



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITOS
HUMANOS NA AMÉRICA LATINA**

**O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DE VIÉS RACIAL NA
AMÉRICA LATINA SOB A ÓTICA DOS DIREITOS HUMANOS**

AMANDA POLI VAZ

Foz do Iguaçu
2019

**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITOS
HUMANOS NA AMÉRICA LATINA**

**O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DE VIÉS RACIAL NA AMÉRICA
LATINA SOB A ÓTICA DOS DIREITOS HUMANOS**

AMANDA POLI VAZ

Trabalho apresentado como pré-requisito de conclusão do curso de especialização em Direitos Humanos na América Latina, da Universidade Federal de Integração Latina Americana, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Oliveira de Jesus.

Foz do Iguaçu
2019

AMANDA POLI VAZ

**O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DE VIÉS RACIAL NA AMÉRICA
LATINA SOB A ÓTICA DOS DIREITOS HUMANOS**

Trabalho apresentado como pré-requisito de conclusão do curso de especialização em Direitos Humanos na América Latina, da Universidade Federal de Integração Latina Americana, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Oliveira de Jesus.

BANCA EXAMINADORA

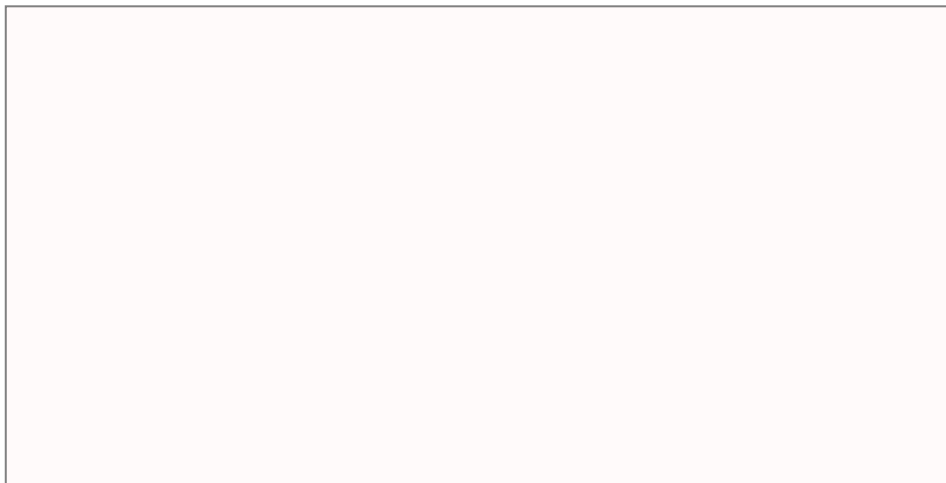
Prof. Dr. Marcos Oliveira de Jesus
Orientador
UNILA

Prof.^a Dr.^a Angela Maria de Souza
UNILA

Prof.^a Dr.^a Lorena Rodrigues Tavares de Freitas
UNILA

Foz do Iguaçu, 03 de maio de 2019.

FICHA CATALOGRÁFICA EMITIDA PELA
BIBLIOTECA DA UNILA



RESUMO

A violação aos direitos humanos se reflete diretamente na ocorrência de episódios da violência obstétrica, que atinge os direitos reprodutivos da mulher. Esse tipo de violência também presta serviço ao capital, impulsionando a “indústria obstétrica”. O histórico de uma sociedade capitalista, machista, patriarcal e racista, tem a insistência de controlar os corpos das mulheres e sua sexualidade, especialmente das mulheres negras. A violência obstétrica se apresenta inicialmente como uma violência institucional, uma vez que seus principais agentes são os profissionais de saúde, que usam da hierarquia nas relações médico/paciente para abusarem de procedimentos e medicalização, que são utilizadas muitas vezes sem a devida indicação clínica, fazendo com que o parto sofra um processo de patologização de seus processos naturais, reduzindo ou mesmo anulando a autonomia da mulher, impedindo que elas possam decidir livremente sobre seus corpos. Esse tipo de violência está permeada, ainda pelo racismo e pelo classismo, uma vez que mulheres negras e pobres são as maiores vítimas dessa espécie de violência. Esse trabalho tem como objetivo geral compreender como as relações de raça influenciam na ocorrência da violência obstétrica e como objetivos específicos conceituar o termo violência obstétrica, sua origem e formas de incidência, investigar o acesso das mulheres negras aos serviços de saúde públicos, em especial os de especialidade obstétrica, a partir dos dados oficiais emitidos pelos órgãos competentes, analisar a violência obstétrica de viés racial como parte do racismo estrutural e violação aos direitos humanos, apresentar dados apresentados em pesquisas oficiais que demonstram a disparidade entre o número de ocorrência de casos de violência obstétrica entre mulheres brancas e negras. A pesquisa realizada foi do tipo bibliográfica e documental. Foram utilizados, como procedimento metodológico, artigos, livros, documentários, textos de lei, assim como documentos e pareceres emitidos por órgãos oficiais. Os principais resultados objetivos, foi que a população negra encontra mais obstáculos no acesso aos serviços de saúde do que a população branca, o que implica necessariamente nas medicalização e nos procedimentos que serão realizados no procedimento do parto, e se manifesta também nas taxas de mortalidade materna. O fator raça influencia na vivência de violência praticada durante a gestação, parto e puerpério, assim como nas situações de abortamento. Ademais, seu caráter institucional não isenta a violência obstétrica do seu caráter histórico.

