

UNDB – CENTRO UNIVERSITÁRIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

RAYSSA SCARLETT SILVA VERAS

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ANÁLISE SOBRE OS LIMITES DAS NORMAS
PROTETIVAS E ASSISTENCIAIS À MULHER SOB A ÓTICA INTERSECCIONAL DA
RAÇA E CLASSE**

São Luís

2019

RAYSSA SCARLETT SILVA VERAS

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ANÁLISE SOBRE OS LIMITES DAS NORMAS
PROTETIVAS E ASSISTENCIAIS À MULHER SOB A ÓTICA INTERSECCIONAL DA
RAÇA E CLASSE**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Direito da
UNDB – Centro Universitário, como requisito parcial para a
obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Me. Thiago Gomes Viana

São Luís

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Centro Universitário – UNDB / Biblioteca

Veras, Rayssa Scarlett Silva

Violência obstétrica: análise sobre os limites das normas protetivas
e assistenciais à mulher sob a ótica interseccional da raça e classe. /

Rayssa Scarlet Silva Veras. __ São Luís, 2019.

78 f.

Orientador: Prof. Me. Thiago Gomes Viana.

RAYSSA SCARLETT SILVA VERAS

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ANÁLISE SOBRE OS LIMITES DAS NORMAS
PROTETIVAS E ASSISTENCIAIS À MULHER SOB A ÓTICA INTERSECCIONAL DA
RAÇA E CLASSE**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Direito da
UNDB – Centro Universitário, como requisito parcial para a
obtenção do título de Bacharel em Direito.

Aprovada em: 25/11/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Thiago Gomes Viana (Orientador)

Centro Universitário UNDB

Prof.^a M.^a Maiane Cibele de Mesquita Serra (membro externo)

Faculdade Santa Terezinha - CEST

Prof.^a Dr.^a Josanne Cristina Ribeiro Ferreira Façanha

Centro Universitário UNDB

À todas as mulheres negras que sofrem diariamente por sua cor de pele.

AGRADECIMENTOS

Ao meu cachorro, Dunkel, por ficar todas as noites ao meu lado enquanto eu escrevia este trabalho.

Aos meus pais pela atenção e amor além do que eu poderia mensurar. Especialmente, à minha mãe, pela paciência comigo quando fui difícil; e ao meu pai, pela força que teve quando eu não tive.

À minha avó, que nunca duvidou de mim – mesmo quando eu achava possível duvidar.

Ao meu amigo Marcus, pela compreensão, amor, paciência e apoio emocional que tem demonstrado ao longo dos quatro anos que me acompanha.

À minha amiga Trine, que sempre que estou com bloqueio oferece debates e artigos para compreensão do que eu quero aprender ou aperfeiçoar. Aprendi e elevei imensamente meu pensamento crítico com os debates que tivemos ao longo desses oito anos de amizade.

À minha madrastra, Mariana, que sempre estava disponível quando precisei, sem ressalvas.

Às minhas amigas de curso Larissa e Mariana, que apesar de estarmos em tempo acadêmico diferente, as dores do curso se encontraram e o apoio tem sido incondicional.

À minha amiga Fabiana, pela disponibilidade em me ajudar quando precisei.

À minha amiga Juliana, pela compreensão, calma e conselhos.

Em especial, ao meu orientador e amigo, Thiago Gomes Viana, que acreditou em mim, ofereceu seu conhecimento e me ajudou a concluir essa etapa que parecia a mais desafiante para mim.

“To understand myself as a black female, to understand the place set for black females in this society, I had to explore beyond the classroom, beyond the many treatises and books my fellow white female comrades were creating to explain women’s liberation, to offer new and alternative radical ways of thinking about gender and women’s place.”

Bell Hooks

RESUMO

A presente pesquisa se dedica a investigar a violência obstétrica no Brasil sob o ponto de vista das medidas de proteção à parturiente no país, relativamente ao recorte de raça e classe. Com foco na realidade da mulher negra, visa-se investigar as práticas violentas de gênero que ocorrem nas salas de parto e pós-parto, bem como a atenção humanizada do parto. Ressalta-se que foi essencial estudar os desdobramentos da legislação brasileiras, tais quais as leis, as portarias e os projetos de leis sobre o tema. Com base metodológica bibliográfica e documental, foram utilizadas referências bibliográficas recorrendo à leitura de artigos, livros (científicos do âmbito da saúde e jurídicos) e documentos sobre o tema. A princípio, foi apresentado o conceito de violência obstétrica que tem bastante importância para alcançar o seu reconhecimento no ordenamento jurídico, baseando-se na legitimação desse tipo de violência de gênero, também se apresentou a classificação das formas em que as violências podem se apresentar como violência obstétrica e, dentro dessa classificação, apontaram-se as práticas violentas mais relatadas pelas parturientes. Em um segundo momento, utilizaram-se as normas legislativas (leis e portarias) que têm como objetivo as práticas assistenciais em favor das parturientes e que, no entanto, não possuem total efetividade, uma vez que carecem de garantias legais para sua aplicação. Por fim, dedica-se estudo acerca da saúde e da sexualidade da mulher negra parturiente tendo em vista sua posição como grupo vulnerável em razão do racismo institucional.

Palavras-chave: Direitos. Gênero. Interseccionalidade. Raça. Violência obstétrica.

ABSTRACT

The present study is dedicated to examine obstetric violence in Brazil, with a focus on which parturient protective measures are enacted in the country. Furthermore, the study specifies the intersectional relationships between race and class, with an emphasis on the black woman's reality, with the aim to look at different practices of gender-based violence that occur at childbirth and postpartum, and to look at the benefits of childbirth following the humanistic paradigm. It is noteworthy, that the consequences of Brazilian legislation were essential for this study, such as laws, ordinances and bills regarding the matter. Bibliographic and documentary methodological references were used from articles, scientific books (health and law), and papers, concerning the subject. At first, the concept of obstetric violence was introduced which was very important to reach the recognition in the legal system, based on the legitimation of gender violence, also introduced the classification of the ways which violence can be presented as obstetric violence and show the most reported violent practices by the parturients woman. Later on, the legislative norms (law and ordinances) that have care practices, in favor of the parturient black women, however, they are not fully effective since there is no legal guarantee. Finally, this study introduces the sexual and reproductive health of parturient black woman to focus on the group's vulnerability due to institutional racism.

Key-words: Gender. Intersectionality. Obstetric violence. Race. Rights.

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CF	Constituição Federal
CNDH	Conselho Nacional de Direitos Humanos
DP	Direito Penal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LMP	Lei Maria da Penha
MS	Ministério da Saúde
MPF	Ministério Público Federal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PL	Projeto de Lei
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PSL	Partido Social Liberal
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAC	Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Supremo Tribunal de Justiça
TJMA	Tribunal de Justiça do Maranhão

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONCEITUAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO	14
2.1	O conceito de violência obstétrica e o reconhecimento no Brasil	15
2.2	As formas de violência obstétrica	17
2.2.1	Violência de caráter institucional (ou por negligência).....	17
2.2.2	Violência física.....	18
2.2.3	Violência verbal	19
2.2.4	Violência psicológica	19
2.2.5	Violência obstétrica em casos de abortamento.....	20
2.2.6	Violência de caráter sexual.....	20
2.3	As práticas violentas mais comuns na violência obstétrica	20
2.3.1	Cesárea eletiva.....	22
2.3.2	Manobra de Kristeller.....	24
2.3.3	Episiotomia.....	25
2.3.3.1	Ponto do Marido	26
2.3.4	Aplicação de ocitocina	26
2.3.5	Violência obstétrica psicológica.....	27
2.4	As práticas assistenciais no Brasil	29
3	A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A (QUASE) OMISSA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	31
3.1	As leis assistencialistas perante a rede de saúde sob a ótica da Lei nº 8.080/1990	32
3.1.1	A violência obstétrica em face da Lei estadual nº 17.137/19 e do Projeto de Lei nº 3635/19 nos hospitais públicos	38
3.2	A violência obstétrica e a assistência obstétrica na rede suplementar no Brasil	42
3.3	O direito comparado e a tipificação legal da violência obstétrica	44
4	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM OLHAR DESDE A PERSPECTIVA DA SAÚDE E DA SEXUALIDADE DA MULHER NEGRA	48
4.1	O gênero, raça, a classe e a relação de poder nas salas de partos	50

4.2	O gênero sob o viés da interseccionalidade: a saúde e sexualidade da mulher negra em pauta.....	52
4.3	A raça como um fator que dificulta a boa assistência às parturientes	59
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
	REFERÊNCIAS	68

1 INTRODUÇÃO

O termo “violência” é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (OMS, 2002).

Nesse sentido, a violência contra a mulher é conceituada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994) como um ato ou conduta que se baseie no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto na privada.

Já a violência obstétrica é definida pela Organização Mundial de Saúde (2014) no documento “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” como um conjunto de desrespeitos e abusos durante o parto por parte de instituições de saúde.

No entanto, apesar das definições apresentadas buscarem reconhecimento perante à sociedade, não se encontram garantias para combatê-las. Portanto, o presente trabalho busca demonstrar que, ainda que a violência obstétrica seja uma constante na realidade das parturientes, não se obtém políticas protetivas e assistenciais à mulher. Essa situação se agrava quando analisadas sob a ótica da raça e da classe na qual as parturientes negras, com maiores probabilidades em deter menor aporte financeiro, encontram-se em desvantagem social, ao passo que têm sua saúde menosprezada.

Dentre as preocupações apresentadas neste trabalho, encontram-se violências praticadas em ambos os modelos de parto: vaginal e cesariano. A partir disso, tem-se que o Brasil é o país em que mais da metade dos partos é feito por cesárea, indicando a falta de atenção no acompanhamento do parto e da parturiente (HAMERMÜLLER; UCHÔA, 2018).

Portanto, a justificativa do trabalho está nos obstáculos em que as parturientes encontram para obter partos humanizados, centralizados na mulher, sem que torne o parto uma patologia. Esses obstáculos também visibilizam que as normas assistenciais disponíveis no ordenamento jurídico brasileiro não possuem qualquer efetividade, uma vez que existem inúmeras pesquisas demonstrando números exponenciais de vítimas de violência obstétrica. Nesse sentido, encontram-se os grupos vulneráveis de parturientes negras, que se fazem presentes como estudo desse trabalho tanto quanto a própria violência obstétrica. Escolhendo-se fazer esse recorte pela preocupação especial que há quanto a esse grupo, fazendo-o sob a

ótica interseccional, pois é necessário discutir como as estruturas do racismo e de classe se movem quando aplicadas à violência de gênero.

A violência obstétrica tem percorrido um caminho de inexistência para finalmente reconhecimento no meio científico. Nesse contexto, a presente pesquisa pretende responder a questão sobre como as normas protetivas e assistenciais presentes na legislação brasileira, que visam salvaguardar a parturiente, tornam-se insuficientes perante sua ausência de efetividade. Eleva-se a problemática principal quando se parte a estudar e questionar o racismo institucional preponderante na área da saúde, bem como a problemática de classe.

Para responder tal problemática, conta-se com o reconhecimento da violência obstétrica como uma violência de gênero. A partir do momento em que se conceitua e caracteriza-se a violência obstétrica, consegue-se a fragmentação das formas que esse tipo de violência pode se apresentar, assim, proporcionando a visibilidade desse problema social que atinge as mulheres.

Dessa forma, adotou-se a análise do fenômeno da violência obstétrica no Brasil diante da quase completa omissão legislativa e a vulnerabilidade da parturiente que necessita de atendimento no âmbito público e suplementar, sob o viés da teoria interseccional de maneira a contemplar raça e classe.

A partir disso, no primeiro capítulo, desenvolve-se a caracterização da violência obstétrica. Assim, tornou-se essencial apontar cada tipo de violência que pode ser encaixada como violência obstétrica para concretizar e obter visibilidade. Em tal contexto, foi possível observar que são diversos os formatos em que a violência obstétrica pode se manifestar, por isso a importância de seu reconhecimento e de sua caracterização. A violência obstétrica age como uma violência de gênero que pode desfigurar o corpo e o órgão sexual, mas também pode agir de maneira a prejudicar psicologicamente e traumatizar.

No segundo capítulo, apresenta-se o que a legislação brasileira dispõe para garantir os direitos das parturientes. A partir disso, observa-se a escassez acerca do assunto, abrindo espaço para práticas violentas, tanto no setor público quanto no setor suplementar. No entanto, ainda que escassa, a legislação brasileira conta com algumas portarias e leis que serão estudadas com o objetivo de analisar sua efetividade.

E finalmente, no terceiro capítulo explora-se que a sexualidade, o direito reprodutivo e a saúde da mulher, como direitos, não são respeitados. O estado gravídico da mulher é apenas uma consequência de seu descuido, de seu próprio desleixo, e, por isso, a mulher deve se abster e prosseguir ainda sob violências que possam lhe ocorrer. As parturientes negras são as mais afetadas por esse sistema que deslegitima a voz da mulher que requer seus

direitos como sujeito de direito em um momento delicado o qual é o momento do parto (ASSIS, 2018).

A metodologia utilizada nesse trabalho tem como natureza predominantemente a pesquisa bibliográfica e documental, na qual se busca explorar, a partir do tema proposto, e pormenorizar as principais problemáticas pertinentes aos partos realizados no Brasil com foco à realidade da mulher negra e como é possível proteger e promover assistência às parturientes. Para isso, realiza-se durante todo o trabalho um levantamento bibliográfico e documental, tanto com identificação de artigos científicos, quanto dos relatos das vítimas e, por fim, de doutrina.

Por fim, faz parte da assistência do parto a atenção humanizada às mulheres o respeito aos princípios fundamentais da bioética. Portanto, no que tange à autonomia, é direito da mulher decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida, de forma a maximizar o benefício e minimizar o dano, tentando sempre causar o menor prejuízo à parturiente e, assim, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis de suas ações. O profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher. Nesse sentido, de acordo com Assis (2018), as parturientes que procuram o hospital público e os cuidados oferecidos pelo serviço público são as que estão mais vulneráveis, pois possuem menos aporte econômico.

Portanto, é premente a atenção especial a esse grupo vulnerável, ainda mais emergente a necessidade em examinar os moldes em que a violência obstétrica se faz presente.

2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONCEITUAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

“Assumo o plantão e já tem 3 puérperas com lágrimas nos olhos à procura de ajuda. Estão sentindo dor ‘no corte’. Consulto os prontuários e vejo que todas as três tiveram parto normal com episiotomia, mas não foi prescrito nenhuma medicação para dor. Procuo me informar e descubro que o médico que ‘fez os partos’ não prescreve medicação para partos normais com episiotomia, pois diz que ‘normal não dói, é coisa da cabeça delas’.”

Ex-funcionária da Maternidade Pró-Matre de Vitória-ES (CIELLO *et al.*, 2012, p. 133).

“Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga!”

Fala atribuída ao anestesista que foi chamado durante a madrugada (plantão de sobreaviso) para atender a uma cesárea de emergência de uma gestante adolescente com eclampsia cujo parceiro estava preso por tráfico de drogas.

Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES (CIELLO *et al.*, 2012, p. 135).

A violência obstétrica pode ser encontrada em algumas situações, dentre as quais: violência por negligência; violência física; violência verbal; violência psicológica e violência obstétrica em casos de abortamento. Quando se fala em violência obstétrica, ressalta-se que esta não precisa vir somente de um médico obstetra, pois é uma prática que também pode ser cometida por toda a equipe de saúde, bem como a administração hospitalar, inclusive, recepcionistas (HAMERMÜLLER; UCHÔA, 2018). Dessa forma, inicialmente, é importante especificar as formas em que a violência pode ser cometida, para, posteriormente, analisar as práticas em cada âmbito.

Faz-se oportuno mencionar que a grande dificuldade, no que tange à condução do parto, é a falta de avanço da promoção de mudanças institucionais. De fato, estão disponibilizados no Brasil manuais e normas para implementar mudanças no sistema de parto. No entanto, essas referidas mudanças exigem a mobilização das mulheres, uma modificação profunda na enraizada formação técnica dos profissionais de saúde que por vezes trabalham meramente com o que se chama de “tradição médica” e também da necessária implementação das políticas públicas a fim de educar; formar e intervir (DINIZ, 2003).

Nesse sentido, Ciello *et al.* (2012, p. 60) explica que:

Dos atos caracterizadores da violência obstétrica: são todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis [...].

O presente capítulo tem como objetivo conceituar a violência obstétrica de forma que visibilize como uma violência de gênero, bem como caracterizar as formas como a

violência pode se apresentar nas condutas do parto e as práticas mais comuns que são utilizadas no parto, inclusive, discorrer sobre as práticas assistenciais.

2.1 O conceito de violência obstétrica e o reconhecimento no Brasil

O conceito do termo violência é definido pela OMS como “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (OMS, 2002).

A violência contra a mulher é conceituada pela OEA (1994) como “um ato ou conduta que se baseie no gênero, que cause morte ou dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto na privada”.

Já a violência obstétrica é um termo utilizado no âmbito acadêmico por Pérez D’Gregorio, médico e presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, através do editorial do *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, em 2010. Segundo D’Gregorio (2010), o conceito da violência obstétrica surgiu através da Lei Orgânica da Venezuela, em 2007, expressando que a apropriação do corpo e do processo reprodutivo da mulher, por parte do profissional da saúde, seria contrária à boa prática da obstetrícia, indicando o tratamento desumanizado se dá quando houver abuso de medicação e transformação do natural processo em patologização.

De acordo com D’Gregorio (2010), é necessário que os especialistas participem do processo de regulação da violência obstétrica no seu país, pois na Venezuela esse termo violência obstétrica surgiu com uma imputação legal ao profissional de saúde, enquanto que, pela Constituição venezuelana, a saúde é uma obrigação do Estado, portanto, aludiu que a responsabilização deveria ser institucional, não pessoal.

Dessa forma, o termo “violência obstétrica” surgiu pioneiramente na América Latina, por força e necessidade social, tornando-se lei, por meio da Lei Orgânica (2007), e, por conseguinte, adentrando no meio acadêmico.

A violência obstétrica também foi conceituada pela OMS em “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” (2014) como um conjunto de desrespeitos e abusos durante o parto por parte de instituições de saúde.

Portanto, violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos, bem como a falta de confidencialidade, não obtenção

de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento são as violências que a OMS (2014) define como violadores da dignidade humana e que precisam de intervenção, inclusive, internacional.

A definição de “violência obstétrica” é de cunho científico e acadêmico. No entanto, o Ministério da Saúde (MS) editou um texto se posicionando no sentido de que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no “*continuum* gestação-parto-puerpério” e que, inclusive, tem buscado estratégias para a abolição do uso do termo “violência obstétrica” (FEBRASGO, 2019). Esse posicionamento do MS surgiu a partir do parecer do Conselho Federal de Medicina nº 32/2018 que expressa que o termo “violência obstétrica” seria uma agressão contra a medicina, da especialidade da ginecologia e obstetrícia, e que iria de encontro aos conhecimentos científicos consagrados, segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética.

