta aos seus direitos, bem como, a qualquer direito fundamental.

Diante disso, o papel da Constituição de 1998 é de extrema importância ao garantir um amplo rol de direitos previstos afim de concretizar a dignidade da pessoa humana, bem como, denota um enorme avanço em detrimento das legislações anteriores no tocante a garantir institutos relacionais a autonomia, igualdade e independência da mulher.

Contudo, os anseios da Carta Magna na prática não são concretizados, de modo que a mulher permanece sendo estigmatizada na sociedade e sendo vista ainda como um ser inferior e marginalizado. Evidenciando assim a prática de violência e discriminação pautadas no gênero.

Resta demonstrado ainda, que os mecanismos envolvidos no exercício médico e na prática de partejar consubstanciados ao capitalismo mudou os parâmetros da realização do parto, onde a figura feminina deu lugar ao protagonismo médico, o qual construiu um modelo de dominação médico-paciente, baseado na falta de assistência e informação a parturiente, tornando-se assim um processo institucionalizado e mecanizado.

Com base nos dados apresentados, constata-se que a prática de violência obstétrica é ainda mais acentuada no grupo de mulheres negras, fator explicado pela crença da democracia racial e na existência do racismo institucional, que afetam diretamente na forma com que a paciente é tratada. Verifica-se assim que em função de fatores fenotípicos a parturiente deixa de ser vista como sujeito de direitos e como consequência, tem-se o aumento da mortalidade materna de mulheres negras.

Nesse interim, a influência do movimento feminista para o questionamento e desconstrução de tais padrões estabelecidos e supracitados é de inominável importância. Uma vez que este atua na intervenção direta da valorização do parto humanizado e na retomada da figura da mulher como sujeito principal, ampliando a discussão acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, culminando com a denominada humanização do parto.

Contudo, a compreensão que se tem é que atualmente, o ciclo gravídico puerperal está muito aquém do tratamento pretendido, uma vez que é perpetrado por uma série de procedimentos evasivos, práticas excessivas de cesarianas e cirúrgicas, além de relatos de violência obstétrica que apontam severas agressões verbais marcadas por visões patriarcais que enaltecem a dor e o sofrimento.

Assim sendo, é de se entender a violência obstétrica como flagrante instrumento de perpetuação de violência contra a mulher, na qual o médico se apropria do corpo feminino e impede que ela seja a protagonista do próprio parto para decidir pelo procedimento que lhe convém.

Dessa forma, a relevância da temática abordada é inquestionável para a realização de conscientização, reflexão e reconhecimento acerca do racismo institucional e seguridade legal, para que possa efetivamente fazer valer os preceitos da humanização do parto, livre de interferências perniciosas e patriarcais que o veem tão somente como um momento de dor e sofrimento.

Conclui-se desta forma, que a violência obstétrica é perpetrada por fatores de condições de assistências não prestadas, em especial a mulheres negras, que enfrentam as violências de gênero e raça interseccionadas operando sobre si, e pelas instituições e serviços de saúde, machistas e racistas. Fazendo evidente que não há como erradicar tal prática sem que o Estado assuma sua responsabilidade no que tange a políticas públicas e práticas assistenciais de modo a concretizar princípios universais dos direitos humanos, sexuais, reprodutivos e fundamentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, A.; OLIVEIRA, L.G.S.M. de. Violência Obstétrica e Direitos Humanos. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XXII, n. 75. 2018. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-CEJ_n.75.03.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2021.

ALMEIDA, Guilherme Assis de. **Direito à igualdade e formas de discriminação contra a mulher**. In FERRAZ, Carolina Valença (Coord.). Manual dos direitos da mulher. São Paulo: Saraiva, 2013. 526 p.

ALMEIDA, N. A. Letramento racial: Um desafio para todos nós. São Paulo, SP: **Fundação Tide Setúbal**. 2017. Disponível em: <<https://fundacaotidesetubal.org.br/noticias/noticia/3813/letramento-racial-um-desafio-para-todos-nos-por-neide-ade-almeida>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

ALVES, Branca Moreira; PITANGUY Jaqueline. **O que é feminismo**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense. 2017.