Chave: Violência obstétrica, raça, violência institucional

ABSTRACT

The violation of human rights is directly reflected in the occurrence of episodes of obstetric violence, which affects the reproductive rights of women. This type of violence also serves capital, boosting the "obstetric industry". The history of a capitalist society, macho, patriarchal and racist, has the insistence of controlling the bodies of women and their sexuality, especially of black women. Obstetric violence initially presents itself as institutional violence, since its main agents are health professionals, who use the hierarchy in the doctor / patient relationship to abuse procedures and medicalization, which are often used without proper clinical indication, causing the child to undergo a process of pathologizing their natural processes, reducing or even canceling the autonomy of the woman, preventing them from freely deciding about their bodies. This type of violence is permeated by racism and classism, since black and poor women are the main victims of this kind of violence. The objective of this study is to understand how racial relations influence the occurrence of obstetric violence and, as specific objectives, to conceptualize the term obstetric violence, its origin and forms of incidence, to investigate the access of black women to public health services, especially obstetric violence as part of structural racism and violation of human rights, to present data presented in official surveys demonstrating the disparity between the number of cases of obstetric violence among white and black women. The research was of the bibliographical and documentary type. As a methodological procedure, articles, books, documentaries, texts of law, as well as documents and opinions issued by official bodies were used. The main objective results were that the black population encounters more obstacles in access to health services than the white population, which necessarily implies the medicalization and procedures that will be performed in the death procedure, and also manifests itself in mortality rates maternal. The race factor influences the experience of violence practiced during pregnancy, delivery and puerperium, as well as in situations of abortion. In addition, its institutional character does not exempt obstetric violence from its historical character.

Keywords: Obstetric Violence, Race, Institutional Violence

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 O RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	15
2.1 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL.....	17
2.2 ATOS E PROCEDIMENTOS CARACTERIZADOS COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	21
2.2.1 Atos de caráter físico.....	21
2.2.2 Atos de caráter psicológico.....	22
2.2.3 Atos de caráter sexual.....	22
2.2.4 Atos de caráter institucional.....	22
2.2.5 Atos de caráter material	23
2.2.6 Atos de caráter midiático	23
2.3 RESTRIÇÃO A ACOMPANHANTE.....	23
2.4 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM SITUAÇÕES DE ABORTAMENTO.....	25
3 A DOR TEM COR: A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, AS MULHERES NEGRAS E OS DIREITOS HUMANOS.....	27
3.1 O RACISMO INSTITUCIONAL, O VIÉS RACIAL IMPLÍCITO E O GATILHO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	29
3.2 O ATENDIMENTO À MULHER NEGRA NAS REDES PÚBLICAS DE SAÚDE.....	32
3.3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS DIREITOS HUMANOS.....	35
4 CONCLUSÃO.....	39
5 REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é espécie do gênero violência contra a mulher, e pode sim ser entendida como violação aos direitos humanos. É expressão das relações patriarcais, que sofre influência dos fatores econômicos e de raça. A violência obstétrica, também é entendida como violência institucional, por ocorrer dentro de hospitais e maternidades, cujos agentes são na maioria dos casos profissionais de saúde, mas também pode ocorrer dentro do ambiente de convívio da gestante.

A prática de alguns atos que caracterizam a violência obstétrica são reproduzidos com tanta frequência que nem são mais reconhecidos como violação de direitos pela própria gestante. Ademais, a relação de hierarquia entre médico e paciente, faz com que as gestantes tomem como inquestionáveis as decisões proferidas pela equipe médica, mesmo que incida sobre o seu corpo.

A Fundação Perseu Abramo, realizou uma pesquisa de opinião no ano de 2010¹, que repercutiu muito em constatar que 1(uma) a cada 4 (quatro) mulheres brasileiras, sofreram algum tipo de violência durante os procedimentos de assistência ao parto.

Falar de violência obstétrica é falar, dolorosamente, da perda da mulher do domínio de seu próprio corpo, como se o parto fosse uma patologia e que dependesse somente das ciências médicas. Há que se falar, que o parto é um evento natural, e que a fisiologia da mulher tem de ser levada em consideração.

Porém, não podemos negar os interesses capitais que estão subjacentes à institucionalização do parto.