Nesse sentido, o Conselho Federal de Medicina (2019a), em nota à imprensa, ratificou o entendimento do MS contra o termo “violência obstétrica”, que se posicionou em apoio ao parecer do CFM nº 32/2018, por acreditar que esse termo “agride a comunidade médica” de forma que é “inapropriado”, “estigmatiza a prática médica” e, inclusive, diz em seu item 5 que:

[...] a adoção desse termo conturba a relação médico-paciente quebra o princípio da harmonia nas equipes multiprofissionais; não promove qualquer mudança significativa no quadro de desproteção às gestantes; e transfere de modo inconsequente sobre os médicos a responsabilidade por todas as mazelas da saúde (pública ou privada), como se fossem culpados pelos graves indicadores de mortalidade e de morbidade maternos e infantis.

A partir do posicionamento do MS, o Ministério Público Federal (2019), através da Recomendação nº 29/2019, indicou que o Ministério da Saúde adote as ações positivas recomendadas no documento da OMS em “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” (2014), que reconhece a ocorrência de violência física, verbal e maus tratos durante o parto, independentemente da intencionalidade do profissional em causar dano.

Ainda nesse sentido, o Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH) (2019) recomendou ao Ministro da Saúde que desconsidere a abolição do uso da terminologia

“violência obstétrica” das suas políticas e programas de saúde, uma vez que, de acordo com o CNDH, “negar a violação de direitos da mulher na gravidez, parto e puerpério representa um retrocesso nas políticas públicas de saúde da mulher e de saúde materna”. A recomendação do CNDH (2019) também reforça a necessidade da garantia à Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS e ao Programa Humanização do Parto e Nascimento, além de reiterar que o Brasil é signatário da supracitada Convenção de Belém do Pará.

Por fim, o Ministério da Saúde (2019), seguindo a Recomendação nº 29/2019 do MPF de São Paulo (2019), manifestou o seguinte:

11. Assim, **entender as mulheres como sujeitos de direitos significa respeitar sua autonomia, suas necessidades**, considerá-las nas decisões e cuidados que afetam a sua saúde, de modo que as escolhas sejam realizadas de maneira informada e as decisões de maneira conjunta, representa, na implementação da política, ações desde o pré-natal que promovam a inclusão da mulher e sua família no cuidado compartilhado na atenção ao parto e nascimento, sendo possível, por exemplo, utilizar a caderneta da gestante como uma ferramenta de conhecimento de direitos e de saúde.
12. Nesse sentido **reconhece o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas** em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas, assim como demonstrado nos estudos científicos e produções acadêmicas que versam sobre o tema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, grifo nosso).

O Ministério da Saúde (2019) se posicionou no sentido de reconhecer que as mulheres podem utilizar a denominação que mais se fizer apropriada para sua situação e realidade de violência sofrida. Portanto, o MS reconheceu, no entanto, adotou uma postura na qual manteve sua decisão em não utilizar o termo em normas e políticas públicas do governo, contribuindo para a invisibilização e silenciamento da prática. Isso demonstra que, apesar dos esforços, as mulheres ainda não possuem autonomia do próprio corpo, não possuem um reconhecimento pleno como sujeitos de direitos, uma vez que as práticas violentas existem, seguem sendo relativizadas e sem o reconhecimento social que merecem.

2.2 As formas de violência obstétrica

2.2.1 Violência de caráter institucional (ou por negligência)

A violência de caráter institucional é o conjunto de ações de organização que tornem dificultoso, impeçam ou mesmo oponham demora no processo na obtenção da mulher aos seus direitos de natureza pública ou privada (CIELLO *et al.*, 2012). Dessa forma,

exemplifica-se a partir do impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, tais como impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes. (CIELLO *et al.*, 2012, p. 61).

Essa violência reflete o que, no Direito Antidiscriminatório, chama-se de discriminação institucional:

A perspectiva institucional, por sua vez, enfatiza a importância do contexto social e organizacional como efetiva raiz dos preconceitos e comportamentos discriminatórios. Ao invés de acentuar a dimensão volitiva individual, ela volta-se para a dinâmica social e a ‘normalidade’ da discriminação que ela engendra, buscando compreender a persistência da discriminação mesmo em indivíduos e instituições que rejeitam conscientemente sua prática intencional”, daí se poder falar em “discriminação institucional e privilégio (RIOS, 2008, p. 135 e ss.).

A negligência se dá ao negar ou impor dificuldades para que a parturiente receba os serviços que são seus por direito. Assim, esse tipo de violência pode começar desde a procura da gestante pelo pré-natal, até o momento do parto (HAMERMÜLLER; UCHÔA, 2018).

A violência de caráter institucional pode estar presente em qualquer etapa da gestação da mulher. A parturiente precisa estar ciente de seus direitos e que qualquer que seja a omissão ou violação de seus direitos é prática desse tipo de violência.

2.2.2 Violência física

A violência física é o tipo mais comum e visível, no entanto, ainda assim difícil de caracterizar. Ela acontece quando há práticas e intervenções consideradas desnecessárias e violentas sem que haja o consentimento da mulher (HAMERMÜLLER; UCHÔA, 2018). De acordo com Ciello *et al.* (2012, p. 60), são práticas que afetam o corpo da mulher de forma que produzam dor ou dano físico, de qualquer intensidade, sem qualquer orientação baseada em indicações científicas.

Muitas práticas consideradas “tradicionais” por médicos já são consideradas desnecessárias na obstetrícia. Para citar previamente algumas dessas práticas, tem-se: a aplicação do soro com ocitocina, lavagem intestinal, ruptura artificial da bolsa, raspagem dos pelos pubianos, não oferecer alívio para a dor, episiotomia sem prescrição médica, “ponto do marido”, uso do fórceps sem indicação clínica, imobilização de braços ou pernas, manobra de Kristeller (procedimento banido pela OMS em 2017). Por fim, a cesariana também pode ser

considerada uma forma de violência obstétrica quando realizada sem prescrição médica e sem o consentimento da parturiente (HAMERMÜLLER; UCHÔA, 2018).

Assim, a violência física é o tipo de violência mais evidente e, ainda assim, certas práticas e intervenções podem passar despercebidas como, de fato, violências físicas e não procedimento normal em um parto. A medicina baseada em evidências precisa ser o foco dos profissionais de saúde, deixando a utilização de métodos apenas por tradicionalismo.

2.2.3 Violência verbal

A violência verbal é um constrangimento moral. Aqui a violência pode vir como comentários constrangedores, ofensivos ou humilhantes à gestação da parturiente e, dentro da violência verbal, podem vir inferiorizando a suas características físicas, econômicas, sociais ou culturais, também, pode-se encontrar discriminação sobre as escolhas da parturiente em seu próprio parto (HAMERMÜLLER; UCHÔA, 2018).

A violência verbal pode abalar emocionalmente a mulher que está em trabalho de parto e no próprio momento do parto, além de ser um constrangimento moral, pois é uma forma de influenciar negativamente o parto humanizado.

2.2.4 Violência psicológica

A violência psicológica é toda ação verbal ou comportamental que cause na parturiente sentimentos como os de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, etc. Os exemplos são vários: todas e quaisquer ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais (CIELLO *et al.*, 2012, p. 60).

Portanto, a violência psicológica pode estar ligada concomitantemente com qualquer outra forma de violência apresentada anteriormente, uma vez que, além de ser um tipo de violência mais invisível, também pode ser facilmente associada à violência verbal, por exemplo. A violência psicológica pode causar abalo emocional e psicológico na mulher gestante.

2.2.5 Violência obstétrica em casos de abortamento

A violência obstétrica em casos de abortamento se dá quando, embora a expectativa fosse de um parto, a mulher acaba abortando e, nesses casos, havendo negação ou demora no atendimento, questionamento ou acusação da mulher sobre a causa do aborto, procedimentos invasivos sem explicação, sem consentimento ou anestesia, ou mesmo a culpabilização e denúncia da mulher são práticas dessa violência (HAMERMÜLLER; UCHÔA, 2018).

Os profissionais de saúde devem garantir que a mulher tenha um atendimento humanizado, com foco no paciente, e a negação ou demora no atendimento, pois, por preconceito, achar que o aborto foi provocado, antes mesmo de se basear em evidências, é, além de um transtorno à mulher gestante, um tipo de violência obstétrica contra ela.

2.2.6 Violência de caráter sexual

Define-se como violência de caráter sexual toda ação que viole a intimidade da mulher, incidindo sobre sua integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. A partir disso, tem-se as intervenções médicas agressivas tais quais os exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento (CIELLO *et al.*, 2012, p. 60).

Por fim, a violência de caráter sexual agride especificamente a integridade sexual e reprodutiva da mulher. A saúde sexual e reprodutiva é um direito de toda mulher, portanto qualquer prática que viole este direito se configura como violência sexual.

2.3 As práticas violentas mais comuns na violência obstétrica

São práticas consideradas violentas ou desnecessárias tendo em vista terem sido superadas, tanto por conhecimento científico médico quanto por ter sido constatado que a sua utilização traria mais sofrimento à parturiente sem possuir resultado útil ao parto.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) (2019b) editou a Resolução nº 2.232/19, em que dispõe que a vontade da mulher pode caracterizar “abuso de direito” em relação ao feto e que, nesses casos, a recusa pelo procedimento não pode ser aceita, dessa forma, o médico

pode, inclusive, acionar as “autoridades competentes” para assegurar que o tratamento seja feito. A Resolução nº 2.232 de 2019, do CFM, dispõe que:

Art. 5º A recusa terapêutica não deve ser aceita pelo médico quando caracterizar abuso de direito.

§ 1º Caracteriza abuso de direito:

I - A recusa terapêutica que coloque em risco a saúde de terceiros.

II - A recusa terapêutica ao tratamento de doença transmissível ou de qualquer outra condição semelhante que exponha a população a risco de contaminação.

§ 2º A recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto.

Art. 6º O médico assistente em estabelecimento de saúde, ao rejeitar a recusa terapêutica do paciente, na forma prevista nos artigos 3º e 4º desta Resolução, deverá registrar o fato no prontuário e comunicá-lo ao diretor técnico para que este tome as providências necessárias perante as autoridades competentes, visando assegurar o tratamento proposto.

Art. 7º É direito do médico a objeção de consciência diante da recusa terapêutica do paciente.

Art. 8º Objeção de consciência é o direito do médico de se abster do atendimento diante da recusa terapêutica do paciente, não realizando atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Neste sentido, o CFM (2019c) esclareceu, por meio de nota, que “é garantido ao médico o direito à objeção de consciência, quando, diante da recusa terapêutica do paciente, o médico, eticamente, deixa de realizar condutas que, embora permitidas por lei, são contrárias aos ditames de sua consciência”. Dessa forma, a objeção de consciência do médico perante as intervenções médicas nos procedimentos terapêuticos, embora tenha a escusa da dignidade da pessoa humana, possui um evidente obstáculo à autonomia da mulher.

Quanto à objeção de consciência, de acordo com o CFM (2019c), é determinado como um direito do médico de se abster do atendimento diante da recusa terapêutica do paciente. A referida resolução ressalva que, na ausência de outro médico, em casos de urgência e emergência e quando a recusa em realizar o tratamento trazer danos previsíveis à saúde do paciente, a relação não pode ser interrompida por objeção de consciência. Portanto, em casos como o descrito, o médico responsável deve adotar o tratamento indicado, independentemente da recusa terapêutica pela gestante.

O CFM (2019c) também expressa que há recomendação de documento quando existir a necessidade de formalizar o consentimento ao médico sobre a realização ou não de determinado procedimento diagnóstico ou terapêutico, após a paciente ter recebido as devidas informações. O “consentimento livre e esclarecido” foi apontado como uma ferramenta de autonomia e dignidade da paciente. O CFM (2019c) ressaltou que a supracitada Resolução não foi concebida como um instrumento de proteção contra riscos da profissão.

Portanto, ainda que haja esse “consentimento livre e esclarecido”, não se pode excluir a não realização de algum procedimento terapêutico, sob a alegação do médico de objeção de consciência como decorrência desse documento e de sua liberdade de sua consciência.

Dessa forma, a Resolução nº 2.232/19, fundamentada pelo Código de Ética de Medicina, possibilita a utilização de práticas que vão de encontro a qualquer ótica sobre como é um parto humanizado, tudo sob o ditame da objeção de consciência, ou mesmo da liberdade de consciência, de forma a fundamentar o relativo “abuso de direito” de terceiros.

A obstetra Melania Amorim (*apud* DE LARA, 2019), integrante pesquisadora da OMS e representante da Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras, expressou que a resolução abre um precedente perigoso no que tange à tutela por parte da medicina sob o corpo das mulheres gestantes com base no que seria uma suposta preocupação com o feto. Amorim (*apud* DE LARA, 2019) também ressaltou que essa resolução é apenas uma de várias posturas do CFM que ameaçam os direitos reprodutivos das mulheres.

Assim, tornando o debate acerca das intervenções médicas no meio ginecológico e obstétrico um assunto denso, tendo em vista que certas práticas terapêuticas são consideradas no meio acadêmico subutilizadas, sem base científica, por muitas vezes feitas por mero tradicionalismo médico. Portanto, neste tópico serão abordadas as práticas violentas como as cesáreas eletivas, a manobra de Kristeller, a episiotomia de rotina, o comumente chamado “ponto do marido”, a aplicação da ocitocina e as violências psicológicas que são as mais frequentemente encontradas nos partos.

2.3.1 Cesárea eletiva

As cesáreas têm tido crescente uso em países em desenvolvimento e desenvolvidos. Desde a década de 80, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria de 10% a 15%, de acordo com a OMS (2015). No entanto, a problemática é que não existem evidências que fazer cesáreas em ocasiões que não é necessário traz benefícios para a mãe ou para o bebê. Já quanto aos riscos, a cesárea é uma cirurgia como outra qualquer que pode acarretar riscos ao longo da vida no corpo da mulher e, inclusive, no bebê (OMS, 2015).

Por isso, a pesquisa da OMS (2015) apontou que a cesárea é uma intervenção médica que deve ser feita nos casos em que é necessária, pois pode causar complicações significativas, às vezes permanentes, como sequelas ou morte, com maior incidência em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura e também de tratar

complicações pós-operatórias. Dessa forma, a OMS (2015) é taxativa ao dizer que não existe explicação fundamentada para que qualquer região do mundo tenha uma taxa de cesárea maior que 10-15%.

Como já explicado, a cesárea é uma cirurgia, e uma das caracterizações dessa intervenção é a cesárea eletiva que é realizada sem necessidade clínica, podendo ser agendada e realizada antes mesmo do início do trabalho de parto ou realizada durante o trabalho de parto sem caracterizar urgência ou emergência. No Brasil, os hospitais privados possuem índices altíssimos de cesárea, sendo, inclusive, possível identificar períodos do ano em que a demanda é maior (CIELLO *et al.*, 2012, p. 112).

Em consonância com o disposto, Souza *et al.* (2010, p. 506) expõe que a cesárea não deve ser eletiva, mas, sim, por indicação médica, de forma criteriosa e isolada:

Para o conceito, particularmente nas cesáreas eletivas, há aumento do risco de morbidade perinatal, sobretudo de admissão na unidade de terapia intensiva neonatal e síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, que podem ser reduzidas se a cesariana eletiva for realizada acima da 39ª semana de gravidez. Assim, a decisão para a realização de uma cesariana deve ser criteriosa e discutida com a paciente.

A Pesquisa Nascer Faz Bem (LEAL *et al.*, 2012) indica que 28% das mulheres brasileiras desejam uma cesariana já no início da gravidez. Também foi feito um comparativo em que 44,8% das primíparas (mulheres em primeira gravidez) tinham parto cesariano no público, enquanto que no privado esse número subiu para 89,9% (LEAL *et al.*, 2012). Essa pesquisa indicou que 40,7% das multíparas (mulheres com mais de um filho) tinham parto cesariano no público e no privado a porcentagem subia novamente para 84,5%. Por fim, 51,9% das mulheres fizeram uma cesariana, enquanto apenas 5% das mulheres fizeram um “parto natural” (parto vaginal sem qualquer intervenção durante o trabalho de parto e o parto) (LEAL *et al.*, 2012).

É necessário ressaltar que a cesárea é uma espécie de cirurgia, portanto, a sua recomendação de 10-15% por parte da OMS (2015) se dá por casos em que os riscos são evidentes e casos em que o parto normal é o mais indicado. Tratar a cesárea como uma forma “eletiva”, isto é, por “escolha autônoma” ou mesmo conveniência é sistematizar o parto, robotizá-lo, e entrar em desacordo com o processo próprio e natural do corpo.

2.3.2 Manobra de Kristeller

A manobra de Kristeller, desenvolvida sem fundamentação científica, consiste na prática em que com duas mãos se empurra a barriga da mulher em direção à pelve. Apesar de ser comprovado seus malefícios tanto para o corpo da mulher quanto para o bebê, com estudos demonstrando graves complicações a partir dessa prática, ainda é possível encontrar profissionais realizando essa manobra com uma variação que é subindo em cima da barriga da mulher ou, ainda, espremendo seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, o antebraço ou o joelho (CIELLO *et al.*, 2012, p. 2013).

A Pesquisa Nascer Faz Bem estima que cerca de 36,1% das mulheres passem pelo procedimento da manobra de Kristeller (LEAL *et al.*, 2012), constituindo uma contrariedade à Resolução nº 36/2008 da ANVISA (BRASIL, 2008) embutindo mais danos ao corpo da parturiente, físicos e psicológicos. A referida resolução orienta as práticas no parto que são devidamente úteis e que são garantias tanto durante o trabalho de parto quanto no parto e pós-parto:

9.6 Na assistência ao trabalho de parto, o serviço deve: [...]

9.6.6 garantir à mulher condições de escolha de diversas posições no trabalho de parto, desde que não existam impedimentos clínicos; [...]

9.7 Na assistência ao parto e pós-parto imediato, o serviço deve:

9.7.1 garantir à mulher condições de escolha de diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos;

De forma geral, é pertinente mencionar que a manobra de Kristeller culmina na cesariana de urgência, uma vez que é uma intervenção que tem o objetivo a aceleração do parto (ZORZAM, 2013, p. 161).

Por fim, ressalta-se que, em 23 de janeiro de 2017, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) homologou, por unanimidade, a decisão nº 93/2016 do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) que proíbe a participação de profissionais de Enfermagem na manobra de Kristeller (COFEN, 2017).

A manobra de Kristeller é uma das intervenções médicas que não consiste na medicina baseada em evidências, como já explicado. Portanto, profissionais de saúde que seguem fazendo uso dessa intervenção apenas o fazem por tradicionalismo e, como demonstrado, sem possuir benefício algum à parturiente, podendo, inclusive, trazer-lhe malefícios.