ARGENTINA. Lei n. 25.929. Lei de Parto Humanizado, de 17 de setembro de 2004. Disponível em <http://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf>3EAcesso%20em%2016%20out.%202015>. Acesso em: 10 out. 2021.

_____. Lei 26.485. Ley de protección integral a las mujeres, de 1º de abril de 2009. Disponível em: <http://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf>. Acesso em: 17 out. 2021.

AKOTIERE, CARLA. **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen. 2019.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE. ANS publica resolução para estimular parto normal na saúde suplementar. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticiasans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-partonormal-na-saude-suplementar>>. Acesso em: 28 ago. de 2021.

_____. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/472017-ENQUETE-DACAMARA-PEDE-OPINIAO-SOBRE-PROPOSTA-DE-CONTROLE-DO-NUMERO-DECESARIANAS-NO-PAIS.html>>. Acesso em: 23 out. 2021.

_____. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei n. 7633/2014. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=EBAEFDD>

FEC29A97E3EA070199A8DEBC8.proposicoesWeb2?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014. Acesso em: 23 out. 2021.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 21 out. 2020.

_____. Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3268.htm> Acesso em: 7 nov. 2020.

. _____. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente Brasília, DF. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm> Acesso em: 21 set. 2021.

_____. Lei 11.634/2007, de 27 de dezembro de 2007. Brasília, DF. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm> Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **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: 16 jan. 2021.**

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 11^a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean Claude. **A reprodução**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, ano 10, 1^o sem. 2002, p. 171-188. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2021.

CURI, P, L; RIBEIRO, T, A, de; MARRA, C, B. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, 72, 156-169. 2020. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v72nspe/12.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2021.

DIADEMA. Lei Municipal nº. 3.363, de 1^o de outubro de 2013. Disponível em: <http://www.cmdiadema.sp.gov.br/leis_integra.php?chave=336313>. Acesso: 10 out. 2021.

DIMOULIS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. **Teoria geral dos direitos fundamentais**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2014. 331 p.

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

<http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm1/revista1/80-91.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2021.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil.: **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384. 2015. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2021.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627- 637, Sept. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>> Acesso em: 06 de dez. 2020.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO (FPA) e SESC. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. 2010. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>>. Acesso em: 20 out. 2020.

LEISTER, N.; RIESCO, M. L. G. **Assistência ao Parto: história oral de mulheres que deram à luz ...**: Florianópolis: Texto Contexto Enferm. v. 22, n. 1, p.166- 74, jan./mar. 201.

MATOS, Greice Carvalho et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no brasil: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Online**. Vol. 7, n. 3. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3347/pdf_2231>. Acesso em: 20 jan. 2021.

MELO, A.S. **Os organismos internacionais na condução de um novo bloco histórico**. In: MÉSZÁROS, Istivan. Para além do Capital. São Paulo: Boitempo, 2002.

MELO DE LIMA, T. **Violência Obstétrica: As disputas discursivas e a luta das mulheres...**: Tese Pós-graduação em Serviço Social, Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco. Pernambuco, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/33886>>. Acesso em: 05 out. 2020.

MORAES, Alexandre de. **Direitos humanos fundamentais: teoria geral**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2011, 377 p.

MORAIS, Lorena. Minha maternidade tem cor: mães negras na luta contra o racismo. **Jornal Brasil de Fato**, 17 de novembro. 2015. Disponível em: <<http://www.brasildefato.com.br/node/33471>> Acesso em: 16 mar. de 2021.