O conceito de violência obstétrica, os quais nos basearão, será o da Legislação Venezuelana² (VENEZUELA, 2015, p.11), que diz:

A apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, que se expressa em um tratamento hierárquico

¹ MULHERES BRASILEIRA E GÊNERO NOS ESPAÇOS PÚBLICOS E PRIVADO, realizada em agosto de 2010, entrevistou cerca de 2.365 mulheres, em 25 estados brasileiros. A pesquisa questionou as mulheres entrevistadas se elas haviam sofrido algum tipo de violência durante o parto, e se sofreram quais violências foram essas. Foram ouvidas gestantes e mulheres que passaram pelo processo de aborto, seja ele natural ou provocado.

² Texto original: “*La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, em un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente em lcalidad de vida de las mujeres*”

desumanizado, em um abuso de medicalização patologização dos processos naturais, trazendo consigo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre os seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (tradução nossa)

No ano de 2014 a pesquisa “Nascer no Brasil³”, apresentou dados acerca das intervenções sofridas no momento do parto, a maior parte destas intervenções são comprovadamente desnecessárias. Tais intervenções ocorrem em 40% das mulheres em trabalho de parto de risco considerado habitual, contudo, essas intervenções são mais frequentes nas mulheres atendidas no setor público e que apresentam menor escolaridade.

O problema central desta violência está no sujeito que a sofre, ou seja, a mulher. A situação se agrava quando se trata de uma mulher negra, de periferia. Essa categorização do indivíduo define o respeito e a atenção que será dispensada pelo profissional de saúde para a parturiente.

As mulheres negras apresentam maior número dentre as vítimas da violência obstétrica, também são as que mais peregrinam nas unidades hospitalares em busca de atendimento, realizam menos consultas durante a gestação, recebem menos analgesia em procedimentos dolorosos e são as maiores vítimas da mortalidade materna. Estima-se 90% dessas mortes poderiam ser evitadas se essas mulheres tivessem recebido atendimento adequado.

Ainda sobre a mortalidade materna, é preciso trazer ao diálogo a questão do racismo institucional que ocorre nas unidades de saúde, a fim de que se garanta a equidade de atendimento entre as mulheres independentemente da cor de sua pele. Do contrário teremos que continuar nos deparando com as altas taxas de mortalidade (63,9/100 mil nascidos vivos – 2013).

As violações dos Direitos sexuais e reprodutivos limitam a qualidade de vida da mulher, tanto na esfera pública quanto nos âmbitos da vida particular quando na vida pública.

³ Pesquisa realizada pelo ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, em atendimento ao edital Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTID/DECIT nº057/2009. A equipe da pesquisa foi formada por uma coordenação central, cinco coordenações regionais e 27 coordenações estaduais, cobrindo todas as unidades da Federação. Em cada estado o trabalho de campo foi realizado com a participação de supervisores e entrevistadores treinados para coleta de dados, que envolveu mais de 600 pesquisadores de campo.

Os serviços de saúde e seus profissionais devem assegurar que as mulheres tenham acesso a um atendimento digno, com risco de adoecimento e morte minimizados. Para tanto é necessário analisar questões estruturais da sociedade, analisando como essas relações discriminatórias e preconceituosas se reproduzem e influenciam no acesso a um atendimento obstétrico de qualidade.

O objetivo geral deste trabalho é analisar como as questões raciais interferem na incidência da violência obstétrica. Já nos objetivos específicos pretende-se conceituar o termo violência obstétrica, sua origem e formas de incidência, investigar o acesso das mulheres negras aos serviços de saúde públicos, em especial os de especialidade obstétrica, a partir dos dados oficiais emitidos pelos órgãos competentes, analisar a violência obstétrica de viés racial como parte do racismo estrutural e violação aos direitos humanos, apresentar dados apresentados em pesquisas oficiais que demonstram a disparidade entre o número de ocorrência de casos de violência obstétrica entre mulheres brancas e negras.

O trabalho subdivide-se em Introdução, dois capítulos principais e Conclusão. No primeiro capítulo, no primeiro capítulo, serão abordados os conceitos da violência obstétrica, suas formas de incidência e os atos que a caracterizam, bem como a abordagem de alguns dispositivos de lei que auxiliaram na melhor compreensão do tema.

Por sua vez, capítulo seguinte, pretende-se utilizar Técnicas de Pesquisa, ou seja, pesquisas bibliográfica, documental e legislativa, artigos de revista e internet, analisando também dados oficiais emitidos pelos órgãos e entidades governamentais, bem como análise do tema sob a ótica dos Direitos humanos.

Ademais, todas as análises realizadas pretendem contribuir para uma reflexão acerca do entendimento que se tem sobre o tema “violência obstétrica”, para que os agentes envolvidos sejam médicos, enfermeiros ou outros, possam, ao invés de serem agente do ato violento, promover atos de cidadania e dignidade, proporcionam às mulheres que passam pela experiência do parto uma experiência digna e humanizada.