2.3.3 Episiotomia

A episiotomia é uma cirurgia realizada na vulva na qual se corta a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Isso acaba por afetar diversas estruturas do períneo, tais 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. No Brasil, essa prática contraria os preceitos da Medicina Baseada em Evidências (CIELLO *et al.*, 2012, p. 80).

A justificação da episiotomia de rotina surgiu, a princípio no século XX, baseada em crenças pessoais e sem justificação científica para essa recomendação, o que levou essa incorporação da prática na rotina das primigestas (mulheres que têm sua primeira gravidez) (TOMASSO *et al.*, 2002, tradução nossa). Na década de 80, já se possuía evidência científica sólida que buscava a abolição da episiotomia de rotina. A redução da episiotomia produz consequentemente a redução do sofrimento da parturiente, portanto, o uso indevido desse método e da posterior costura, denominada episiorrafia, é um exemplo de violação dos direitos humanos por se tratar por vezes de maneira cruel, degradante e humilhante (DINIZ, 2003).

A episiotomia tem sido apontada como um método que facilita a saída do bebê, assim, “prevenindo a ruptura do períneo e o suposto afrouxamento vaginal provocado na passagem do feto pelos genitais no parto normal” (DINIZ, 2003). No entanto, não há evidência científica para essa afirmação, de acordo com Diniz (2003), essa representação de “vagina frouxa” se dá pelo senso comum enraizada na cultura sexual e reprodutiva de que o frequente uso da vagina pode “alargar”, inclusive, embutindo a desvalorização do sujeito mulher, constituindo apoio em literatura médica que em nada tem embasamento científico.

A Pesquisa Nascer Feliz (LEAL *et al.*, 2012) demonstra que em cerca de 53,5% dos partos vaginais ocorre a episiotomia. Neste íterim, a indicação médica é de cerca de 10% a 15% dos casos, inclusive como aponta a OMS (DINIZ, 2003). Além disso, esse método é praticado em mais de 90% dos partos hospitalares da América Latina (TOMASSO *et al.*, 2002, tradução nossa), acreditando-se a partir desse percentual que milhares de mulheres têm suas vaginas cortadas e costuradas sem qualquer indicação médica, apenas por tradição.

A episiotomia é buscada quando as mulheres pressupõem que irão ter problemas sexuais e que a vagina ficará flácida após um parto vaginal. No entanto, quando as mulheres têm acesso à boa informação, compreendem que é possível substituir a episiotomia por meio de exercícios para manter os músculos da vagina fortes e, compreendido isso, perceber que a prática da episiotomia de rotina é uma lesão genital que deve ser prevenida (DINIZ, 2003).

A partir de recomendações nacionais e internacionais, inclusive da OMS, que restringem a episiotomia, observou-se que esse método é uma agressão desnecessária à mulher, trata-se de uma mutilação genital (TOMASSO *et al.*, 2002, tradução nossa), uma vez que a episiotomia indiscriminada e de rotina se configura como uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher e uma violação da integridade corporal feminina (CIELLO *et al.*, 2012, p. 86).

A episiotomia é um tipo de violência obstétrica, a violência física, pois é praticada sem evidência ou fundamentação médica para comprovar sua necessidade. Tendo em vista ser um procedimento sem comprovação científica de benefício à parturiente e bastante doloroso, sua prática é facilmente visualizada como uma lesão corporal, principalmente, quando feita sem o consentimento da mulher.

2.3.3.1 “Ponto do marido”

Outro método que não tem evidência científica é o “ponto do marido”. No Brasil, essa prática funciona no imaginário de profissionais, parturientes e seus parceiros como promotores de uma “vagina corrigida” (DINIZ, 2003). O “ponto do marido” é realizado durante a sutura, sendo um ponto mais apertado na vagina, que tem como objetivo deixar a vagina bem apertada como forma de preservação do prazer masculino nas relações sexuais depois do parto (CIELLO *et al.*, 2012, p. 85).

Essa é uma prática misógina que prevê o “alargamento” da vagina por decorrência de um bebê pelo parto normal. O ponto mais apertado tem como objetivo somente o prazer masculino e nenhuma evidência de benefício ou mesmo prazer feminino. Ao contrário, uma vez que a mulher poderá sentir mais dores ao ter relações sexuais em virtude do ponto a mais, bem como evoluir para um quadro de incontinência urinária e fecal.

2.3.4 Aplicação de ocitocina

A aplicação de ocitocina é bastante comum e conhecida, sendo relatado em vários depoimentos do Dossiê da Violência Obstétrica (CIELLO *et al.*, 2012) como um dos procedimentos de uso rotineiro e indiscriminado realizado durante o parto. Essa droga é utilizada para aceleração dos partos em hospitais públicos e privados de forma rotineira e associada às diversas outras intervenções que integram a assistência (ZORZAM, 2013, p. 148).

A ocitocina é um hormônio que acelera o processo de contrações uterinas abreviando o trabalho de parto, contudo, ressalta-se que esse hormônio é naturalmente produzido pelo corpo humano. Dessa forma, o hormônio, sintético, quando utilizado de forma indiscriminada, com intuito de aceleração do parto, sem indicação correta e aplicada no soro da parturiente causa o aumento significativo das dores, inclusive, caso não seja devidamente acompanhada, pode causar severas complicações à mulher e ao neonato, como o exemplo mais grave, tem-se o sofrimento fetal causado pela dificuldade na oxigenação que causa danos cerebrais (como paralisia) (SERRA *et al.*, 2018, p. 80). Caso essas manobras não resultem na saída do bebê pela vagina ou caso haja suspeita de sofrimento fetal, recorre-se à cesárea (CIELLO *et al.*, 2012, p. 96).

A principal característica quanto ao procedimento de aplicação de ocitocina é que usualmente as gestantes não sabem informar se foi ou não administrada a ocitocina no soro durante o trabalho de parto o que sugere uma negligência por parte dos profissionais de saúde quanto ao direito do consentimento informado (ZORZAM, 2013, p. 157-159).

A ocitocina aparece como o procedimento mais doloroso sofrido pelas mulheres, bem como os relatos se deram com a falta de acompanhamento de profissionais, portanto, as parturientes contaram com a dor exacerbada e a solidão. Além disso, foi comumente descrito que não era possível negociar o procedimento durante o parto, não havia uma autonomia para restringir ou mesmo não fazer uso dessa intervenção, logo, a aplicação de ocitocina apareceu como prática que quase sempre era iniciada sem o consentimento das parturientes (ZORZAM, 2013, p. 157- 159).

Por ser a ocitocina naturalmente produzido pelo corpo humano, vê-se aí desnecessidade da utilização dele de forma indiscriminada ou de rotina, tornando-se, assim, mais um procedimento que é feito em diversos casos sem qualquer indicação obstétrica, apenas para resumir o processo do parto.

2.3.5 Violência obstétrica psicológica

A violência psicológica por si só possui uma grande dificuldade para identificação quando ocorre, além disso, também é bastante complexo demonstrar sua atuação e seu reconhecimento como uma violência (SERRA *et al.*, 2018, p. 82). No entanto, a Lei Maria da Penha, de acordo com o art. 7º, II, determina de forma a especificar o que é a violência psicológica:

[...] a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (BRASIL, 2006).

Observa-se que por se diferenciar das violências físicas, justamente por não deixar marcas, a violência psicológica prejudica e perturba o equilíbrio emocional, conseqüentemente, podendo desencadear sintomas emocionais ou psicopatológicos severos nas vítimas. Destaca-se que as mulheres vítimas de agressões psicológicas são mais propensas a desenvolverem doenças psicossomáticas (SERRA, 2018, p. 85).

Do descaso ao abandono, do desprezo à humilhação, da ameaça à coação, o assédio, a culpabilização e a chantagem sofridos são todas situações em que a parturiente, em seu estado de vulnerabilidade está ainda mais suscetível como vítima de violência obstétrica psicológica, sendo esses todos exemplos comuns relatados por parturientes no Dossiê da Violência Obstétrica (CIELLO *et al.*, 2012, p. 133-138).

A violência obstétrica psicológica toma grande proporção quando se nota que está intrinsecamente ligada, não somente à violência física que a parturiente vem a sofrer com as práticas violentas, mas, também, quando, sem qualquer violência física, ainda assim há a violência psicológica que humilha, constrange, isola, chantageia e diminui as decisões da parturiente sobre seu parto.

A partir disso, é importante tratar a violência psicológica como uma espécie autônoma de lesão corporal que compromete a saúde da vítima, percepção que ainda não é observada nas delegacias de polícia, muito menos perante a visão dos promotores de justiça (SILVA; ALVES, 2016, p. 87). A violência psicológica é uma das mais cruéis violências e a mais invisível, uma vez que não há fácil identificação e reconhecimento público. Dessa forma, Silva e Alves (2016, p. 87) defendem que a existência de uma reserva legal para o crime de lesão à saúde psicológica em razão do elemento normativo “saúde” encontrado no art. 129, *caput*, do CP, seria essencial para a identificação a violência psicológica perante os tribunais. Por fim, o art. 129, *caput* e § 9º, alterado pela LMP, do CP, combinado com o art. 7º, II, da lei nº 11.340/2006 (LMP) são a base legal para a violência obstétrica.

2.4 As práticas assistenciais no Brasil

O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil, regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (2008), dispõe o favorecimento pelo parto normal, conseqüentemente, estratégias que reduzem as cesarianas desnecessárias e uma atenção humanizada ao parto e nascimento.

Nesse sentido, a ANS (2008) esclareceu que existem diversos modelos de assistência ao parto. Portanto, podem ser classificados em um extremo no qual o modelo médico ou tecnólogo, ocorrendo em ambiente hospitalar, com profissional médico responsável pela assistência de baixo a alto risco e com utilização ostensiva de tecnologia e intervenções médicas; no outro extremo o modelo natural em que a mulher é considerada o foco das atenções, com parto feito em domicílio ou centros de parto, por profissionais não médicos e com intervenções necessárias mínimas, ainda que em alerta (ANS, 2008).

E, por último, o modelo intermediário, que a doutrina chama de humanizado, no qual ocorrem em ambiente hospitalar, com a participação de profissionais não médicos na assistência aos partos de baixo risco, isto é, hierarquização dos cuidados, de forma a estimular a participação da mulher e dos familiares e com uso mais restrito de intervenções médicas e cesáreas (ANS, 2008). De acordo com a ANS (2008), o Brasil se encontra classificado no modelo de assistência ao parto que é altamente medicalizado, centrado no médico, inclusive, com marginalização do trabalho das parteiras.

Segundo a OMS (1996), o objetivo da assistência é ter uma mãe e uma criança saudáveis, com o menor nível possível de intervenção compatível com a segurança, dessa forma, sendo necessária uma razão válida para interferir no processo natural, uma vez que o parto normal é o mais indicado inicialmente. Dessa forma, a OMS (1996) afirma que em muitos países isso não ocorre, portanto, é necessário que se instituem regras especiais para que os profissionais de assistência realizem as tarefas necessárias.

No Guia Prático de Assistência ao Parto da OMS (1996) há indicação do primeiro ao terceiro estágio do parto, isto é, desde o início do trabalho de parto até de fato o nascimento do bebê, isso aponta que a assistência ao parto é essencial em cada nível e que os cuidados maternos e neonatal são imprescindíveis para o bom desenvolvimento de ambos.

As práticas assistenciais vão além do tipo profissional, seja médico ou não médico, são observados também pelo local onde a parturiente vem a se sentir segura, menos ansiosa e com tecnologia adequada, sendo importante que, onde quer que seja o local escolhido, o foco desse cuidado deve estar nas necessidades da mulher e em sua segurança, respeitando ao

máximo seus valores culturais (OMS, 1996). No Brasil, a Lei nº 7.498/86 regulamenta a assistência de enfermagem em partos de baixo riscos e para a OMS (1996) a enfermeira obstetra seria o profissional mais adequado e custo-efetivo aos partos de baixo risco, seja no domicílio, centros de parto normal, ou serviços de obstetrícia hospitalares.

A ANS (2008) ressalta o trabalho das doulas¹ que não competem ou interferem no trabalho dos médicos ou enfermeiros, pois elas são uma complementação de forma a ajudar a mãe e o bebê a se sentirem mais confortáveis através de suas técnicas de suporte emocional, afetivo e físico às parturientes. As doulas possuem referência tanto internacionalmente pela OMS (1996), quanto nacionalmente pelo Ministério da Saúde (2001), além disso, também são referenciadas pela Medicina Baseada em Evidências.

No Brasil, a Resolução Normativa nº 368/2015 é uma iniciativa que propõe a mudança do modelo de assistência ao parto e nascimento na saúde suplementar e tem como finalidade reduzir os riscos da cesariana desnecessária. Dessa forma, a RN nº 368/2015 “dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico”, além disso, também dispõe sobre “a utilização do partograma, do cartão da gestante, e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar”.

Por fim, respeitar o processo natural com o qual o corpo estabelece o trabalho de parto, minimizando as intervenções médicas, é uma forma de humanização do parto. As tecnologias obstétricas são vantagens que deveriam ser utilizadas apenas para diminuir, ou mesmo dirimir, as mortes maternas e neonatais, e não serem utilizadas para sistematizar partos, de forma a resumir o parto e tratar todas as parturientes como se fossem o mesmo caso excepcional que precise de intervenção médica cirúrgica. Dessa forma, as práticas assistenciais servem para contribuir tanto com a humanização do parto quanto para reduzir os riscos do trabalho de parto, do parto e do pós-parto.

¹ Doulas são profissionais que acompanham as grávidas durante o processo de nascimento. Elas se aperfeiçoam em oferecer suporte afetivo, emocional e físico para as grávidas durante o parto. Elas não realizam qualquer atividade de ordem médica ou de enfermagem. Seu foco de atenção é somente a mulher e seu conforto. Não verificam pressão arterial, não auscultam batimentos cardíacos fetais, não fazem exames para ver o progresso de dilatação e não oferecem medicações de qualquer ordem. Elas são referendadas pela OMS [...] assim como pelo Ministério da Saúde do Brasil [...], e sua atuação é baseada em evidências atualizadas e consistentes, como pode ser visto no livro “Guia para Atenção Efetiva na Gravidez e no Parto – Enkin e Cols” da biblioteca Cochrane de Medicina Baseada em Evidências (ANS, 2008).

3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A (QUASE) OMISSA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

A legislação brasileira não conta com muitos mecanismos de defesa referentes à proteção da parturiente, nem ao menos de legislação específica, portanto, uma vez que há expressa vulnerabilidade em todo o processo gestacional, em função da redução da capacidade prestacional do Estado em atender as demandas, dos próprios direitos sociais, Ingo Sarlet (2004, p. 73) sustenta que:

[...] cumpre sinalar que a crise de efetividade que atinge os direitos sociais, diretamente vinculada à exclusão social e falta de capacidade por parte dos Estados em atender as demandas nesta esfera, acaba contribuindo como elemento impulsionador e como agravante da crise dos demais direitos, do que dão conta – e bastariam tais exemplos para comprovar a assertiva – os crescentes níveis de violência social, acarretando um incremento assustador dos atos de agressão a bens fundamentais (como tais assegurados pelo direito positivo), como é o caso da vida, integridade física, liberdade sexual, patrimônio, apenas para citar as hipóteses onde se registram maior número de violações de bens fundamentais de caráter transindividual [...] tudo para ensejar uma constante releitura do papel do Estado Democrático de Direito e de suas instituições [...]

Como bem pontua Sarlet (2014, p. 73), através de exemplos, a crise da efetividade dos direitos fundamentais corresponde também uma crise de garantia de direitos, no sentido da flagrante deficiência quanto ao amparo dos direitos fundamentais que deveriam ser assegurados pelo Poder Público. Ressalta-se, ainda, que essa crise não se restringe mais a uma crise de efetividade, mas atinge, inclusive, o âmbito do próprio reconhecimento e da confiança no papel exercido pelos direitos fundamentais em uma sociedade legitimamente democrática (SARLET, 2014, p. 74).

Nesse mesmo contexto, cabe esboçar que existem leis assistencialistas que resguardam a parturiente e o bebê, no entanto, em macro visão, percebe-se que não há medida alguma que assegure que essas poucas leis vigentes irão ser cumpridas. A título exemplo, existe a Lei nº 10.778/03, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. É especificamente a lei que abarca sobre violência à mulher no âmbito público.

Diante disso, há algumas poucas legislações que tratam da saúde da mulher e quanto aos direitos sexuais e reprodutivos estes são tratados de forma esparsa, sem qualquer especificidade ou atenção própria e adequada. Por conseguinte, as legislações que tratam acerca da saúde da mulher e abordam os direitos sexuais e produtivos como um subtema são a Lei nº 9.263/96 (Lei do Planejamento Familiar); a Lei nº 11.634/07, que trata sobre o direito da

gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); a Lei nº 11.108/05, que assegura às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS, e a Lei nº 10.778/03, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

Nesta esteira, há o atualíssimo Projeto de Lei (PL) nº 435/19, conhecido como PL da Cesárea, de autoria da deputada Janaina Paschoal (PSL/SP), que recentemente foi transformado na Lei nº 17.137/19 no Estado de São Paulo. O referido PL foi aprovado em agosto de 2019 e fala especificamente do direito da parturiente em escolher a modalidade do parto cesariano, também argumenta sobre a autonomia da mulher pela cesariana e pela analgesia (PASCHOAL, 2019). Por fim, o Projeto de Lei nº 3635/19 de Carla Zambelli (PSL/SP) trata do mesmo assunto, escolha da cesariana com utilização de analgesia, no entanto, em âmbito federal.

A Lei nº 17.137/19 (antigo PL nº 435/19) foi severamente criticada por especialistas, em audiência na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, justamente por não ter havido uma colaboração entre sua criação e opinião médica, uma vez que se trata de saúde pública e saúde materna. Também houve grande temor por parte de médicos e enfermeiros, pois a referida lei pode se tornar um incentivo às cesáreas no país, que hoje somam 42,78% dos partos, segundo dados do MS (BRASIL, 2019). O teor do PL nº 345/19, curtíssimo, também não indicou qualquer referência médica ao benefício da cesariana, da analgesia e outros fármacos, contudo, ainda que sob protestos de especialistas, tornou-se a atual Lei nº 17.137/19. O PL nº 3635/19 tende a sofrer as mesmas críticas da supracitada lei, no entanto, em âmbito federal.

3.1 As leis assistencialistas perante a rede de saúde sob a ótica da Lei nº 8.080/1990

Em 2005, sancionou-se a Lei nº 11.108/2005 que torna direito da parturiente 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, quando este se der no SUS:

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

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo (BRASIL, 2005).

O direito ao acompanhante é reafirmado pela Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 3 de junho de 2008, trazendo ainda informações sobre a estrutura física, biossegurança, prevenção e controle de infecção para trabalhadores, mulheres e seus acompanhantes. O tema também é disciplinado pela Portaria nº 2.418/05, do MS, que regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o SUS. Frisa-se também que o direito ao acompanhante é tão essencial que houve a necessidade de ter um capítulo regulamentando-o diretamente na Lei nº 8.080/90, no qual contém o art. 19-J.