MOURA, Clovis. **Dialética Radical do Brasil Negro**. São Paulo: Editora Anita, 1994.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.10, n.3, pp.651-657. 2005. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300021>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

NASCER NO BRASIL. **Inquérito nacional sobre parto e nascimento**. 2014. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

NOGUEIRA MI. **Assistência Pré-natal: prática de saúde a serviço da vida**. São Paulo: Hucitec (Humanismo, Ciência e Tecnologia). 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE — OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em:<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=E820B774A74D02D46EA5584BD5D5B9A6?sequence=3>. Acesso em: 15 de jul. 2021.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê Violência Obstétrica. “Parirás com dor”**. 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2020.

PEREIRA FEITOSA, G. **Violência Obstétrica: uma perspectiva de raça e classe social**. Monografia, Graduação em Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <<https://bdm.unb.br/handle/10483/25572>>. Acesso em: 24 out. 2021.

PEREIRA, Wilza Rocha. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Escola de Enfermagem da Ribeirão Preto**, Universidade de São Paulo, 2000. Disponível em:< SciELO - Brasil - Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde>. Acesso em: 28 jan. 2021.

PIOVESAN, Flávia. A luta das mulheres pelo direito a uma vida sem violência...: **Revista Jurídica Consulex**, Brasília, v.18, n.426, p. 30-31. 2014. Disponível em:<<https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:redes.virtual.bibliotecas:revista:1997;000518210>>. Acesso em: 16 out. 2020.

ROCHA, Fernando Luiz Ximenes. Direitos fundamentais na constituição de 88. Themis - R. da Esmec Fortaleza, **Escola Superior da Magistratura do Estado do Ceara**, v.1, fev. 1998, p. 109-123.

SAFFIOTI, H. I. B. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. São Paulo: Expressão Popular, 2013, v.4, 384 p.

SALES JUNIOR, R. L. de. **Raça e Justiça: o mito da democracia racial...**: 2006. 466f. Tese Doutorado em Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco. Pernambuco, 2006. Disponível em:<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9747/1/arquivo9288_1.pdf>. Acesso em: 05 out. 2021.

SANTA CATARINA. Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina. Projeto de Lei 04829/1013. Disponível em

<http://www.alesc.sc.gov.br/expediente/2013/PL__0482_9_2013_Original.pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

SANTOS, A. F.P. R. dos. **Direito e profissões jurídicas no Brasil após 1988: expansão, competição, identidades e desigualdades**. 1ª ed. São Paulo: Annablume, 2018.

SANTOS, Manuela Pinheiro; et.al. A Invisibilidade da Mulher Negra na Mídia. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES, 5., 2017, Salvador. **Anais eletrônicos...** Salvador: Editora Realize, 2017. Disponível em: <<https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/30411>>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SÃO PAULO (Estado). Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Núcleo especializado de promoção e defesa dos direitos da mulher. Escola da Defensoria Pública do Estado. **Violência Obstétrica: você sabe o que é?**. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 11. ed. rev., atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2012. 504 p.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995. Disponível em: <http://www.archive.org/details/scott_gender>. Acesso em: 22 de fev. 2021.

SILVA, Maria da Penha, Mulheres Negras: sua participação histórica na sociedade escravista. **Cadernos Imbondeiro**. João Pessoa, v.1, n.1, 2010. Disponível em <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/ci/article/viewFile/13509/7668>>. Acesso em: 20 set. 2021.

SOUSA, Valéria. **Violência Obstétrica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento**. São Paulo: Artemis, 2015, 63 p.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. 2005. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

WOLFF, Leila Regina; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127717713016.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

YIEN, M. A. S. K. de. **Profissões médicas e violência obstétrica: expertises, monopólios, autoridades e medicalização**. Dissertação Pós-Graduação em Direitos e Garantias Fundamentais, Faculdade de Direito de Vitória, Vitória, 2016.

ZANOTTI, S. A. de. **Negras Feridas: Uma análise Bourdieusiana da violência obstétrica sofrida pelas mulheres negras no Brasil...**: 2019. 32F. Monografia Graduação em direito,

Faculdade de Direito de Vitória – FDV. Vitória, 2019. Disponível em:<
<http://191.252.194.60:8080/handle/fdv/773>>. Acesso em: 22 out. 2021.