2 O RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Para melhor compreensão do assunto abordado, iniciaremos traçando a história da obstetrícia. Odent (2002, p. 11) afirmou que “A história da obstetrícia é fundamentalmente a história da exclusão gradativa as mães de seu papel central do nascimento”. A busca do controle dos corpos e da sexualidade feminina e a supervalorização da medicina, que geralmente é exercida por homens, afastaram o parto como prática das mulheres, com mulheres e para mulheres.

Os preparativos e cuidados eram realizados pelas parteiras ou aparadeiras. A partir do século XVI, na França é que se dá o início à transição do parto natural para o parto medicalizado.

No século XVI, na França, no Hôtel-Dieu iniciam-se aulas para parteiras e inaugurasse uma cooperação entre médicos e parteiras, com a observação de partos. A França provê material para uma abordagem técnico-científica da parturição, ao privilegiar a observação em detrimento da intervenção, neste período. A conceituação do corpo como máquina, no século XVII, reforça esta tendência e possibilita uma abordagem racional-científica do nascimento. [...] Com a concepção racionalista e a consequente disciplinarização do parto obscurece-se a fronteira entre normal e anormal e o parto é compreendido como um processo mecânico contínuo sobre o qual pode-se interferir, ‘melhorando’ seu funcionamento. Esta reformulação da base ideológica das parteiras é, segundo Arney, mais importante do que a invenção do fórceps, para a entrada dos homens na prática dos partos (CHAZAN, 2015, p.4).

No Brasil o início da transição ocorreu mais tarde, já no século XVII, com a criação das primeiras escolas de medicina no Rio de Janeiro e na Bahia. O monopólio da obstetrícia na realização dos partos se dá a partir do ano de 1840, antes mesmo do domínio das técnicas de uso de fórceps e da cesariana.

Para Chazan (2015, p.5) o fator preponderante para a entrada de homens no campo obstétrico foi à lucratividade.

Diversos fatores contribuíram para a entrada gradual e maciça dos homens no mercado de partos. O primeiro deles era o fato de ser uma atividade altamente lucrativa para os homens, que gastavam menos tempo com as parturientes do que as parteiras – em parte graças ao uso de instrumentos, como o fórceps. Parteiros ingleses no século XVIII como, p. ex., William Smellie e William Hunter adquiriram posições de reputação e prestígio social com a prática privada de partos à medida que as mulheres de classes sociais mais abastadas passaram a optar pelo parto em hospital assistidas por estes profissionais.

As grandes adesões da burguesia à prática e possibilidade redução de morte de mães e crianças contribuíram para o crescimento e propagação da ciência obstétrica.

Odent⁴ (2002) se apresenta como um grande crítico dessas práticas, para ele, as tecnologias e intervenções representavam um desrespeito a mulher, uma vez que ignora ou dificulta as necessidades e prejudica sua anatomia “todo o conjunto de procedimentos obstétricos reflete similarmente na degradação do papel da mulher no parto” (p.12). Para ele, o parto estava longe de ser uma prática médica, estava voltada mais ao exercício da vida emocional e sexual da mulher,

A mulher e o parto passam a se submeter ao desenvolvimento da medicina obstétrica e ao uso de suas tecnologias

A ampla participação da mulher no cenário social resultou numa releitura da importância de seu papel na sociedade, que por sua vez, resultou no enfoque das questões que envolvem a violência mulher, à qual, violência obstétrica é espécie.

O surgimento do capitalismo, no século XIX, inseriu a mulher o mercado de trabalho, levando-as então a uma maior visibilidade na esfera pública, acabando por fortalecer os movimentos feministas, conforme leciona Gregori (1993, p. 15)

O questionamento da posição em que assumiam perante a sociedade, levou a intensificação do referido movimento, fazendo com que surgisse uma necessidade de se analisar o fenômeno da opressão e dominação masculina sob a mulher que, muitas vezes, chegava ao limiar da violência. Neste contexto, inserindo, dentre as várias maneiras de violência contra a mulher, a violência obstétrica destaca-se como espécie.

O trabalho dos movimentos feministas disseminou a luta contra a violência contra a mulher, trazendo à luz a problemática da violência obstétrica. A prática da violência contra a mulher é um fato social historicamente reconhecido, ocorrendo de várias formas, incluindo a violência obstétrica.

O reconhecimento da violência obstétrica como ato violento, reside no fato de que no decorrer do tempo, o parto deixou de ser um evento natural e passou a ser um evento institucionalizado, realizados em sua maioria em hospitais, onde o médico passa a ser a figura principal em detrimento da gestante.