Em consonância com a Lei nº 11.108/05, foi editada pela ANS a Resolução nº 36/08, a qual fala sobre o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Essa resolução reflete a indispensabilidade de um local seguro e adequado, com as devidas estruturas hospitalares e instrumentos necessários para a realização de procedimento cirúrgicos ou atendimentos emergenciais, se for o caso. Por isso, essa Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) regulamenta desde os tipos de quartos, higienização, o profissional legalmente habilitado, até o tipo de usuário que tem direito àquele espaço. A RDC nº 36/08 também regulamenta todos os materiais e equipamentos necessários para o hospital obstétrico e neonatal, sendo essa e a própria infraestrutura do local são as maiores atenções nessa norma (BRASIL, 2008).

A Lei nº 11.108/05 não veio por acaso, a OMS (1996) já possuía essa indicação em seu documento “Assistência ao Parto Normal”. Há pesquisas científicas que apontam que dos benefícios proporcionados apenas pela presença de um acompanhante são: a diminuição do tempo de trabalho de parto, sentimento de confiança, controle e comunicação, menor necessidade de medicação ou analgesia, menor necessidade de parto operatório ou instrumental, menores taxas de dor, pânico e exaustão, menores escores de *Apgar*² abaixo de 7, aumento dos índices de amamentação, melhor formação de vínculos mãe-bebê, maior satisfação da mulher, menos relatos de cansaço durante e após o parto (CIELLO *et al.*, 2012, p. 64).

² “O índice foi criado por uma anestesista inglesa, Dra. Virgínia Apgar, na década de 50. É o método mais comumente empregado para avaliar o ajuste imediato do recém-nascido à vida extra-uterina, avaliando suas condições de vitalidade. [...] Uma nota de 8 a 10, presente em cerca de 90% dos recém-nascidos significa que o bebê nasceu em ótimas condições. Uma nota 7 significa que o bebê teve uma dificuldade leve. De 4 a 6, traduz uma dificuldade de grau moderado, e de 0 a 3 uma dificuldade de ordem grave. Se estas dificuldades persistirem durante alguns minutos sem tratamento, pode levar a alterações metabólicas no organismo do bebê gerando uma situação potencialmente perigosa, a chamada anóxia (falta de oxigenação).” (PINTO, 2015).

E, caso o nascimento seja por uma cesárea, os benefícios da presença do acompanhante incluem: diminuição do sentimento de ansiedade, diminuição do sentimento de solidão, diminuição do sentimento de preocupação com o estado de saúde do bebê, maior sentimento de prazer, auxílio na primeira mamada, maior duração do aleitamento materno (CIELLO *et al.*, 2012, p. 64).

Na assistência obstétrica no Brasil, há uma resistência, uma recusa, por parte da comunidade médica em aceitar o consenso científico internacional, dessa forma, a classe mantém procedimentos excessivos e desnecessários e, paradoxalmente, a proibição daqueles que são benéficos e são garantidas por direitos e, por isso, os exemplos da Lei nº 11.108/05.

Como os outros mecanismos de defesa da parturiente, a Lei nº 11.108/05 que institui o direito à parturiente a apenas um acompanhante de sua escolha, não possui meio de punir quem impedir ou não cumprir o que a lei estabelece, inclusive, por ausência de previsão de crime no Código Penal. Dessa forma, ocorre um esvaziamento parcial da eficiência do instrumento legal, uma vez que o administrador da instituição de saúde possuindo experiência jurídica e, pressupondo a desconformidade com a disposição legal, sabe que, após a denúncia da parturiente, não se encontram grandes repercussões no que tange a reparação do dano (CIELLO *et al.*, 2012, p. 21).

Já a Lei nº 11.634/07 dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência na rede pública.

Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à:

I - maternidade na qual será realizado seu parto;

II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

§ 1º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal.

§ 2º A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério.

Art. 2º O Sistema Único de Saúde analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante.

De igual importância, a Lei nº 11.634/07 dispõe sobre o direito que toda gestante assistida pelo SUS possua conhecimento prévio da vinculação à maternidade na qual será realizado seu parto e à maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal. A referida lei também expressa que o SUS analisará os requerimentos de transferência da

gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante (BRASIL, 2007).

Por sua vez, a Lei nº 8.080/90³, ao que se refere à conduta justificada pela instituição, é precisa:

Art. 1º - Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 5º - Dos objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei; (BRASIL, 1990).

No Brasil, existe também a “Rede Cegonha”, criada pela Portaria nº 1.459/11, do Ministério da Saúde, que, instituída no âmbito do SUS, tem como objetivo ser “uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011). A “Rede Cegonha” possui, além dos essenciais princípios:

Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha:

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;

II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Art. 4º A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010, a partir das seguintes diretrizes:

I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;

II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;

III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;

IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e

³ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990).

V -garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo. (BRASIL, 2011).

Dessa forma, o artigo 6º da Constituição Federal dispõe que um dos direitos sociais é a saúde, portanto, observa-se que todas as leis mencionadas estão intrinsecamente ligadas e à disposição da Lei nº 8.080/90, que é a que regulamenta a rede de saúde pública.

Em âmbito municipal, ressalta-se a Lei municipal nº 3.363/13 (Diadema/SP) que versa sobre a divulgação, no Município de Diadema, da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, objetivando a proteção das gestantes e das parturientes contra a violência obstétrica. A referida Lei municipal, em seu art. 2º, caracteriza “violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério”. Essa Lei municipal conta com um rol extenso sobre as condutas que podem ser consideradas ofensas físicas ou verbais e, conseqüentemente, violências obstétricas.

Tem-se também a Lei municipal nº 14.598/15 (Curitiba/PR) que tem como essência os mesmos artigos e disposição da Lei municipal nº 3.363/13, no entanto, conta com vetos no rol que exemplifica algumas condutas sobre ofensas físicas e verbais. Corroborando as supracitadas leis, a Lei estadual nº 17.097/17 (Santa Catarina/PR) também tem essencialmente a mesma disposição da Lei de Diadema, mas, dessa vez, sem vetos quanto ao rol de condutas ofensivas.

Por fim, observa-se que em alguns locais do país já se vislumbra a urgência em legislar de forma a proteger e promover assistência à parturiente, ainda que não seja efetivada em âmbito nacional, como foi o objetivo do PL nº 7.633/14, de autoria de Jean Wyllys (2014), que tramita no Brasil até o corrente ano de 2019 no qual dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal, prevendo o atendimento da parturiente com assistência humanizada tanto em setor público quanto setor suplementar.

No entanto, um ponto que toca em todas essas leis assistencialistas é que há uma carência de dispositivos que assegurem a efetividade dessas leis, planos e diretrizes que promovem a vida materna e neonatal. Uma questão que dificulta a aplicação sistemática de todas essas leis e portarias apresentadas anteriormente é justamente a falta de previsão para o caso de descumprimento de alguma delas, pois, ao passo que a mulher gestante, ou em trabalho de parto, ou o próprio acompanhante observe uma lesão aos direitos que deveriam estar assegurados e não estão, carecem eles de forma imediata uma previsão legal, seja em âmbito civil, seja em âmbito penal para reivindicar que os direitos cerceados sejam cumpridos.

Diante dessa lacuna de previsão legislativa, há diversos direitos sendo violados. E para exigir que o seu direito seja cumprido, algumas mulheres procuram o Ministério Público ou chamam a polícia quando dão entrada no serviço de saúde. No entanto, existe a parcela de mulheres que possuem medo de utilizar esses dispositivos, desagradar as equipes e sofrer retaliações durante seu atendimento. Portanto, há uma evidente necessidade de proteção à mulher vulnerável (CIELLO *et al.*, 2012, p. 69).

É imprescindível pontuar o caso ocorrido em Alcântara, no Maranhão, no qual uma jovem de 19 anos, Nayres da Cruz Rodrigues, veio a óbito juntamente com o seu bebê, Luis Gustavo, não nascido (MORADORES..., 2015). O caso aconteceu após dar entrada em uma Unidade Mista da cidade, onde a gestante em trabalho de parto necessitou de uma cesariana de emergência, mas o local não estava realizando cesarianas e por isso continuaram com a tentativa de parto normal. A série de acontecimentos que resultou no falecimento da gestante e de seu bebê ocorreu pela falta de infraestrutura do local de atendimento de saúde e na única ambulância estar em trabalho com outro paciente, fazendo com que a gestante esperasse uma equipe “aeromédica”, através de helicóptero, para lhe encaminhar à capital São Luís, Maranhão, que possui maternidades com infraestrutura adequada.

O caso tem bastante importância para destacar, especialmente, a supracitada RDC nº 36/08 que veio com o objetivo de regulamentar os locais de atendimentos obstétricos e neonatais e torna-los aptos a essa assistência às gestantes e seus bebês. No entanto, como se percebe existem mulheres que são atendidas em situações precárias e com ausência de infraestrutura adequada e que, por isso, encontram-se em grave situação como a apresentada no caso de Alcântara. Portanto, urge a necessidade de assegurar de forma efetiva o direito das parturientes que são previstos em diversas leis assistencialistas no Brasil.

Como demonstra a pesquisa de Maiane Cibele de Mesquita Serra (2018), na análise dos trinta e seis acórdãos na esfera do Supremo Tribunal Federal (STF), Supremo Tribunal de Justiça (STJ) e Tribunal de Justiça do Maranhão (TJMA), percebeu também que não houve o reconhecimento da violência obstétrica enquanto violência obstétrica no âmbito do judiciário, o que reforça a insuficiente proteção das parturientes dentro do ordenamento jurídico brasileiro. Portanto, ainda que estivessem presentes as variações das modalidades de violência obstétrica, mesmo que de forma implícita, nos casos apresentados, as decisões dos acórdãos apresentados, em sua maioria, foram silentes, inclusive, no que diz respeito à dignidade da pessoa humana (SERRA, 2018).

Serra (2018) corrobora a perspectiva de que as mulheres têm seus direitos suprimidos, sem possuir qualquer garantia de acesso à justiça perante o judiciário, uma vez que,

em sua pesquisa, Serra (2018) observou decisões de acórdão que discriminavam e ignoravam os direitos e garantias constitucionais, resumindo suas decisões a responsabilidade civil objetiva ou subjetiva.

Dessa forma, torna-se visível como o Judiciário, como um reflexo do legislativo, não vislumbra a violência obstétrica quando expostos aos casos concretos, ainda que com números exponenciais de vítimas e denúncias. Portanto, a deficiência apresentada vai além da omissão legislativa, como a pesquisa de Serra (2018) indica. A invisibilidade da violência obstétrica afeta as parturientes e faz vítimas, e a falta de previsão no legislativo faz com que o judiciário julgue os casos sem qualquer especificidade.

3.1.1 A violência obstétrica em face da Lei estadual nº 17.137/19 e o Projeto de Lei nº 3635/19 nos hospitais públicos

O PL nº 435/2019 tem como objetivo incentivar a analgesia e a cesariana no Estado de São Paulo nos hospitais públicos. Denominado “PL da Cesárea”, o projeto não conta com orientações de especialistas da área, ginecologia e obstetrícia, e, ainda, vai contra as orientações da OMS (2014). Em agosto de 2019, o referido PL foi sancionado e alterado, transformando-se na Lei estadual nº 17.137/19.

A Lei nº 17.137/19 garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal e dispõe o seguinte:

Artigo 1º - A parturiente tem direito à cesariana a pedido, devendo ser respeitada em sua autonomia.

§ 1º - A cesariana a pedido da parturiente só será realizada a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, após ter a parturiente sido conscientizada e informada acerca dos benefícios do parto normal e dos riscos de sucessivas cesarianas.

§ 2º - A decisão deverá ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão.

§ 3º - Na eventualidade de a opção da parturiente pela cesariana não ser observada, ficará o médico obrigado a registrar as razões em prontuário.

Artigo 2º - A parturiente que optar ter seu filho por parto normal, apresentando condições clínicas para tanto, também deverá ser respeitada em sua autonomia.

Parágrafo único - Garante-se à parturiente o direito à analgesia, não farmacológica e farmacológica.

Artigo 3º - Nas maternidades, nos hospitais que funcionam como maternidades e nas instituições afins, será afixada placa com os seguintes dizeres: “Constitui direito da parturiente escolher a via de parto, seja normal, seja cesariana (a partir de trinta e nove semanas de gestação)”.

Artigo 4º - O médico sempre poderá, ao divergir da opção feita pela parturiente, encaminhá-la para outro profissional.

Artigo 5º - As despesas decorrentes da execução desta lei correrão à conta das dotações orçamentárias próprias.

Artigo 6º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação. (SÃO PAULO, 2019a).

A maior problemática encontrada e, inclusive, motivo de diversos debates e polêmicas acerca dessa Lei, deve-se à incomum celeridade de aprovação, logo, não tendo sido oportunizado um espaço para debate e ignorando indicações mundiais, além das indicações dos especialistas. Além disso, por ter se tornado uma lei estadual de forma tão rápida e urgente, cabe também observações acerca de seus reflexos e as perspectivas que ela descortina quando se faz um prognóstico do PL da deputada Carla Zambelli em âmbito nacional.

Os especialistas criticaram o projeto por prever a cesárea sem indicação médica, uma vez que, no Brasil, somam-se 42,78% dos partos, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019). Os médicos e enfermeiros, ouvidos em audiência na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, demonstram temor de que esse número se agrave e se observe como um incentivo à cesárea, não se olvidando que a ONU indica partos cesarianos apenas a 10-15% dos casos (BRASIL, 2019).

Inspirado pela Lei nº 17.137/19, tramita no Congresso Nacional o PL nº 3635/19 que tem como objetivo levar exatamente o mesmo teor da já vigente Lei estadual nº 17.137/19, no entanto, não se limitando aos hospitais públicos de São Paulo, mas, sim, estando presente em todos os hospitais públicos do Brasil. O PL em muito pouco diverge da supracitada lei estadual paulista:

Art. 1º. A parturiente tem direito à cesariana eletiva, devendo ser respeitada em sua autonomia.

Parágrafo Primeiro. A cesariana eletiva só será realizada a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, após ter a parturiente sido conscientizada e informada acerca dos benefícios do parto normal e riscos de sucessivas cesarianas.

Parágrafo Segundo. Na eventualidade de a opção da parturiente pela cesariana não ser observada, ficará o médico obrigado a registrar as razões em prontuário.

Artigo 2º. A parturiente que opta ter seu filho por parto normal, apresentando condições clínicas para tanto, também deve ser respeitada em sua autonomia.

Parágrafo Único. Garante-se à parturiente o direito à analgesia.

Artigo 3º. Nas maternidades, nos hospitais que funcionam como maternidades e nas instituições afins, será afixada placa com os seguintes dizeres: “Constitui direito da parturiente PL n.3635/2019 escolher a via de parto, normal ou cesariana, a partir da trigésima nona semana de gestação”.

Art. 4º. Sempre poderá o médico, em divergindo da opção feita pela parturiente, encaminhá-la para outro profissional, desde que as vidas da mãe e do feto não estejam em risco respeitando assim o juramento da integridade a vida.

Art. 5º. As despesas, decorrentes da execução desta lei, correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 6º. Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação (ZAMBELLI; SILVA; BARROS, 2019).

Igualmente à justificativa de seu precedente, o PL nº 3635/19 também utilizou os princípios da bioética para fundamentar seu pedido e, igualmente, destoa que, no Brasil, os “formadores de opinião” apenas defendem o direito da mulher ao parto normal, ou o parto natural, e que quando a mulher escolhe a cesariana não há mais a defesa à sua autonomia, inferindo que a mulher não foi bem informada e esclarecida.

O Projeto supracitado utiliza um trecho do documento “Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas” (OMS, 2015) para informar e fundamentar que o aumento da taxa de cesáreas é, na verdade, uma “significativa diminuição das taxas de mortalidade materna” (BRASIL, 2019), confundindo correlação com casualidade. O documento tem como finalidade explicar que os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de tentar atingir uma taxa específica de cesáreas. Inclusive, expondo que a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria de 10-15% (OMS, 2015).

O trecho utilizado para embasar que o crescente aumento da cesárea é benéfico, refere-se ao documento da OMS (2015), que foi retirado de contexto e colocado dessa forma no PL nº 3635/19:

[...] uma parte substancial da associação entre taxas de cesáreas e mortalidade era explicada por fatores socioeconômicos (20). Porém, quando as taxas de cesáreas de uma população são menores do que 10%, a mortalidade materna e neonatal diminui conforme a taxa de cesárea aumenta (ZAMBELLI; SILVA; BARROS, 2019).

No entanto, em conjunto com o texto, esse trecho está informando sobre um estudo ecológico mundial feito pela OMS (2015) que diz, na íntegra, o seguinte:

O estudo ecológico mundial da OMS concluiu que uma parte substancial da associação entre taxas de cesáreas e mortalidade era explicada por fatores socioeconômicos (20). Porém, quando as taxas de cesáreas de uma população são menores do que 10%, a mortalidade materna e neonatal diminui conforme a taxa de cesárea aumenta. Quando as taxas populacionais de cesáreas ultrapassam os 10% e chegam até 30%, não se observa nenhum efeito sobre a mortalidade.

Nesse mesmo contexto, tem-se que ressaltar que o texto da OMS (2015) diz que não há qualquer benefício, nem mesmo qualquer efeito sobre a mortalidade materna ou neonatal, quando ultrapassado os 10% e chegam até 30% de número de cesarianas. Percebe-se, assim, que o texto foi tirado do contexto original para embasar a justificativa da cesariana no PL nº 3635/19 que prevê a cesariana no setor público.

Dessa forma, Salgado (2012, p. 26) pontuou que no Brasil se observa um número alto de cesáreas eletivas e observou que a pesquisa do PNDS obteve 48,3% dos partos cirúrgicos previamente marcados, sem diferenças estaticamente significantes entre regiões, e que esse número chegou a mais de 80% no setor suplementar. Portanto, percebe-se que a OMS (2015) corrobora com as pesquisas médicas relevantes, tais como a de Salgado (2012).

O Projeto analisado sustenta em sua justificativa que o Brasil está na “construção” por estar “impondo o parto normal às parturientes” e, por fim, dispõe que a taxa de mortalidade neonatal e materna deve cair com lei em âmbito federal para instituir o parto cesariano. Sustenta, ainda, que “ocorre que as mulheres mais vítimas de negativa de analgesia e de negativa do procedimento solicitado são as pobres e negras” (ZAMBELLI; SILVA; BARRO, 2019).

Contudo, ressalta-se que a cesárea eletiva, isto é, a cesárea por escolha e não por indicação médica, quando comparada ao parto normal espontâneo, está associada a maior morbidade do bebê e da mãe. As possibilidades de complicações graves pós-parto são maiores em cesáreas, podendo ocorrer hemorragias que requeiram histerectomia (remoção total ou parcial do útero) ou até mesmo parada cardíaca, além de infecções (SALGADO, 2012, p. 27).