⁴ Michel Odent, antes de ir trabalhar em Pithiviers, trabalhou na África onde teve a oportunidade “de assistir a atendimentos aos partos dos povos primitivos. Notara a atenção, intimidade e carinho das mais simples atendentes e o bom transcurso do parto daquelas mulheres desprovidas de qualquer proteção. Ao chegar em Pithiviers, [...] começa a por em prática os ensinamentos que aprendera com aqueles povos” (Prefácio da Edição brasileira – Michel Odent – 2002).

Do ano de 2000 até 2010, 98,4% dos nascidos no Brasil, nasceram em ambiente hospitalar, e 80,9% realizaram o pré-natal (VICTORA et al., p.36). Esses dados não implicam necessariamente num melhor atendimento, ou mesmo em maior segurança no nascimento, mas sim expõem a gestante a uma gama de intervenções, muitas vezes desnecessárias, aplicadas indiscriminadamente, sem indicação clínica ou sem que haja conhecida prévio por parte da gestante.

O aumento de casos da violência cresceu proporcionalmente ao número de partos institucionalizados. Sofrer algum tipo de violência obstétrica fez parte da vivência de 25% das parturientes no Brasil⁵, que passa desde a recusa de atendimento, realização de procedimentos clinicamente desnecessários, ou até mesmo agressões verbais e físicas

A violência obstétrica, embora seja espécie de violência contra a mulher, é considerada também uma violação aos Direitos Humanos. A institucionalização dos atos violentos é reproduzida cotidianamente, e de tão praticados muitas vezes nem são reconhecidos como violência, fazendo com que seja necessário difundir o conceito desta violência e suas respectivas formas de incidência, a fim de promover ações de prevenção e combate.

2.1 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

Falar de violência obstétrica é falar de violência institucional e também do uso arbitrário da autoridade e do conhecimento que alguns profissionais de saúde utilizam como forma de exercer o controle sobre os corpos e a sexualidade das mulheres que atendem.

A violência institucional, no campo obstétrico, se reflete desde a negligência no atendimento, violência verbal, tratamento grosseiro e vexatório bem como o uso de procedimentos e medicalização sem indicação clínica, em alguns casos até mesmo violência sexual.

Em concordância, Juarez *et al* (2012, p.20), afirma que a violência obstétrica pode ser entendida como qualquer ato exercido por profissionais da saúde, que se refere ao corpo da mulher e aos seus processos reprodutivos, e que se manifestem através de

⁵ Dados apresentados no estudo “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, realizado pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC), em 2010.

atendimento desumanizado, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos⁶.

AGUIAR (2010, p. 25) em seu trabalho, demonstra que a situação se torna mais grave nas instituições públicas de saúde, onde o uso de procedimentos desnecessários se reflete numa série de intervenções. O grande vulto de atendimento nas maternidades públicas faz com que os profissionais dessas instituições não respeitem a fisiologia natural do parto, assim esses profissionais ministram indiscriminadamente, medicamentos para acelerar o trabalho de parto e assim conseguem atender o maior número de gestantes, num curto espaço de tempo.

Há também os casos de outras intervenções sem necessidade reconhecida na literatura médica, como o rompimento artificial de membranas, a episiotomia⁷, o uso de fórceps⁸ e a realização de cesarianas sem indicação clínica.

O uso inadequado dessas intervenções não ocorre sem deixar sequelas. Diniz e Chacham (2006, p.83), apontam que o uso de fórceps, aumenta o risco de lesão perineal, que está associada à incontinência anal e urinária, disfunção sexual, pós-parto doloroso, refletindo inclusive na dificuldade de estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê. Ainda, apontam que a episiotomia levar a complicações pós-parto, infecções e deformidades que poderão demandar correção cirúrgica.

Não obstante, a prática da episiotomia tem uma face machista e cruel. É comum que após a episiotomia, o médico realize o chamado “ponto do marido”, que é a sutura do corte além do necessário com o intuito de apertar a entrada da vagina para a garantia do prazer sexual do parceiro da mulher.

As questões de raça são apontadas como um fator importante, na verificação de qual prática que caracteriza a violência obstétrica, a mulher será submetida. Diniz e Chacham (2006, p.87), apontam que enquanto as mulheres brancas são a maioria nos casos de cesarianas e uso excessivo de analgesia, as mulheres negras pobres, predominam no número de partos vaginais, onde há a prática da episiotomia.

No que tange, aos serviços nas maternidades públicas, há uma prevalência de

⁶ *Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929;*

⁷ Corte do períneo para facilitar o parto aumentando a área de saída. É indicada em casos de retardamento, parada da decida, para uso de fórceps ou vácuo extrator. Seu uso profilático é discutível. (LAMBROU, 2001)

⁸ Instrumento utilizado para apreensão, tração e, ocasionalmente, rotação do pólo cefálico fetal e correção de assinclitismos. Os modelos variam de forma e tamanho, mas são basicamente constituídos de dois ramos que se articulam após serem introduzidos sequencialmente na vagina, de acordo com a posição do pólo cefálico. Cada ramo constitui-se de colher, cabo, haste e articulação e tem duas curvaturas, a cefálica que abriga a cabeça fetal e a pélvica que se relaciona com o canal de parto (BRASIL, 2001)

partos naturais, pois há um controle institucional no número de realização de cesarianas, dada a implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento⁹.

Ademais, é possível perceber que a violência obstétrica enquanto violência institucional se apresenta de uma forma muito consistente nas instituições de saúde, e assume várias formas de manifestação. Assim, para o aprofundamento desta análise, contamos com a contribuição de Chauí (1985, p. 35), que pondera sobre o conceito de violência sob dois pontos de vista:

Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência.

Sob este prisma, podemos pressupor como a violência obstétrica pode ser considerada uma manifestação de uma relação de poder, uma vez que a inferiorização da mulher, por questões de gênero, classe e raça, mas também pelo exercício de uma autoridade que se dá em virtude da detenção do conhecimento. O profissional, enquanto agente da violência, se coloca como o possuidor do conhecimento, e se julga apto a tomar qualquer decisão, sobre o corpo da mulher sem considerar a sua subjetividade.

Uma vez reduzida à condição de “coisa”, a paciente sofre manipulações e intervenções em seu corpo, muitas vezes sem consentimento quem dirá informação sobre os procedimentos aos quais está sendo submetida. O resultado é a sujeição a sofrimentos desnecessários

Ademais, Chauí (1985, p.35) define como transformação de uma diferença, a mulher pobre de baixa instrução, a desigualdade que é tomada por critérios valorativos, como superior e inferior, que visa unicamente dominar, explorar e oprimir o sujeito que é tido por objeto das ações do outro, e não mais sujeito de seus atos e decisões.

Subjacente a este contexto está à reprodução histórica de uma ideologia que naturaliza a inferioridade física e moral da mulher, bem como a da sua condição de reprodutora como determinante do seu papel na sociedade, viabilizando que seu corpo e sexualidade sejam objetos de domínio e controle da ciência médica.

⁹ O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, e baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto.

Assim, consolidava-se o status profissional de uma nova especialidade médica: a ginecologia, responsável por normalizar padrões de comportamento sexual. Esses padrões, entretanto, aplicavam-se de forma mais efetiva às mulheres, já que os homens não eram definidos pela genitália e, embora tivessem mais desejo sexual, poderiam controlá-lo, e seu excesso não necessariamente estaria associado à doença. (COSTA et al, 2006, p. 368)

Contudo, o controle da sexualidade da mulher permanece, não é difícil encontrar literaturas (HOTIMSKY, 2002; CHIAROTTI et al, 2003; CLADEM & CRLP, 1998; NOGUEIRA, 1994 JEWKES et al, 1998) que relatam a censura que os profissionais da saúde fazem acerca do exercício da sexualidade de suas pacientes, sendo frequentes as agressões verbais culpabilizando a paciente atribuindo a dor do parto a um castigo pela prática sexual que deu origem a gravidez. É comum encontrar nos trabalhos supracitados, relatos de mulheres que ouviram durante o trabalho de parto: “Na hora de fazer não gritou, agora aguenta!”

Para Chiarotti et al (2003, p.27), essa conduta profissional, reflete o preconceito intrínseco e naturalizado na sociedade acerca do exercício da sexualidade da mulher, que deveria acontecer apenas para a procriação.

Isso revela uma série de preconceitos fortemente arraigados e naturalizados em nossa sociedade para a qual o pessoal de saúde não escapa. Preconceitos que vêm de certas concepções e representações culturais sobre a sexualidade das mulheres. “É assim que as frases sociais circulam no imaginário social, como “sexo é para procriação”, a mulher é uma mãe em primeiro lugar”, ou a frase bíblica: você dará à luz com dor. Suportar e suportar a dor é o custo que uma mulher deve pagar pelo prazer. Isso nos abre a possibilidade de pensar que, por um lado, a mulher é colocada em primeiro lugar mãe, então ela deve carregar, com todo o corpo, a dor física do parto sem reclamar (abnegação, sacrifício, etc.) e, por outro, que o prazer sexual preenche algo objeccionável para as mulheres e não adequado ao status de mulher-mãe. Isto é, o sexo é apenas para procriar¹⁰. (Tradução Nossa)

Por fim, é de grande importância a definição de violência dada por Chauí. Contudo, a autora não discute este conceito no âmbito da violência obstétrica de viés racial, ao qual nos propomos a abordar.