Além disso, o PL nº 3635/19 esbarra na questão de “informação e escolha” que justifica que as mulheres devem ter garantia da autonomia de escolha. No entanto, a modalidade da cesárea que é feita “a pedido da gestante”, 42,2% das gestantes está preocupada com os riscos para o bebê e 25,6% das gestantes está preocupada com os traumas vaginais, de acordo com os estudos observados (ROBSON e col., 2008 *apud* SALGADO, 2012). Esse receio leva tanto a mulheres à cesárea eletiva quanto à mulheres em trabalho de parto a pedirem uma cesárea, logo, há o pensamento de que a cesárea seria o único recurso de humanização à disposição para solucionar o medo e o sofrimento das gestantes durante o trabalho de parto e isso é “consequência de um modelo de assistência limitado pela falta de atenção às evidências sobre a segurança e o conforto dos procedimentos e pela permanência de uma cultura discriminatória, punitiva e correcional dirigida às parturientes”, procedimentos esses que já foram elencados anteriormente (SALGADO, 2012, p. 26-28).

Por fim, também menciona que mulheres negras e pobres são as maiores vítimas de negativas de analgesias e de cesáreas (ZAMBELLI; SILVA; BARROS, 2019). Contudo, esse grupo de mulheres também possuiria uma maior dificuldade em conseguir atendimento, em caso das mencionadas complicações graves pós-parto que são mais comuns em partos cesarianos, justamente, por se tratar de uma cirurgia (SALGADO, 2012).

Dessa forma, nota-se que ao sancionar a Lei nº 17.137/19 em âmbito estadual nos hospitais públicos de São Paulo, abriu-se espaço para que o PL nº 3635/19 também trilhe o caminho de aprovação na esfera federal, em todos os hospitais públicos do país. Essa situação é bastante problemática e precisa ser enfrentada no debate público, uma vez que diz respeito à saúde e à sexualidade de todas as mulheres em idade reprodutiva no Brasil. Por fim, acerca da cesárea, Salgado (2012, p. 23) diz que, na prática médica, a “escolha” é respeitada quando o desejo é pela cesariana, mas não quando o desejo é pelo parto normal. Portanto, uma lei que incentive ainda mais a cesariana serve apenas para robotizar o corpo das mulheres e sistematizar o procedimento do parto.

3.2 A violência obstétrica e a assistência obstétrica na rede suplementar no Brasil

Como já observado, no Brasil, os nascimentos por cesariana estão muito além do estipulado pela OMS, e essa atenção se dá especialmente no sistema de saúde suplementar. A explicação para esse fenômeno se dá, em visão médica, pela “cesárea a pedido da mulher” (D’ORSI e col., 2006; DRUZIN e EL-SAIED, 2006; GAMBLE e CREEDY, 2000; HOPKINS, 2000; ROBSON e col., 2008 *apud* SALGADO, 2012, p. 22). Dessa forma, dá-se esse termo como uma das principais justificativas por parte dos médicos para embasar o alto número existente no Brasil desse procedimento que é a cesariana (SALGADO, 2012, p. 22).

No entanto, estudos demonstram que é bastante controversa essa justificativa apresentada. Salgado (2012, p. 23) aponta que, desde 2001, o estudo de Potter e col. (2001) demonstra evidências de que a preferência da maioria das mulheres que sofreram cesáreas nos setores privado e público, 70-80%, antes do nascimento, era parto vaginal. Salgado (2012, p. 23) também afirma que nesse mesmo estudo, porém mais recente em 2008, foi identificado que grande parte das cesáreas foi realizada por causas médicas não justificadas, especialmente entre mulheres que, durante o pré-natal, tinham declarado preferência pelo parto normal (SALGADO, 2012, p. 23). Falacioso, portanto, o argumento da justificativa do PL mencionado ao fazer pânico moral⁴ sobre uma suposta “ditadura do parto normal”.

⁴ “Uma condição, um episódio, uma pessoa ou um grupo de pessoas passa a ser definido como um perigo para valores e interesses societários; sua natureza é apresentada de uma forma estilizada e estereotipada pela mídia de massa; as barricadas morais são preenchidas por editores, bispos, políticos e outras pessoas de Direita; especialistas socialmente aceitos pronunciam seus diagnósticos e soluções; recorre-se a formas de enfrentamento ou desenvolvem-nas. Então a condição desaparece, submerge ou deteriora e se torna mais visível. Algumas vezes, o objeto do pânico é absolutamente novo e outras vezes é algo que existia há muito tempo, mas repentinamente ganha notoriedade. Algumas vezes o pânico passa e é esquecido, exceto no folclore e na memória coletiva. Outras vezes ele tem repercussões mais sérias e duradouras e pode produzir mudanças tais como aquelas em política legal

Dessa forma, de acordo com o Dossiê da Violência (CIELLO *et al.*, 2012, p. 116), em 2010, no Brasil, o índice de cesáreas no setor suplementar alcançou cerca de 82% dos partos, ainda que a OMS (2015) recomendasse uma taxa de até 15% de cesáreas. Portanto, fica evidente que as mulheres asseguradas por planos de saúde estão mais vulneráveis a uma cirurgia de cesárea, ainda que, supostamente, estejam em um grupo com melhor qualidade de vida e mais acesso aos serviços de saúde, visto que muitas cesáreas são agendadas para quando a mulher está prestes a completar 37 ou 38 semanas. O alto índice de bebês com baixo peso ao nascer no setor privado é um sintomático sinal (CIELLO *et al.*, 2012, p. 116-118).

Na rede suplementar de saúde já há uma indiscriminada utilização de procedimentos e meios tecnológicos que buscam sistematizar o parto, tornando-o não mais um processo natural, mas sim, outro tipo de cirurgia e isso se deve ao número que ultrapassa os 80% de cesáreas somente na rede suplementar. No Brasil, existe “O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar” que é um documento promovido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2008. A ANS esclareceu as formas como a rede suplementar deve se portar de forma a dar correta assistência às mulheres que estão em trabalho de parto, bem como sobre atenção humanizada ao parto e nascimento (BRASIL, 2008).

No entanto, diferentemente da rede de saúde pública, pois, de acordo com o art. 8º, da Lei nº 8.080/90, “as ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente”, a rede suplementar de saúde funciona de forma separada da pública, dessa forma, agindo pelo SUS somente quando não houver ações e serviço de saúde disponíveis no setor público.

Graves problemas são encontrados no Dossiê da Violência (CIELLO *et al.*, 2012, p. 154) quanto à rede suplementar nos quais cobram excessivamente e violam a Lei nº 11.108/05, daí a necessidade de intervenção por parte do PROCON junto à ANS, atuando em conjunto para estabelecer quanto às despesas e à cobertura do plano que a mulher possui quando entra no hospital privado, bem como a fiscalização do serviço de saúde conveniados, credenciados, referenciados e próprios dos planos de saúde.

Assim, encontra-se amparo normativos nos artigos 6º, inciso III, 14, 39, inciso IV e VII, todos da Lei nº 8.078/90, Código de Defesa do Consumidor (CDC)⁵. O art. 6º, III, do

e social ou até mesmo na forma como a sociedade se compreende.” (COHEN, 1972, p. 9 *apud* MISKOLCI, 2007, p. 111).

⁵ Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

CDC vai dispor quanto à informação dos produtos e serviços que o consumidor pretende ou vai adquirir e isso se encaixa, inclusive, nos planos de saúde que são vendidos por representantes ou pelos próprios hospitais credenciados da rede suplementar, bem como pagamento de serviços prestados pelo hospital privado, de forma única, apenas na ocasião em que a gestante esteve no hospital em trabalho de parto, parto e pós-parto.

O dispositivo assegura justamente o direito básico à informação, realizando a transparência na transparência no mercado de consumo, a informação deve ser clara e adequada, é a essência do contrato, pois pode ser eivado de vício se repassada com falha (BENJAMIN; BESSA; MARQUES, 2013).

Já o art. 14, do CDC, pode ensejar inclusive a reparação civil do dano causado, visando diretamente o hospital e/ou o profissional de saúde que prestou os serviços. Por fim, o art. 39 que veda as práticas abusivas e que, especificamente, nesses incisos o grupo vulnerável que se pode encaixar as parturientes, uma vez que a massificação nas relações contratuais qualifica a vulnerabilidade jurídica do consumidor (BENJAMIN; BESSA; MARQUES, 2013).

3.3 O direito comparado e a tipificação legal da violência obstétrica

No âmbito do território latino-americano, há dois países pioneiros no tratamento jurídico da violência obstétrica, são eles a Argentina e a Venezuela. A Argentina promulgou a *Ley n° 25.929* em 2004 de forma pioneira, conhecida como a “*Ley n° 25.929 Parto Humanizado*”, e, embora tratasse da temática da violência obstétrica, não oferecia uma conceituação e caracterização a respeito (REZENDE, 2014, p. 31).

Essa lei argentina foi essencial, uma vez que garantiu às mulheres grávidas diversos direitos, em todos os momentos da gravidez, isto é, em trabalho de parto, parto e pós-parto, dentre eles, ter o seu filho a seu lado durante toda estadia no hospital, respeitando apenas a exceção em casos em que o recém-nascido demande cuidados especiais e seja necessária sua internação, impossibilitando ficar com a mãe (ARGENTINA, 2018).

[...] III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; [...]

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos. [...]

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas:

[...] IV - prevalecer-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços;

[...]VII - repassar informação depreciativa, referente a ato praticado pelo consumidor no exercício de seus direitos;”. (BRASIL, 1990).

A referida lei também garante o direito à informação sobre intervenções médicas durante todo o processo de gestação ou no momento do parto, de forma a ter autonomia ao decidir suas alternativas; garante também ser tratada com respeito, de forma individual e personalizada, bem como direito à intimidade no processo assistencial, considerando sua cultura, dessa forma, afastando os procedimentos de rotina e, por fim, mas essencial, a mulher deve ser tratada como uma pessoa sã de forma a poder protagonizar seu próprio parto. (ARGENTINA, 2018).

A lei do parto humanizado da Argentina teve como objetivo afastar a medicalização do parto e da gestação propriamente dita, evitando os abusos, e, dessa forma, respeitando e observando o tempo biológico e psicológico da mulher. Garantiu, assim, o direito à informação quanto à evolução do parto, bem como que nenhuma mulher será submetida a nenhum exame ou intervenção que tenha finalidade de investigação, salvo se tiver manifesto consentimento da parturiente, por escrito, de acordo com o protocolo aprovado pelo Comitê de Bioética da Argentina (ARGENTINA, 2018).

A supracitada Lei toca em pontos cruciais de diversas possíveis violações que a parturiente possa vir a sofrer durante todo o processo de trabalho de parto, parto e pós-parto, bem como sua gestação. Por isso, ressalta-se também a importância do mencionado Comitê da Bioética que a Argentina possui e refere-se sempre que possível na *Ley* nº 25.929 de 2004, com o objetivo de haver um órgão que regule e fiscalize os procedimentos médicos a serem realizados nos corpos maternos.

Por fim, a lei argentina também previu que, em caso de descumprimento da lei por entidades de medicina ou por profissionais de saúde, bem como seus colaboradores e por instituições em que prestam serviços, incorrerão em falta grave, podendo ser responsabilizados nas esferas cível e penal (ARGENTINA, 2018).

Em consequência, em 2009 na Argentina, foi aprovada *Ley* nº 26.485, que previa a “Lei da proteção integral para prevenir, sancionar e erradicar a violência contra as mulheres nos âmbitos em que ocorram suas relações interpessoais”. Portanto, essa lei já trouxe a necessária conceituação sobre a violência obstétrica (REZENDE, 2014, p. 39).

A *Ley* nº 26.485 de 2009, em seu artigo 6º o qual dispõe sobre as modalidades, no item “e”, encontra-se a definição sobre a violência obstétrica: é aquela em que é exercida pelo profissional de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressada em um tratamento desumanizado, com abuso de medicações e transformação dos processos naturais em patologias, estando em conformidade com a “*Ley* nº 25.929 *Parto Humanizado*”, complementando-a (ARGENTINA, 2009).

A *Ley* nº 26.485, de 2009, também dispõe sobre adotar medidas de políticas públicas nas quais os três poderes do Estado da Argentina, âmbito nacional e provincial, adotarão as medidas necessárias e ratificarão em cada uma de suas atuações, estabelecendo igualdade entre homens e mulheres, as quais são, dentre elas, a sensibilização da sociedade quanto à igualdade e deslegitimar a violência contra a mulher; incentivo à cooperação e participação da sociedade civil, comprometendo entidades privadas e instituições públicas, bem como diversas outras implementações tanto na sociedade em si, quanto no judiciário e legislativo (ARGENTINA, 2009).

A Venezuela em 2007 sancionou a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres à uma Vida Livre de Violência. Através dessa Lei, articula-se um conjunto integral de medidas para alcançar esse objetivo, dentre eles, a violência obstétrica que foi definida nessa lei como a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que trata de forma desumanizada, com abuso de medicações e tornando de maneira patológica os processos naturais, fazendo com que as mulheres tenham perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007).

Percebe-se que a definição de violência obstétrica pela lei venezuelana é bastante próxima da definição pela lei argentina. Contudo, a lei venezuelana trata ainda mais afundo da questão da violência obstétrica e caracteriza, de forma a tipificar, quais atos constituem esse tipo de violência e pelo agente causador o “profissional de saúde” (VENEZUELA, 2007).

Portanto, de acordo com o art. 51, da referida Lei, não atender a tempo ou de maneira eficaz as emergências obstétricas; obrigar a mulher a parir deitada com as pernas, quando existir meios necessários para a realização do parto vertical; impedir o contato precoce da mãe e do seu filho, sem que haja indicação médica, negando a possibilidade de a mãe amamentar e segurar seu filho imediatamente ao nascer; alterar o processo natural do parto de baixo risco, mediante uso de técnicas de aceleração do parto, sem que haja manifesto consentimento voluntário, expresso e informado da parturiente; e, por último, praticar o parto por via da cesárea, existindo condições para o parto natural, sem obter consentimento voluntário, expresso e informado da parturiente são as violências obstétricas que a lei venezuelana elenca (VENEZUELA, 2007).

Em qualquer um desses casos elencados, o tribunal deverá impor ao responsável uma multa a título de indenização, devendo, inclusive, emitir uma cópia da sentença condenatória para que seja remetida ao respectivo conselho ou órgão que o profissional de saúde pertença a fim de que tomem as devidas providências disciplinares (VENEZUELA, 2007).

A supracitada Lei também dispõe sobre circunstâncias agravantes, já no âmbito de responsabilidade penal, no qual em seu art. 65 dispõe que serão circunstâncias agravantes os delitos que, previsto na referida lei, serão acrescentados de um terço à metade a quem executar prejuízo à uma mulher grávida (art. 65, item 4) ou especialmente vulnerável (art. 65, item 7) (VENEZUELA, 2007).

É possível, ainda, segundo essa Lei, a aplicação de penas acessórias obtendo suspensão temporária do cargo ou do exercício profissional quando o delito decorrer do exercício da profissão ou por ocasião dessas. Por fim, todos que forem considerados culpados de violência contra as mulheres, inclusos os profissionais de saúde, deverão participar obrigatoriamente de programas de orientação, atenção e prevenção que têm como objetivo modificar suas condutas violentas e evitar a reincidência (VENEZUELA, 2007).

Logo, observa-se que ambas as leis argentina e venezuelana possuem similaridades quanto à sua definição e quanto à sua necessidade em caracterizar e punir, possuir de fato um sistema que não apenas dite e reconheça a violência obstétrica como um problema social, além de institucional, mas, também, reconheça a necessidade de reeducar e investir em medidas que evitem ou reduzam as ocorrências de condutas violentas, possuindo métodos para tentar ser eficiente tanto no âmbito público quanto no âmbito privado. O direito comparado serve, em casos como esse, para observar como o Legislativo brasileiro pode alcançar uma maior eficiência quanto à um problema emergente no país e, assim, garantir os direitos das mulheres, em relação à sua saúde, sexualidade, reprodução e seu corpo.

4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM OLHAR DESDE A PERSPECTIVA DA SAÚDE E DA SEXUALIDADE DA MULHER NEGRA

A saúde da mulher negra tem sido ignorada desde a época que remonta à escravidão. A sua sexualidade igualmente. Assim, não é surpresa quando historicamente as mulheres negras têm cometido a autoindução de abortos desde a escravidão, ou seja, quando ter filhos entre as mulheres brancas já era um ato de constituição de família. Isso ocorria, pois, muitas mulheres negras se recusavam a conceber crianças para a escravidão, essas mulheres se recusavam a trazer seus filhos a um mundo de trabalho forçado e interminável no qual as correntes, os açoites e, inclusive, a violência sexual de mulheres eram as condições “naturais” em que viviam (DAVIS, 2016, p. 199).

Davis (2016, p. 199) relata o caso de um médico que clinicava nos EUA, no séc. XIX, que notou que os abortos provocados e abortos espontâneos eram muito mais comuns entre as pacientes escravas do que entre as mulheres brancas que tratava. Inclusive, Davis menciona, nessa mesma passagem, que, de acordo com o médico, as mulheres negras ou realizavam trabalhos pesados demais ou que possuíam a “tendência antinatural da mulher africana” em destruir a sua prole. Davis (2016, p. 200) também diz que “o desejo das mulheres controlarem seu sistema reprodutivo é tão antigo quanto a própria história da humanidade”.

Nos anos de 1870, com o movimento sufragista feminino, as feministas defendiam a maternidade voluntária, isto é, uma forma progressista da condição da mulher. No entanto, a maternidade voluntária refletia ao estilo de vida das mulheres de classe média e a burguesia, não condizia com a realidade de mulheres da classe trabalhadora as quais estavam mais propensas a lutar pela sobrevivência econômica (DAVIS, 2016, p. 201).

Em síntese, para as mulheres nunca foi simples demandar o direito à sexualidade, enquanto sua saúde em torno disso era precária. No entanto, para mulheres negras haviam fatores preponderantes: a raça e a classe. A partir disso, as mulheres negras ainda não estavam no mesmo nível de cidadania que as mulheres brancas, a demanda por direitos era limitada pela coisificação ligada à sua raça. Os direitos eram garantidos ou não a depender das características fenotípicas.

A escravidão também teve seu espaço cruel na história brasileira e, assim como Davis (2016) expõe situações que violam a sexualidade e a própria dignidade da mulher negra norte-americana, no Brasil, as mulheres negras também passaram por essas violações com implicações dessas violências como marcos históricos que refletem nos dias contemporâneos.

O marco histórico importante que pauta o debate desse presente artigo é a Lei do Ventre Livre de 1871. Em síntese, os filhos da mulher escrava que nascessem à época desta lei seriam considerados de “condição livre”. Na prática, a abolição da escravidão se dava de forma gradual, pois a geração seguinte nascida no país seria completamente livre. Além disso, a lei determinava que as crianças permanecessem em poder dos senhores das suas mães os quais eram obrigados a criá-los até os oito anos de idade. Após isso, os senhores poderiam entregar o menor ao governo, com direito a uma indenização, ou utilizar seus serviços até os 21 anos (BRASIL, 2017).

Esse recorte é interessante fazer para a perspectiva brasileira uma vez que as mães àquela época, escravas, passavam toda a gravidez como propriedade de um senhor da terra enquanto seus filhos eram nascidos livres, até certo ponto, tendo em vista a gradual abolição da escravidão.

A partir do conceito de “coisificação de negros”, encontra-se o viés racial para construir a perspectiva do contexto sócio-histórico que legitimou a escravidão negra no Brasil. Exatamente por esses termos, e apanhados histórico, é que, segundo Assis (2018, p. 549), resultam as práticas ligadas 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”. Dessa forma, é fácil encontrar os reflexos disso nas instituições, especialmente, no SUS, sendo uma trajetória óbvia que o racismo institucional possibilite desigualdades no acesso aos serviços institucionais (ASSIS, 2018, p. 549).

Como já mencionado, é histórico o tratamento de negros como animais, como na passagem inicial de Davis (2016), e a reafirmação do negro como coisa, como mencionado por Assis (2018). Portanto, encontram-se comportamentos racistas que são dispensados às mulheres negras quando se aborda os momentos gestacionais e a sua sexualidade.

O presente capítulo tem como objetivo contextualizar dificuldades históricas que mulheres negras vêm enfrentando na sociedade e, principalmente, em âmbito institucional. Desde os primórdios, denota-se que essas dificuldades vêm de uma perspectiva construída e que se reflete na saúde e na sexualidade da mulher negra. Em suma, discute-se o poder da violência institucional, a violência de gênero e o racismo perpetrado nas salas de parto dos hospitais.

4.1 O gênero, a raça, a classe e a relação de poder nas salas de partos

As mulheres negras assistiram, em diferentes momentos de sua militância, à temática específica da mulher negra ser secundarizada na suposta universalidade de gênero. Essa temática da mulher negra invariavelmente era tratada como subitem da questão geral da mulher, mesmo em um país em que as afrodescendentes compõem aproximadamente metade da população feminina. A crescente compreensão do impacto do binômio racismo/sexismo na produção de privilégios e exclusões vem produzindo maior solidariedade entre as mulheres (CARNEIRO, 2011, p. 117-118).

A contínua discussão sobre a variedade de questões listadas sob o item “direitos reprodutivos” é essencial, uma vez que se visa o entendimento da importância desses direitos por todas as mulheres em todas as idades e pelos homens aliados à causa. O foco feminista em direitos reprodutivos é necessário para proteger e sustentar a liberdade da mulher (HOOKS, 2018 p. 40).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS), em 2013, havia 146,3 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade no Brasil, e, destas, 10,6% (15,5 milhões) afirmaram que já se sentiram discriminadas ou tratadas de maneira pior que as outras pessoas no serviço de saúde, por médico ou outro profissional de saúde. Das pessoas que já se sentiram discriminadas no serviço de saúde, destacaram-se as mulheres (11,6%); as pessoas de cor preta (11,9%) e parda (11,4%), e as pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (11,8%). A pesquisa também investigou os motivos percebidos pelas pessoas que se sentiram discriminadas no serviço de saúde e mais da metade da população de 18 anos ou mais de idade que já se sentiu discriminada no serviço de saúde respondeu, como motivos, a falta de dinheiro (53,9%) e a classe social (52,5%) (BRASIL, 2017).

No contexto do sexismo institucional, a população de mulheres não recebe a devida atenção pela área de saúde fora do período perinatal. Acrescenta-se, ainda, a sobreposição da ideologia opressiva que é o racismo institucional, em relação às mulheres negras, pois elas detêm maiores riscos de nem mesmo na fase de idade reprodutiva receber o cuidado de saúde. Isso acontece porque mulheres negras estão qualificadas como grupo vulnerável no âmbito da saúde (CRUZ; FARIA, 2017).

Portanto, de acordo com os dados coletados por Cruz e Faria (2017), sugere-se que o racismo e sexismo institucional estão em operação em que pese programas como Rede Cegonha (CRUZ; FARIA, 2017). E, conforme a opinião de Jurema Werneck (*apud* BRASIL, 2015), representante da ONG Criola, a falta de acesso ao pré-natal não é mais desculpa, uma

vez que a maioria das mulheres negras no Brasil já faz todas as consultas necessárias, a dificuldade se dá quando as intercorrências aparecem e os profissionais que as acompanham não cumprem os procedimentos técnicos necessários.

Werneck (*apud* BRASIL, 2015) enfatizou que se a mulher branca consegue atendimento na mesma condição e vai para o parto com desfecho melhor com os mesmos profissionais, no mesmo sistema de saúde, significa que a negligência é motivada por alguma razão. Nessa perspectiva, de acordo com Werneck (*apud* BRASIL, 2015), o racismo é a situação que faz com que o profissional acabe sendo negligente, não toque a mulher, não examine o quanto deve. Dessa forma, o profissional da saúde se torna agente detector das necessidades e juiz da natureza e do grau de ajuda que é preciso conceder (FOUCAULT, 2015). Por isso, a necessidade da desconstrução do racismo institucional, promoção do cuidado de saúde centrado na pessoa e supressão de viés racial e gênero (CRUZ; FARIA, 2017).

A partir disso, encontra-se que o número de mortes maternas provocadas por intercorrências vem diminuindo entre as mulheres brancas e aumentando entre as negras. Do ano de 2000 a 2012, as mortes por hemorragia entre mulheres brancas caíram de 141 casos por 100 mil partos para 93 casos, no entanto, entre as mulheres negras aumentou de 190 para 202 (BRASIL, 2015). Por fim, de acordo com dados do último Relatório Socioeconômico da Mulher (*apud* BRASIL, 2015), 62,8% das mortes decorrentes de gravidez atingem mulheres negras e 35,6% mulheres brancas.

De acordo com Werneck (2009, p. 151-152), as mulheres negras, como sujeitos identitários e políticos, são resultado de uma articulação de heterogeneidades, resultante de demandas históricas, políticas, culturais, de enfrentamento das condições adversas estabelecidas pela dominação ocidental eurocêntrica ao longo dos séculos de escravidão, expropriação colonial e da modernidade racializada e racista. Também sustenta que as mulheres negras são resultado da diversidade de temporalidades, visão de mundo, experiências e formas de representação que são vistas na diáspora ocidental. E, justamente por isso e por haver uma visão ocidental sobre as mulheres, é que há uma luta contra a violência do aniquilamento, visando a sobrevivência desse grupo social (WERNECK, 2019).

Portanto, para Assis (2018, p. 13), corroborando Werneck (2019), a resistência é parte interligada de forma intrínseca da identidade negra feminina visto que as experiências de desfavorecimento social, político, econômico e cultural vêm fazendo parte de seu cotidiano desde a travessia transatlântica. Sendo assim, a categoria denominada “mulher negra” é histórica, uma vez que a luta contra as desigualdades que a permeiam é secular. E, em um contexto de permanente luta por direitos sociais, as mulheres negras vêm se colocando como

sujeitos políticos em busca da cidadania plena, como uma forma de ser um sujeito de direito em totalidade (ASSIS, 2018).

Em suma, é evidente as políticas assistencialistas existentes no Brasil para que haja atenção especial à mulher no pré-parto, parto e pós-parto, uma vez que há diversas leis e portarias que visam os direitos parturientes, portanto, as políticas públicas, principalmente, na perspectiva da saúde pública foram demonstradas. Contudo, de acordo com os estudos e dados já demonstrados, não há garantia que esses direitos e práticas assistencialistas irão chegar à todas as mulheres, assim como não há garantia da efetividade de forma geral dessas leis e portarias assistencialistas.

Observou-se, inclusive, que as mulheres negras, apresentado como grupo vulnerável, sofrem mais com a falta de efetividade e garantia de seus direitos, uma vez que, pelas taxas apresentadas, é o grupo que mais morre por questão de negligência, através do racismo e do menor favorecimento econômico em que se encontram com mais frequência.

4.2 O gênero sob o viés da interseccionalidade: a saúde e sexualidade da mulher negra em pauta

A autora Kimberlé Crenshaw (2002), em 1989, cunhou pioneiramente o termo interseccionalidade, buscando, assim, incluir os problemas de gênero, classe, raça e orientação sexual, além da identidade. O objetivo de Crenshaw (2002) era demonstrar que só investigar a estrutura do problema de gênero não refletiria as experiências que outras mulheres poderiam vivenciar, pois o direito reprodutivo da mulher negra, diferencia-se do direito reprodutivo da mulher branca na medida em que a experiência de gênero é completamente afetada pela raça e pela classe (AKOTIRENE, 2019).

Um exemplo mais palpável a esse argumento é o que se vem tratando no presente artigo onde mulheres brancas têm mais possibilidades a conseguirem custear financeiramente um hospital no setor suplementar, local onde podem, em tese, escolher como vai ser feito o andamento do seu parto, obviamente, deixa-se a ressalva para a possibilidade de violências obstétricas que ainda podem surgir em setores suplementares. O ponto crucial é que mulheres negras, com menor aporte financeiro, indiscutivelmente irão recorrer aos hospitais públicos, portanto, constituindo a experiência de gênero apontada.

Aqui há uma dupla reafirmação das parturientes como sujeitos de direitos, pois, como amplamente debatido, há a deslegitimação da parturiente na sala de parto e isso se potencializa quando há uma parturiente negra necessitando dos cuidados no sistema de saúde.

A violência obstétrica é uma questão feminista, pois, torna-se consequência de uma opressão patriarcal a qual reduz, age de maneira repressiva e objetifica os corpos femininos, com o objetivo de controlar e dominar. Diferentemente da comum percepção de fragilidade, o corpo feminino é forte e capaz de resistir às situações do trabalho de parto e parto, dessa forma, encontram a necessidade em domesticá-lo para que consigam controlá-lo e suprimi-lo a uma condição de objeto, e, assim passível de ser violado. Nesse cenário, o sujeito “mulher” é destituído de sua identidade, que é fracionada, passando a ser apenas um útero, uma hospedeira para o feto, uma máquina de fazer bebês ou apenas a “mãe” (SHABOT *apud* JARDIM; MODENA, 2018, p. 8).

A pesquisadora feminista brasileira Carla Akotirene (2019, p. 23) sustenta que “gênero inscreve o corpo racializado”. Apontou ainda que o padrão colonial moderno, a contemporaneidade racista, é responsável pela promoção dos racismos e sexismos institucionais contra identidades construídas durante a relação das estruturas, que seguem atravessando os limítrofes do que se tem como Direito moderno, penetrando as leis antidiscriminação (AKOTIRENE, 2019, p. 50). Dessa forma, Akotirene (2019) argumenta que a interseccionalidade instrumentaliza os movimentos antirracistas, feministas e instâncias protetivas dos direitos humanos a lidarem com as pautas das mulheres negras. Para ela, a única forma de lidar com o gênero é de forma a cruzar as experiências que as mulheres tiveram, isto é, interseccionalizar.

No fim do século XX, os debates sobre o que é ser “mulher” se intensificaram, haviam lutas para saber quem estava incluída e quem estava excluída dessa categoria. Por causa disso, pela consideração de um emergente feminismo branco e burguês, as mulheres de minoria étnica e parte das mulheres brancas e pobres, parte da classe trabalhadora, não se sentiam representadas pelo movimento recentemente criado, uma vez que, de certa forma, a ideologia dos direitos das mulheres foi uma luta exatamente pelo perfil de sujeito que os reivindicava: mulheres brancas de classe média (DAVIS, 2018). Assim, surgiu o “lado b”, a outra perspectiva dos direitos das mulheres, através das minorias, no mesmo momento histórico, a universalidade das categorias “mulher” e “ser humano” eram repensadas para abarcar os discursos sobre direitos humanos.

Ainda que a Declaração Universal prometa a aplicação dos direitos humanos de forma igualitária, à despeito do gênero, historicamente, os direitos das mulheres em muitos momentos foram atacados e subjugados. Os direitos das mulheres sofreram formulações como sendo diferentes da visão clássica de abuso de direitos humanos, pois, ao passo que homens sofriam violências físicas, mulheres sofriam violências físicas associadas às violências sexuais.

Portanto, observa-se a relevante diferença de gênero com a qual a Declaração Universal não possuía previsão perante os medos e anseios que as mulheres poderiam sofrer, conforme argumentou Crenshaw (2002, p. 02).

Portanto, as mulheres ficaram à margem do regime que objetivava uma aplicação universal e que, no entanto, somente dizia respeito à experiência dos homens. Consequentemente, ainda que houvesse uma garantia formal à universalização da proteção dos direitos humanos para as mulheres, suas experiências ainda eram distintas das experiências dos homens e, por isso, havia grande comprometimento da própria proteção dos direitos humanos (CRENSHAW, 2002).

Dessa forma, durante toda a história, a diferença entre mulheres e homens serviu como fundamentação para marginalizar os direitos das mulheres. Além disso, para justificar a desigualdade de gênero, contemporaneamente, a diferença das mulheres indica a responsabilidade que qualquer instituição de direitos humanos tem de incorporar um estudo de gênero em suas práticas (CRENSHAW, 2002, p. 02).

Nesse aspecto, Crenshaw (2002) introduziu as particularidades que podem vir a criar problemas, bem como elaborou como as vulnerabilidades exclusivas de subgrupos específicos de mulheres podem afetar desproporcionalmente apenas algumas dessas mulheres, à exemplo: a discriminação de gênero, os fatores relacionados às suas identidades sociais, tais como classe, casta, raça, cor, etnia, religião, origem nacional e orientação sexual.

Portanto, essas vulnerabilidades que estão correlacionadas ao gênero não podem mais ser usadas como justificativas para negar a proteção dos direitos humanos das mulheres. Também não há como permitir que as diferenças entre as mulheres sejam fatores que proporcionem o desprezo aos direitos humanos das mulheres mais vulneráveis, nem mesmo que lhes sejam negados cuidado e preocupação iguais, quando posicionados sob a égide dos direitos humanos. Nessa perspectiva, tanto a lógica da incorporação do gênero quanto o foco atual no racismo demonstram a necessidade de integrar a raça, além de outras diferenças, com enfoque de gênero das instituições de direitos humanos (CRENSHAW, 2002, p. 03).

De acordo com Crenshaw (2002, p. 04):

A garantia de que todas as mulheres sejam beneficiadas pela ampliação da proteção dos direitos humanos baseados no gênero exige que se dê atenção às várias formas pelas quais o gênero intersecta-se com uma gama de outras identidades e ao modo pelo qual essas intersecções contribuem para a vulnerabilidade particular de diferentes grupos de mulheres. Como as experiências específicas de mulheres de grupos étnicos ou raciais definidos são muitas vezes obscurecidas dentro de categorias mais amplas de raça e gênero, a extensão total da sua vulnerabilidade interseccional ainda permanece desconhecida e precisa, em última análise, ser construída a partir do zero.

Dessa forma, para adentrar na questão de gênero e violência obstétrica no quais ambos precisam perpassar pelo direito à saúde e direitos reprodutivos da mulher, utilizou-se a teoria da interseccionalidade. Para explicar o que significa a interseccionalidade, Crenshaw (2002, p. 07) utilizou uma metáfora no quais existem vários eixos de poder (classe, raça, etnia e gênero), os quais são distintos e que formam avenidas que estruturam os terrenos (sociais, econômicos e políticos). Sustenta ainda que é através delas que as dinâmicas do desempoderamento se movem. Crenshaw (2002, p. 07) explicou que muitas vezes esses eixos se cruzam e sobrepõem-se, assim, criando as intersecções das quais dois ou mais eixos se encontram:

As mulheres racializadas frequentemente estão posicionadas em um espaço onde o racismo ou a xenofobia, a classe e o gênero se encontram. Por consequência, estão sujeitas a serem atingidas pelo intenso fluxo de tráfego em todas essas vias. As mulheres racializadas e outros grupos marcados por múltiplas opressões, posicionados nessas intersecções em virtude de suas identidades específicas, devem negociar o tráfego que flui através dos cruzamentos. Esta se torna uma tarefa bastante perigosa quando o fluxo vem simultaneamente de várias direções. Por vezes, os danos são causados quando o impacto vindo de uma direção lança vítimas no caminho de outro fluxo contrário; em outras situações os danos resultam de colisões simultâneas. Esses são os contextos em que os danos interseccionais ocorrem as desvantagens interagem com vulnerabilidades preexistentes, produzindo uma dimensão diferente do desempoderamento.

Utiliza-se o conceito da interseccionalidade para explicar as experiências de gênero podem e muitas vezes vão se cruzar com outras experiências, sejam elas de classe; raça; etnia ou orientação sexual. A interseccionalidade é uma forma de criticismo clínico, na qual se impede reducionismos da política de identidade, elucidando os eixos das estruturas modernas coloniais, isto é, racistas, que tornam a identidade vulnerável, e, conseqüentemente, investigando contextos de colisões e fluxos entre estruturas, frequência e tipos de discriminações interseccionais (AKOTIRENE, 2019, p. 50).

Na vida da mulher negra, os fracassos das políticas públicas são revertidos em fracassos individuais (AKOTIRENE, 2019, p. 50), uma vez que, por exemplo, a má assistência às mulheres negras quanto ao seu direito reprodutivo pode sentenciar estatísticas raciais de mortes maternas. Vistas pelas lentes de raça, as mulheres negras aguentam dor física; quando são vistas pelas lentes de classe, as mulheres negras são como “protótipos da feminização da pobreza” e atravessam gerações sendo chefas de famílias, sendo consideradas vitoriosas, guerreiras, por resistirem às dificuldades impostas pelo imperialismo colonial (AKOTIRENE, 2019).

Akotirene (2019) também argumentou que a matriarcalidade negra, que ela ressalta também ter sido criticada por Bell Hooks, foi uma ressignificação dos estudos (sociais) que tiram proveito dos estereótipos produzidos para mulheres negras consideradas bestiais, masculinizadas, sub-humanas, incapazes de produzir conhecimento (AKOTIRENE, 2019, p. 65). Em síntese, serve somente para fomentar a solidão da mulher negra que não sente dor, a mulher que aguenta tudo e lidera tudo, mas apenas no escopo familiar tradicional, jamais fora dele, em ambiente laboral.