Logo, faz-se necessário aprofundar nosso referencial teórico a fim de

¹⁰ *Se develan aquí una serie de prejuicios fuertemente arraigados y naturalizados em nuestra sociedad a los que el personal de salud no escapa. Prejuicios que provienen de ciertas concepciones y representaciones culturales acerca de la sexualidad de la mujer. Así circulan en el imaginario social, frases tales como "el sexo es para procrear", "la mujer es madre ante todo", o la frase bíblica "parirás con dolor". Parecería que el aguantar y soportar el dolor es el costo que debe pagar la mujer por el placer. Esto nos abre la posibilidad de pensar en que, por un lado, se ubicada a la mujer ante todo como madre, por lo que debería cargar, con todo su cuerpo, el dolor físico del parto sin quejarse (abnegación, sacrificio, etc.) y, por otro, que el placer sexual seda algo censurable para las mujeres y no propio de la condición de mujer-madre. Es decir, el sexo es sólo para procrear.*

possibilitar o esclarecimento do conceito para a nossa análise. Para isso precisamos subir alguns degraus, o da definição dos atos característicos da violência obstétrica, como as questões de raça atuam na ocorrência dos atos de violência e a análise da violência obstétrica sob o prisma dos direitos humanos.

2.2 ATOS E PROCEDIMENTOS CARACTERIZADOS COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

É bastante complexo, principalmente no que se refere ao uso de medicamentos e intervenções, definir o que é e o que não é violência obstétrica, necessitando de um referencial teórico bastante consistente para tecer quaisquer considerações.

A Fundação Perseu Abramo, no ano de 2010, realizou uma pesquisa sobre as mulheres brasileira e gênero nos espaços públicos e privados, em parceria com o SESC, onde se constatou que 25% das mulheres que participaram da pesquisa, sofreram algum tipo de violência durante a gestação, parto ou pós-parto.

Alguns atos eram tão comumente praticados, que não foram reconhecidos como violência para algumas mulheres.

Entretanto, na data da realização da pesquisa, o aporte teórico e legislativo e a própria definição dos atos que caracterizavam a violência obstétrica eram bastante escassos.

No ano de 2012, a Rede Parto do Princípio, elaborou um dossiê para a abertura da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito – CPMI da Violência contra as Mulheres, apresentada no Congresso Nacional, conforme o Requerimento de nº 04/11, que elencava os principais elementos caracterizadores da violência obstétrica, e a definia como os atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, cometidos por profissionais da saúde, servidores públicos e demais profissionais de instituições privadas, bem como civis. Esse mesmo dossiê classificava os atos característicos da violência obstétrica em atos de caráter físico, psicológico, sexual, material, institucional e midiático.

2.2.1 Atos de caráter físico

São ações que interferem no corpo da mulher, resultando em algum dano físico, quer seja de grau leve ou grave, sem que haja expressa recomendação ou

embasamento científico. Como por exemplos os jejuns prolongados, restrição dos movimentos da mulher, tricotomia¹¹, manobra de Kristeller¹², analgesia indiscriminada, cesariana eletiva e por conveniência sem que haja necessidade clínica, uso de hormônio para a aceleração do parto, dentre outros.

2.2.2 Atos de caráter psicológico

Ações expressas em palavras ou tratamentos que visam inferiorizar a parturiente, aumentando o sentimento de vulnerabilidade, humilhação abandono ou instabilidade, evidenciando a fragilidade emocional da futura mãe, fazendo com que a experiência do parto se torne algo traumático, a exemplo das ameaças, comentários vexatórios e degradantes, grosserias, ofensas, informações distorcidas e etc.

2.2.3 Atos de caráter sexual

Qualquer ato que viole a intimidade ou o pudor da mulher, incidindo sobre a integridade sexual e reprodutiva, mesmo que não haja acesso aos órgãos sexuais ou regiões íntimas da parturiente. Como por exemplo, a episiotomia, assédio, exames invasivos realizados de forma constante e invasiva, lavagem intestinal, a realização de cesariana sem consentimento ou informação, métodos que visam à aceleração do parto e a restrição de escolha de uma posição mais confortável durante o trabalho de parto.

2.2.4 Atos de caráter institucional

Todo ato que retarde ou impeça a parturiente de acessar informações relativas aos seus direitos, quer sejam em instituições públicas ou privadas. Como a violação ou omissão de acesso aos direitos da mulher durante o período gestacional, parto e puerpério, fiscalização ineficiente por parte das agências reguladoras, bem como os demais órgãos competentes, assim como, procedimentos que contrariem as normas

¹¹ Tricotomia é a retirada dos pêlos antes de uma cirurgia através de uma lâmina cirúrgica ou de barbear.

¹² A compressão abdominal pelas mãos que envolvem o fundo do útero constitui a manobra de Kristeller. "Este recurso foi abandonado pelas graves consequências que lhe são inerentes (trauma das vísceras abdominais, do útero, descolamento da placenta)." (Obstetrícia Normal, manual de BRIQUET) (DELASCIO; GUARIENTO)(1970, p.329)

vigentes

2.2.5 Atos de caráter material

Toda conduta que objetive a obtenção de lucro, onerando desnecessariamente a mulher, em qualquer estágio do processo reprodutivo, violando seus direitos assegurados em lei, a exemplo da cobrança indevida por parte dos planos e profissionais de saúde, ou a indução da contratação de um serviço ou pagamento de um valor, sob o argumento de o único meio de assegurar a efetivação de um direito (taxa de cobrança de acompanhantes).