No que tange à sexualidade da mulher negra, fala-se amplamente na necessidade de a mulher pensar o seu próprio prazer, o conhecimento do corpo, contudo, reserva-se à mulher pobre, negra em geral, apenas o direito de pensar na reivindicação do simples, o que viria Bairros (2008), inclusive, a chamar de “bica d’água” para ilustrar seu pensamento. Bairros (2008) remonta a essa linguagem de forma crítica, pois durante muito tempo se falou que para a mulher pobre essa questão do prazer não interessava e, uma parcela do Movimento Feminista embarcou nessa questão, restando por ignorá-la (BAIRROS, 2008).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde abordou o tema de direitos sexuais e direitos reprodutivos, por se tratar de direitos humanos já reconhecidos por leis nacionais e documentos internacionais, portanto, quanto aos direitos reprodutivos dispôs que as pessoas têm direito de decidir, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas, também têm direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos, bem como têm direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência (BRASIL, 2009). Quanto aos direitos sexuais, o Ministério da Saúde dispôs que são:

- Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a).
- Direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual.
- Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.
- Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física.
- Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual.
- Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras.
- Direito de ter relação sexual independente da reprodução.
- Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS.
- Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação.
- Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2009).

Portanto, o Ministério da Saúde explicou que os direitos humanos são direitos fundamentais da pessoa humana e esses direitos são considerados fundamentais porque, sem eles, a pessoa não é capaz de se desenvolver e de participar plenamente da vida. Dessa forma, elencou que o direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, o direito ao afeto e à livre expressão da sexualidade estão entre os direitos humanos fundamentais (BRASIL, 2009).

Resta mencionar brevemente a Lei n° 9.263/96, que regula o planejamento familiar como um direito de todo cidadão. É importante ressaltar essa Lei tendo em vista que:

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis. (BRASIL, 1996).

A Lei do Planejamento Familiar é essencial para introduzir que a Constituição protege, por força do art. 226, §7º, CF, no qual através dos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável entorna a competitividade do Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, sendo, inclusive, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas, dessa forma, reafirmando os direitos fundamentais existentes acerca do tema.

Ao analisar os esforços do Estado para prover e promover dignidade sexual e reprodutiva, Silva e Fonseca (2012) trazem a noção do que seriam as estratégias eugênicas em torno do corpo da mulher. Diante disso, encontrou-se raça, sexualidade, estética e moralidade para indicar noções comuns à mulher negra as quais se encaminham a um raciocínio sobre o processo histórico que produziu um tipo de discurso que possui violência simbólica e essa violência perpetua o racismo, desqualificando o corpo negro (SILVA; FONSECA, 2012, p. 245-246). É essencial demonstrar o marco histórico do Brasil moderno em que as políticas do Estado se voltaram à higienização étnica e cultural do país.

Portanto, as políticas eugênicas, de acordo com Silva e Fonseca (2012, p. 250), eram observadas a partir do momento em que a mulher era visada pelas instituições médicas de forma a dar filhos saudáveis, bonitos, no entanto, esse tipo de orientação era dada apenas às

mulheres que chegariam a prover “índice de natalidade qualitativa e quantitativamente bom” no qual, além de demonstrar o papel da mulher, também demonstra a eugenia como aperfeiçoamento da população, conforme evidencia a pesquisa de Assad Mameri Abdenur (BM, 1941 *apud* SILVA; FONSECA, 2012, p. 250)

Segundo Silva e Fonseca (2012, p. 248-250), essas políticas eugênicas, através do discurso médico, remontam ao discurso de Getúlio Vargas que, sob sua perspectiva de nação brasileira, tratou os brasileiros como doentes e, por isso, precisavam de ações regeneradoras do Estado para serem curados.

Dessa forma, as políticas de Getúlio Vargas tinham cunho ideológico e práticas higienizadoras com o objetivo de forjar a nova visão do cidadão brasileiro. Nesse contexto, Vargas buscou a homogeneização racial para eliminar as diferenças raciais e étnicas e, a partir disso, iniciou-se no meio acadêmico uma suposta posição igualitária e inexistência de preconceito racial, discurso que ainda se constata na contemporaneidade brasileira (SILVA; FONSECA, 2012, p. 248).

Introduziu-se a política eugênica de Vargas, a suposta harmonia racial, para ilustrar o papel que a mulher possuía no qual se tratava em conceber uma nova população ao Brasil, através de seu útero, constituir-se-ia a raça brasileira e, assim, uma “nação desenvolvida, civilizada e moderna”. Portanto, com o ideal eugênico construído e consolidado, passava à mulher a missão de conceber a nova raça de homens que iriam salvar o Brasil, gerados para desenvolver o país (SILVA; FONSECA, 2012, p. 250-251). Esse contexto histórico explora como o Brasil moderno deu início ao que se propaga no Brasil contemporâneo sobre o papel da mulher, quanto à sua saúde sexual e quanto à mulher negra o quanto seus genes são considerados inferiores.

Logo, nota-se que os direitos reprodutivos da mulher negra se encontram duplamente ignorados, uma vez que, além do gênero e as violações decorrentes dele, também devem lidar de forma interseccionalizada com a raça, com os fatores do racismo. Por isso, o tratamento da mulher negra como sujeito de direito se torna profundamente prejudicado, pois não há efetividade quanto aos seus direitos reprodutivos e sexuais, uma vez que, enquanto mulheres, são deslegitimadas e, enquanto negras, são coisificadas, desumanizadas.

4.3 A raça como um fator que dificulta a boa assistência às parturientes

O racismo foi inserido nos mecanismos do Estado através da emergência do biopoder⁶ (FOUCAULT, 2002, p. 304). Dessa forma, o racismo se inseriu como mecanismo fundamental do poder, tal como se exerce nos Estados modernos, e o que faz com que quase não haja funcionamento moderno do Estado que, em certo momento, em certo limite e certas condições, não passe pelo racismo. Foucault (2002, p. 304) sustenta ainda sobre o que seria o racismo como: o meio de introduzir nesse domínio da vida de que o poder se incumbiu, um tipo de corte, isto é, quem deve morrer e quem deve viver.

No contínuo biológico da espécie humana, o surgimento das raças, a diferenciação das raças e sua hierarquização, a qualificação das raças boas, e outras não, tudo vai ser uma maneira de fragmentar esse campo do biológico de que o poder se incumbiu. Portanto, encontra-se uma maneira de defasar, no interior da população, uns grupos em relação ao outro. Isso é o domínio biológico. E a primeira função do racismo é fracionar fazendo com que ocorram censuras no interior desse contínuo biológico a que se dirige o biopoder. (FOUCAULT, 2002).

A segunda função do racismo, segundo Foucault (2002, p. 305), é a relação biológica, no sentido de que é necessário suprimir o perigo, o imperativo da morte só é admissível no sistema do biopoder. Nesses termos, o racismo é indispensável como condição para poder tirar a vida de alguém, assim, desde que o Estado funcione no modo biopoder, pelo racismo, está assegurado a ele o fato de expor à morte, multiplicando para alguns grupos o risco da morte (FOUCAULT, 2002).

Por fim, Foucault (2002, p. 308) sai de uma ideia tradicional de que o racismo é um ódio ou desprezo a alguma raça e traz o racismo ao campo do poder no qual o racismo “assegura a função de morte na economia do biopoder, segundo o princípio de que a morte dos outros é o fortalecimento biológico da própria pessoa na medida em que ela é membro de uma raça ou de uma população, na medida em que se é elemento numa pluralidade unitária e viva”. Dessa forma, o biopoder traz a guerra entre as raças, com uma relação puramente biológica (FOUCAULT, 2002).

⁶ O termo biopoder de Foucault é o “poder que se aplica globalmente à população, à vida e aos vivos”, apresentado pioneiramente no livro “História da Sexualidade” (primeiro volume) e reapresentado no livro “Em Defesa da Sociedade”, ambos de Michel Foucault. O biopoder diz respeito às técnicas de normalização utilizadas para obter poder sobre a população, objetivando uma regulamentação sobre o corpo do indivíduo. Esse termo é frequentemente utilizado em relação à saúde pública, uma vez que traz um conjunto biológico e estatal: a bio-regulamentação Estatal (FOUCAULT, 2002).

Nesse contexto, encontra-se o caminho pelo qual o racismo institucional percorre, fazendo com que a violência obstétrica relacionada às mulheres negras decorra de uma tendência que há nesse grupo para vivenciar com maior intensidade as mais variadas manifestações de preconceito. É possível conjecturar a existência do viés racial na atenção às parturientes negras, sendo necessário reconhecer o valor do recorte étnico racial para a análise dos diferenciados serviços de saúde prestados à população, como exemplo, as maternidades (ASSIS, 2018).

Na área da saúde, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2017). Os níveis superiores de mortalidade materna entre mulheres negras é resultado das diferenças percebidas, pelos estudiosos do tema, na assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério, que se mostram desfavoráveis às mulheres negras (CARNEIRO, 2011).

Esse conjunto de fatores está enquadrado pelos especialistas da área de saúde no conceito de racismo institucional, que se refere à incapacidade coletiva de uma organização de prover um serviço apropriado ou profissional para pessoas devido à sua cor, cultura ou origem racial/étnica, podendo, inclusive, ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que contribuem para a discriminação por meio de preconceito não intencional, ignorância, desatenção e estereótipos racistas que prejudicam determinados grupos étnicos/raciais, sejam eles minorias ou não (CARNEIRO, 2011, p. 20-21).

De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, uma política do SUS, através do Ministério da Saúde, com pesquisa feita pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2008, a população negra representava 67% do público total atendido pelo SUS, e a branca 47,2% (BRASIL, 2017). A maior parte dos atendimentos se concentra em usuários (as) com faixa de renda entre um quarto e meio salário mínimo (IBGE, 2016), portanto, essas distribuições evidenciam que a população de mais baixa renda e a população negra são, de fato, SUS-dependentes (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, os Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINAC), em 2013, mostraram que as mães indígenas, pardas e pretas são as mais jovens (BRASIL, 2017). A faixa etária de 20 a 24 anos concentra a maior taxa de mães nas populações de raça/cor preta (26%), parda (27,5%) e indígena (26,8%). Ressalta-se que também há distinção com relação ao número de consultas pré-natal, uma vez que a proporção de mães negras com no mínimo seis consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, foi de 69,8%, ao passo que, dentre as mães brancas, essa proporção foi de 84,9% (BRASIL, 2017).

Por fim, a proporção de gestantes que realizou pré-natal e que teve orientação sobre sinais de risco na gravidez foi de 75,2% entre a população de mulheres. Dentre as brancas, 80,8% receberam essa orientação, enquanto 66,1% das pretas e 72,7% das pardas receberam essa mesma informação (BRASIL, 2017).

Quanto à mortalidade materna, de acordo com dados notificados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do total de 1.583 mortes maternas em 2012, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas (BRASIL, 2017). A mortalidade materna obtém contornos preocupantes quando se percebe que cerca de 90% dos óbitos poderiam ser evitados, grande parte deles por ações dos serviços de saúde (BRASIL, 2017).

Na Pesquisa Nascer do Brasil (2012), quanto às adolescentes, 19% das mulheres do estudo, com proporção de 27% na concentrada na região Norte, são mais pobres, têm nível de escolaridade inferior ao esperado para sua idade e apenas 11,8% trabalham (LEAL *et al.*, 2012, p. 13). Por fim, mulheres com maior escolaridade e poder aquisitivo têm mais possibilidades e probabilidades em escolher seu tipo e local de parto, pois, de acordo com Leal (*et al.*, 2012, p. 7), quanto ao parto, 80% é realizada no setor público, enquanto 20% é realizada no setor suplementar. Enquanto que do percentual de 52% de cesarianas, 46% é realizada no setor público e 88% no setor suplementar (LEAL *et al.*, 2012).

Essas pesquisas e suas respectivas taxas percentuais são essenciais para visualizar a precariedade com a saúde e sexualidade de mulheres negras, que se agrava ainda mais quando analisado sob o viés econômico e de classe.

Foi necessária a implementação da Lei nº 10.639/03, que tem como objetivo a ação de sensibilizar os profissionais de saúde pelas organizações dos movimentos sociais, em especial, a sensibilização pelas mulheres negras. O reconhecimento do racismo institucional como uma questão estratégica do combate ao racismo e da reprodução das desigualdades raciais pelo governo tem sua expressão também no Projeto Combate ao Racismo Institucional⁷, através deste, as instituições públicas poderiam se capacitar para superar os entraves ideológicos, técnicos e administrativos, que dificultam o enfrentamento dos efeitos combinados do racismo e do sexismo, poderosos obstáculos ao acesso ao desenvolvimento (CARNEIRO, 2011, p. 22-23). Pensar a violência obstétrica relacionada às mulheres negras se faz necessário para problematizar as hierarquias nos serviços de maternidade, objetivando, assim, a garantia do direito à assistência adequada para as mulheres negras nos referidos serviços (ASSIS, 2018).

⁷ É uma parceria entre o Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), que elaboraram um projeto de cooperação com prefeituras da região Nordeste e organizações da sociedade civil (CARNEIRO, 2011, p. 22).

O racismo institucional é definido como:

[...] fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista, que causa desvantagens a pessoas de minoria étnica (KALCKMANN *et al.*, 2007, p. 1).

A partir disso, Kalckmann (*et al.*, 2017), através de seus estudos, reuniu diversos relatos que demonstram as diversas formas de afastar o usuário dos serviços de saúde, em diferentes tipos de atendimentos. Dentre toda a análise de situações percebidas como discriminatórias, foi revelado que as atitudes “parecem estar ligadas à ideologia do dominador que perpassa o cotidiano estando interiorizado nos profissionais, como, por exemplo, acreditar que as pessoas negras são mais fortes e resistentes à dor ou negro não adoecer [...], há uma tendência a minimizar as queixas” (KALCKMANN *et al.*, 2007, p. 6).

O estudo de Kalckmann (*et al.*, 2007) está repleto de relatos nos quais mostram situações em que há o impedimento ao acesso e ao atendimento de forma equitativa, relatos esses que envolvem diversos profissionais de saúde, desde a classe médica, quanto enfermeiros; psicólogos; auxiliares de enfermagem e até recepcionistas.

Outro fator preponderante apresentado no estudo de Kalckmann (*et al.*, 2007) foi a associação da cor da pele ao baixo poder aquisitivo, naturalizando o processo, tornando uma constante esse tipo de tratamento. Pontuou, ainda, que os relatos não se restringiram somente aos serviços públicos de saúde, mas, também, possuíam relatos com que mencionavam o setor suplementar, constando os renomados planos de saúde.

Quanto à qualidade do atendimento ao pré-natal e parto, Kalckmann (*et al.*, 2007) revela que os casos de discriminação são mais frequentes quando as pessoas estão fragilizadas, como durante a gravidez e durante o parto, havendo relatos em que a parturiente veio a escutar que “negro é como coelho, só dá cria” ou situações em que o médico não examinou a gestante negra (KALCKMAN *et al.*, 2007, p. 07).

A partir disso, analisa-se as pesquisas de Leal *et al.* (2017) que comparou as puérperas pretas com as puérperas brancas no qual geral um resultado de 6.689 mulheres, sendo elas 1.840 pretas e 4.849 brancas. Nessa pesquisa, Leal *et al.* (2017) constatou que as puérperas de cor preta detinham o maior risco de terem um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante e peregrinação para o parto, todas situações que vão de encontro à um parto humanizado. Leal *et al.* (2017) também suscitou que as mulheres pretas

receberam menos orientações durante pré-natal sobre o início do trabalho de parto e as possibilidades sobre complicações na gravidez.

Outra situação apontada pela pesquisa de Leal *et al.* (2017) foram as chances quanto às práticas violentas. Leal *et al.* (2017) apontou que as mulheres negras, ainda que tivessem menor chance para cesarianas e intervenções (violências) médicas como a episiotomia e o uso da ocitocina, quando comparado às mulheres brancas, as mulheres negras receberam menos anestesia local quando se fez uso da episiotomia. Quando se analisou quando ao nascimento pós-termo, no qual se indica o nascimento termo completo (39-41 semanas), Leal *et al.* (2017) indicou que as chances foram maiores nas mulheres pretas do que nas brancas.

Na pesquisa de Leal *et al.* (2017) também foi feita a comparação entre mulheres puérperas pardas e brancas que resultou em 13.318 mulheres, dentre elas, 6.659 eram pardas e 6.659 eram brancas. No resultado dessa pesquisa, Leal *et al.* (2017) indicou que as mulheres pardas tinham maiores riscos a terem pré-natal inadequado e ausência de acompanhante e, ainda que houvesse menor risco para uma cesariana e para a utilização de episiotomia e uso de ocitocina, as puérperas pardas apresentaram maior probabilidade de nascimento pós-termo em comparação às puérperas brancas.

A pesquisa de Leal *et al.* (2017) indicou a comparação entre mulheres pretas e pardas, com resultado de 9.006 mulheres, sendo 1.804 pretas e 7.202 pardas. Nessa comparação, houve mais frequência na inadequação no pré-natal, não vinculação à maternidade e não orientação durante o pré-natal sobre o início do trabalho de parto relatadas pelas puérperas pretas, no mais, não se encontrou outras diferenças entre as mulheres pretas e pardas.

Ressalta-se que a pesquisa de Leal *et al.* (2017) contou com as características sociodemográficas para associar à raça e à cor. Dessa forma, as mulheres pardas e pretas se concentraram mais nas regiões Norte e Nordeste, bem como as mulheres pretas e pardas foram as que mais surgiram como adolescentes e menos escolarizadas.

Em conclusão, denota-se que o racismo se inicia como um mecanismo de poder, de forma a justificar qual grupo social está mais propenso a sua supressão em sociedade. Intrinsecamente, também perpassa ao racismo institucional, que seria um controle que a sociedade se utiliza para inferiorizar, fragmentar e dominar o grupo vulnerável. Portanto, o racismo é utilizado como um mecanismo de poder, dentro de instituições que visam a saúde pública, através de profissionais de saúde ou qualquer outro profissional da instituição. Demonstra-se, além do próprio racismo, a obstrução do sujeito, as parturientes negras, na tentativa em dirimir a identidade enquanto ser humano, ao passo que impede seus direitos,

através do fator socioeconômico, perante o recorte de classe, logo, aos direitos humanos e à equidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendeu-se que a violência obstétrica é um tipo de violência de gênero que se transforma e abarca uma nova violação à identidade do sujeito. A violência obstétrica toma proporções tão imensuráveis que se tornou necessário subdividir, de forma a classificar e caracterizar, para conseguir organizar de forma científica todas as camadas sociais em que esse tipo de violência atinge as mulheres, portanto, abrangendo as violências físicas; psicológicas; sexuais; verbais; de caráter institucional e em casos de abortamento.

Em primeiro momento, tornou-se essencial explicar todos esses tipos de violência para conseguir de fato adentrar nas práticas obstétricas que são consideradas violentas. No presente trabalho, restringiu-se às práticas violentas mais comuns onde se encontrou mais relatos das vítimas, bem como denúncias que resultaram em dossiês e outras pesquisas, o que foi essencial para resultar nesta análise acerca da violência obstétrica no Brasil. Com isso, tornou-se uma verdadeira análise na área da saúde para verificar quais os cuidados profissionais em torno da saúde e quais práticas assistenciais as mulheres vinham a padecer sem que fosse possível, dentro de tantas violências e omissões, encontrar justificativa científica para tal.

Encontrou-se que as violências como a episiotomia, manobra de Kristeller e ponto do marido foram consideradas práticas feitas por puro tradicionalismo no qual não havia qualquer fundamento com base científica médica que indicasse qualquer benefício ao corpo da parturiente ou do neonatal. Enquanto que as cesáreas eletivas e a aplicação de ocitocina foram consideradas práticas que robotizam o corpo da parturiente, da mulher, tornando o parto um processo sistemático e tratando com brevidade, sem esperar o processo natural do corpo. Considerou-se também que a própria tecnologia na área da saúde fez com que se tomasse todo o processo do parto como algo mecânico, sistematizando-o.

Em seguida, analisou-se como a legislação brasileira incidia em tantas violações aos corpos das parturientes e, conseqüentemente, acabavam por violar o seu gênero. Encontrou-se um resultado no qual existem diversas portarias, leis e normativas assistenciais que visam proteger a mulher grávida em seu estado vulnerável. No entanto, essas medidas protetivas acabam por se tornar ineficazes diante das recorrentes atentado ao corpo e dignidade das mulheres. Dessa forma, notou-se que a legislação falha na proteção das parturientes ao passo que não consegue efetivar o que promete proteger e isso se percebe quando, ao analisar as medidas protetivas, não há qualquer menção a dispositivo que garanta sua efetividade.

Quanto à ineficácia das normas brasileiras relacionadas ao tema, analisou-se brevemente a rede de saúde pública e rede de saúde suplementar para demonstrar que as

incidências de violência obstétrica aconteciam em ambas as redes de saúde e que não era exclusiva de qualquer uma delas. A violência obstétrica é um fardo sustentado por uma sociedade misógina que não possui tratamentos brandos ou ressalvas quanto ao gênero, quanto às mulheres, influenciando em práticas violentas sob um discurso sem embasamento científico médico e puro tradicionalismo misógino. Ressalta-se que a violência obstétrica se dá por misoginia no momento em que as violências desfiguram os corpos, desumanizam, e, ao passo que se sentem no direito de interferir no órgão sexual da mulher.

Nesse ínterim, seguiu-se uma análise em que todos os pontos anteriores estiveram sob uma perspectiva social na qual se notou que quando se adiciona o fator da raça, o tratamento às parturientes pode se tornar subumano. Através da teoria da interseccionalidade, cunhada pela autora Kimberlé Crenshaw (2002), observou-se que diversas vezes a violência obstétrica em mulheres negras se dava em decorrência de sua cor de pele, de sua raça, uma vez que há um racismo de caráter institucional que demanda a omissão por parte dos profissionais de saúde, outras vezes por parte da própria instituição que atende a parturiente negra. Omissões como deixar a mulher negra sem o devido atendimento pelo simples pensamento de que a mulher negra possui força, considerando o que foi apresentado como o que seria a “animalização da mulher negra”, de acordo com a autora Carla Akotirene (2019). Assim, a raça e o gênero foram estudados conjuntamente com a classe, pois é outro fator preponderante que pelos índices demonstrados estão juntos na trajetória da violência perpetrada.

Portanto, encontrou-se substância, além de buscar denunciar a violência obstétrica, também, para demonstrar que as violências aos grupos vulneráveis encontram seu caminho, através do que Michel Foucault (2002) chamou de biopoder. A violência de gênero, o racismo institucional e a segregação de classe são os principais pilares desse estudo que busca retratar a incidência e o grau em que esses grupos são atacados, para isso, utilizou-se como parâmetro a teoria da interseccionalidade, como já explicado.

Vale ressaltar também que a inicial hipótese se apresentou como a falta de reconhecimento da violência obstétrica perante o ordenamento jurídico e, como demonstrado ao longo desse trabalho, essa falta de reconhecimento gerou uma omissão legislativa que afeta diretamente às parturientes no que tange à proteção e modelos assistenciais de saúde que são oferecidos. Nesse contexto, é observável que a problemática também se concretizou a partir do momento que se vislumbrou as omissões e as insuficiências prestacionais do Estado. Com isso, resta afirmar a necessidade de cunhar em âmbito científico, além da saúde, como também jurídico o termo “violência obstétrica” para que se consiga maiores efetividades nas garantias

de direitos e proteção às parturientes, sobretudo as negras, em razão da maior carga de violência que sofrem.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. Coordenação: Djamila Ribeiro. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. 152p. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/read/415539427/Interseccionalidade>>. Acesso em: 30 out 2019.

ARGENTINA. **Ley nº 25.929, de 25 de agosto de 2004. Parto Humanizado. Decreto 2035/2015. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural**. 1. ed. Argentina: Buenos Aires, 2018. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf>. Acesso em: 14 out 2019.

ARGENTINA. **Ley nº 26.485, de 11 de março de 2009. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales**. Senado e Câmara dos Deputados da Nação Argentina reunidos em Congresso. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/esp/ley_de_proteccion_integral_de_mujeres_argentina.pdf>. Acesso em: 14 out 2019.

ASSIS, Jussara Francisca de. **Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica**. Scielo. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 133, p. 547-565, set./dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282018000300547&lang=pt>. Acesso em: 22 ago 2019.

BAIROS, Luiza. **A mulher negra e o feminismo**. In: COSTA, Ana Alice Alcântara; SARDENBER, Cecília Maria B. (org.) *O Feminismo do Brasil: reflexões teóricas e perspectivas*. Salvador: UFBA/Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher, 2008. Disponível em: <<http://www.neim.ufba.br/site/arquivos/file/feminismovinteanos.pdf>>. Acesso em: 31 out 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_O_Modelo_da_atencao_obstetrica_no_setor_da_SS.pdf>. Acesso em: 5 set 2019.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm>. Acesso em: 24 ago 2019.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução nº 36, de 03 de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Acesso em: 3 set 2019.

_____. Câmara Notícias. Câmara dos Deputados. **Especialista reclama de racismo institucional no atendimento à saúde da mulher negra**. 2015. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/461196-especialista-reclama-de-racismo-institucional-no-atendimento-a-saude-da-mulher-negra/>>. Acesso em: 30 out 2019.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 16 out 2019.

_____. Código de Defesa do Consumidor (**Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm>. Acesso em: 17 out 2019.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 30 set 2019.

_____. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o §7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em: 01 nov 2019.

_____. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 30 set 2019.

_____. **Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em: 23 set 2019.

_____. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm>. Acesso em: 24 set 2019.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Lei do Ventre Livre, 28 de setembro de 1871**. Arquivo Nacional. 28 set 2017, 15:52. Disponível em: <<http://www.arquivonacional.gov.br/br/ultimas-noticias/736-lei-do-ventre-livre>>. Acesso em: 21 out 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Ofício nº 296/2019, 07 de junho de 2019**. Dispõe sobre a Recomendação nº 29/2019. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>>. Acesso em: 19 set 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.418, de dezembro de 2005**. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html>. Acesso em: 17 out 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

_____. 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.

_____. Ministério Público Federal. **MPF recomenda ao Ministério da Saúde que atue contra a violência obstétrica em vez de proibir o uso do termo**. Notícias. Direitos do cidadão. 7 maio 2019. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-recomenda-ao-ministerio-da-saude-que-atue-contr-a-violencia-obstetrica-em-vez-de-proibir-o-uso-do-termo>>. Acesso em: 24 ago 2019.

_____. **Resolução nº 368, de 06 de janeiro de 2015**. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>>. Acesso em: 4 set 2019.

_____. Senado Federal. **Especialistas criticam projeto que prevê cesárea sem indicação médica. Observatório da Mulher Contra a Violência**. Procuradoria Especial da Mulher. Notícias. 04 set 2019, 10:35. 2019d. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/procuradoria/comum/especialistas-criticam-projeto-que-preve-cesarea-sem-indicacao-medica>>. Acesso em: 14 out 2019.

BENJAMIN, Antônio Herman V.; MARQUES, Claudia Lima; BESSA, Leonardo Roscoe. **Manual de Direito do Consumidor**. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CIELLO, Cariny *et al.* **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em:

<<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 2 set 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **CFM apoia MS em decisão sobre o termo violência obstétrica.** 09 maio 2019a. Disponível em: <http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28210:2019-05-09-18-50-35&catid=3>. Acesso em: 22 set 2019.

_____. **CFM fixa norma ética para recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente.** 17 set 2019c. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28439:2019-09-17-18-32-10&catid=3>. Acesso em: 21 set 2019.

_____. **Parecer CFM nº 32/2018.** Ementa: A expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética. Disponível em: <<http://estaticog1.globo.com/2019/05/07/ParecerCFMViolenciaObstetrica.pdf>>. Acesso em: 21 set 2019.

_____. **Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019.** Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. 2019b. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370>>. Acesso em: 20 set 2019.

COFEN. **Cofen homologa decisão do Coren-RS que proíbe a Manobra de Kristeller.** 14 jan 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/cofen-homologa-decisao-do-coren-rs-que-proibe-manobra-de-kristeller_48419.html>. Acesso em: 4 dez 2019.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS. **CNDH aprova por unanimidade Recomendação sobre violência obstétrica.** Informação. 09 mai 2019. Disponível em: <<https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/2019.05.09CNDHaprovaRecomendaosobreviolenciaobstetrica.pdf>>. Acesso em: 19 set 2019.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas.** Florianópolis, ano 10, 1º sem. 2002, p. 171-188. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>>. Acesso em: 30 mar 2019.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da; FARIA, Izaide Ribeiro de. Mortalidade de mulheres negras residentes no Estado do Rio de Janeiro — 2015: evidências para a PNSIPN e a PNAISM. In: **Journal of Specialized Nursing Care.** [S.l.], v. 9, n. 1, 2017. Disponível em: <<http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2954/744>>. Acesso em: 30 out 2019.

CURITIBA. **Lei municipal nº 14.598, de 16 de janeiro de 2015.** Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Curitiba. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/lei-ordinaria/2015/1459/14598/lei-ordinaria-n-14598-2015->>. Acesso em: 04 dez 2019.

D'GREGORIO, R.P. **Obstetric Violence: a new legal term introduced in Venezuela.** International Journal of Gynecology and Obstetrics, v.111, n.3, 2010, pp.201-202. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/figo_-_violencia_obstetrica_-_legislacao_na_venezuela.pdf>. Acesso em: 4 dez 2019.

DAVIS, Angela. **A liberdade é uma luta constante.** Org.: Frank Barat. Trad.: Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2018. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/404352922/Angela-Davis-A-liberdade-e-uma-luta-constante-0101-Boitempo-Editorial-pdf>>. Acesso em: 21 set 2019.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe.** trad: Heci Regina Candiani. Epub. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DE LARA, Bruna. **CFM põe The Handmaid's Tale em prática ao determinar que um feto está acima de uma mulher.** The Intercept. Brasil. 19 set 2019. Disponível em: <<https://theintercept.com/2019/09/19/cfm-resolucao-recusa-gravidez/>>. Acesso em: 21 set 2019.

DIADEMA. **Lei municipal nº 3.363, de 1º de outubro de 2013.** Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Diadema. Disponível em: <http://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/leis_integra.php?chave=336313 >. Acesso em: 04 dez 2019.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. **Campanha pela abolição da episiotomia de rotina.** 2003. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html>>. Acesso em: 2 set 2019.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Posicionamento oficial do Ministério da Saúde sobre o termo “violência obstétrica”.** 8 maio 2019. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/797-posicionamento-oficial-do-ministerio-da-saude-sobre-o-termo-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 24 ago 2019.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade.** São Paulo: Martins Fontes, 2002. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/57463768/1-FOUCAULT-Michel-Em-defesa-da-sociedade-curso-no-college-de-France-2>>. Acesso em: 30 out 2019.

_____. **Microfísica do poder.** Tradução Roberto Machado. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/89716873/Foucault-Microfisica-Do-Poder>>. Acesso em: 30 out 2019.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto: na hora de fazer não gritou.** Social. 25/03/2013. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>>. Acesso em: 4 set 2019.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; DIAS, Maria Tereza Fonseca. **(Re)Pensando a pesquisa jurídica.** 4. ed. rev. e atual. Belo Horizonte: Del Rey, 2013.

HAMERMÜLLER, Amanda; UCHÔA, Thayse. **Violência obstétrica atinge 1 em cada 4 gestantes no Brasil, diz pesquisa. UFRGS.** Humanista. Jornalismo e Direitos humanos. 20 jan 2018. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/humanista/2018/01/28/violencia-obstetrica-atinge-1-em-cada-4-gestantes-no-brasil-diz-pesquisa/>>. Acesso em: 24 ago 2019.

HOOKS, Bell. **O feminismo é para todo mundo** [recurso eletrônico]: políticas arrebatadoras. Trad.: Ana Luiza Libânio. 1. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/400919008/O-Feminismo-e-Para-Todo-Mundo-Politicas-Arrebatadoras-bell-hooks>>. Acesso em: 30 out 2019.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira.** Rio de Janeiro, 2016.

JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. **A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características.** Revista Latino-Americana de Enfermagem: 2018; 26:e 3069. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3069.pdf>. Acesso em: 29 out 2019.

KALCKMANN, Suzana *et al.* **Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?** Scielo. São Paulo, v. 16, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902007000200014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 ago 2019.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil.** Cad. Saúde Pública 2017; 33 Sup 1:e00078816. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf>>. Acesso em: 04 nov 2019.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* **Pesquisa Nacer do Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e o Nascimento.** Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 2 de set de 2019.

MISKOLCI, Richard. Pânicos morais e controle social: reflexões sobre o casamento gay. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 28, p. 101-128, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n28/06.pdf>>. Acesso em: 24 out 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MORADORES DE ALCÂNTARA FAZEM PROTESTO APÓS MORTE DE JOVEM GRÁVIDA. G1/MA. 31/07/2015, 18:28. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2015/07/moradores-de-alcantara-fazem-protesto-apos-morte-de-jovem-gravida.html>>. Acesso em: 17 out 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra, 2002. Disponível em: <<https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 13 ago 2019.

_____. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Genebra, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=F4A5A0F881B9A0851BA578AAE03C99A2?sequence=3>. Acesso em: 24 ago 2019.

_____. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=AF6F75CE7DF0E477DCA277912194F5FB?sequence=3>. Acesso em: 4 set 2019.

_____. **Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático.** 1996. Disponível em: <<http://abcdoparto.com.br/site/assistencia-ao-parto-normal/>>. Acesso em: 23 set 2019.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, “Convenção Belém do Pará”.** Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho 1994, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral. Disponível em: <<http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/MESECVI-SegundoInformeHemisferico-ES.pdf>>. Acesso em: 20 ago 2019.

PASCHOAL, Janaína. **Projeto de lei nº 435/2019.** Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. São Paulo: Assembleia Legislativa de São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934> >. Acesso em: 24 ago 2019. Texto original.

PINTO, Erica Nascimento. **O que é a nota de Apgar?.** EBC. 05 fev 2015, 10h05. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/infantil/para-pais/2015/02/o-que-e-nota-de-apgar> >. Acesso em: 29 out 2019.

RATTS, Alex; RIOS, Flavia. **Lélia Gonzalez.** Coleção Retratos do Brasil Negro. Coordenação: Vera Lúcia Benedito. São Paulo: Selo Negro, 2010.

REZENDE, Carolina Neiva Domingues Vieira. **Violência obstétrica:** uma ofensa aos direitos humanos ainda não reconhecidos legalmente no Brasil. Brasília, 2014, 60 p. Monografia. Centro Universitário de Brasília. Faculdade de Ciências Jurídicas, Brasília, 2014.

RIOS, Roger Raupp. **Direito da antidiscriminação:** discriminação direta, indireta e ações afirmativas. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SALGADO, Heloísa. **A experiência da cesárea indesejada:** perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. Dissertação (mestrado em saúde pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2012.

SANTA CATARINA. **Lei estadual nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017.** Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Disponível em: <http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html>. Acesso em: 04 dez 2019.

SÃO PAULO (Estado). Assembleia Legislativa de São Paulo. **Lei 17.137, de 23 de agosto de 2019.** Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove)

semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. 2019a. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2019/lei-17137-23.08.2019.html>>. Acesso em: 14 out 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Constituição e Proporcionalidade**: o direito penal e os direitos fundamentais entre proibição de excesso e de insuficiência. RBCCRIM. Editora Revista dos Tribunais, 2004. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2993126/mod_resource/content/1/SARLET%2C%20Ingo%20Wolfgang.%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20e%20proporcionalidade.%20RBCCRIM..pdf>. Acesso em: 24 ago 2019.

SERRA, Maiane Cibele de Mesquisa. **Violência obstétrica em (des) foco**: uma avaliação da atuação do judiciário sob a ótica do TJMA, STF E STJ. Dissertação de Mestrado. UFMA: São Luís, 2018.

SILVA, Artenira Silva e; ALVES, José Márcio Maia. **A tipificação da “lesão à saúde psicológica”**: revisitando o artigo 129, do Código Penal à luz da Lei Maria da Penha. XXV Encontro Nacional do Conpedi, Brasília, p. 77-96, 2016.

SILVA, Eliana Gesteira da; FONSECA, Alexandre Brasil Carvalho da. **A construção da raça nacional**: estratégias eugênicas em torno do corpo da mulher. In: Saúde da População Negra. Org.: Luís Eduardo Batista, Jurema Werneck, Fernanda Lopes. 2. ed. Brasília/DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

SOUZA, A.S.R, *et al.* **Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico**. Femina, setembro de 2010, vol 38 n° 10; 505-16.

TOMASSO, Giselle, *et al.* **Devemos seguir haciendo la episiotomia em forma rutinaria?**. Rev. Obstetrícia e Ginecologia. Venezuela, 2002. Disponível em: <http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322002000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 2 set 2019.

VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**. 23 abril 2007. Assembleia Nacional. Venezuela: Caracas, 2007. Disponível em: <<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>>. Acesso em: 14 out 2019.

WERNECK, Jurema. **Nossos passos vêm de longe! Movimento de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo e o racismo**. In: WERNECK, Jurema (org.): Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: CRIOLA, 2009. Disponível em: <http://www.criola.org.br/pdfs/publicacoes/livro_mulheresnegras.pdf>. Acesso em: 30 out 2019. p. 151-163.

WYLLYS, Jean. **Projeto de Lei da Câmara nº 7.633/2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785>. Acesso em: 04 dez 2019.

ZAMBELLI, Carla; SILVA, Alê; BARROS, Filipe. **Projeto de Lei da Câmara nº 3635/2019.** Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. Brasília/DF: Senado Federal, 2019. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2208686>>. Acesso em: 13 out 2019. Texto original.

ZORZAM, Bianca Alves de Oliveira. **Informação e escolhas no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde complementar.** Dissertação (mestrado em Ciências). USP: São Paulo, 2013.