2.2.6 Atos de caráter midiático

Ações praticadas por profissionais, utilizando-se de meios de comunicações, no intuito de violar a percepção de mulheres em processo reprodutivo, assim como, macularem seus direitos mediante imagens, mensagens ou outros signos de visibilidade pública, em referência às práticas de procedimentos e práticas contraindicadas cientificamente, com fins econômicos, sociais ou de dominação.

Como por exemplo, apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, ridicularização do parto normal, *merchandising* de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce.

A ocorrência de tais atos de violência evoca o principal ponto característico da violência obstétrica, qual seja, o ato violento praticado por um profissional de saúde, contra uma mulher em estado gestacional, parturição ou situação de aborto.

2.3 RESTRIÇÃO A ACOMPANHANTE

A fim de assegurar o bem-estar da parturiente e em acordo com as diretrizes da Medicina Baseada em Evidências e da Humanização, a Lei N° 11.108, de 07 de abril de 2005, denominada de Lei do Acompanhante, trouxe apontamentos importantes para a evolução do atendimento e assistência aos partos realizados no Sistema Único de Saúde — 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.

Em cumprimento ao §2º, o Ministério da Saúde, em dezembro do mesmo no, editou a portaria de N° 2.418, para regulamentar a lei e estabelecendo para que as instituições de atendimento à gestante pudessem se adaptar a norma.

A portaria também previa a autorização de cobrança das despesas do acompanhante, pelo período de 10 (dez) dias, nos casos em que houvesse intercorrências no pós-parto, a cobrança de tais despesas, deveria estar de acordo com a tabela do SUS.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ¹³ recomenda que a parturiente tenha um acompanhante durante o trabalho de parto, a fim de que se assegure a gestante o apoio emocional e a segurança necessária ao bom andamento do processo de nascimento.

O Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio (p.64), aponta a importância e os benefícios do acompanhamento da gestante durante o trabalho de parto:

As pesquisas apontam que presença de um acompanhante no parto apresentou diversos benefícios para mãe e para o bebê e desde 1985 a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem recomendado que a mulher tenha um acompanhante no parto. Dos benefícios proporcionados apenas pela presença de um acompanhante: 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 Apagar 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. 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

Ante aos benefícios supracitados, não haveria justificativas que pudessem obstar o acesso do acompanhante escolhido pela mulher.

A ANVISA, em Reunião de Diretoria Colegiada - RDC N° 38/2008, normatizou o

¹³ "O bem-estar da nova mãe deve ser assegurado através do livre acesso, de um membro da família, de sua escolha, ao parto, nascimento e durante o período puerperal. Além disso, a equipe de saúde deve proporcionar-lhe apoio emocional" World Health Organization, 1985, p. 437.

controle de infecção hospitalar, devendo ser observadas por todos os profissionais de saúde, que tenham acesso aos blocos cirúrgicos, aplicando-se também aos acompanhantes, devendo estes adotar as práticas regulares de paramentação (vestes higienizadas, touca, máscara), devendo manter movimentação restrita à sala de parto.

Assim, resta afastada qualquer possibilidade de justificativa, quanto à negativa de acompanhamento durante a realização do parto e mesmo no pós-parto.

2.4 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM SITUAÇÕES DE ABORTAMENTO

Fatores relacionados às questões legais, culturais e religiosas, fazem com que o abortamento seja uma das principais causas de mortalidade materna registradas no Brasil¹⁴.

No ano de 2002, de todas as mortes maternas registradas, 11,4% estão relacionadas às complicações no aborto. "A curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde, superada apenas pelos partos normais." (BRASIL, 2005, p.28).

As mulheres em situação de abortamento espontâneo ou provocado que dão entrada em serviços de saúde, de atendimento obstétrico e pronto socorro frequentemente encontram dificuldades para conseguir atendimento adequado e humanizado.

Na pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo e SESC¹⁵, em 2010, foi constatado que 25% das mulheres entrevistadas tiveram gestação interrompida, destas, 22% declaram terem sofrido aborto natural 45% admitiram interromper voluntariamente a gestação. 53% das mulheres que declararam ter provocado aborto e procuraram assistência à saúde sofreram algum tipo de Violência no atendimento.

Algumas foram tratadas como criminosas, recebendo tratamento hostil por parte dos profissionais. Havendo inclusive, relatos de mulheres que foram forçadas por enfermeiras a ver os restos mortais de seus fetos, a fim de lhe causarem remorso.

Segundo a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do

¹⁴ Dados apresentados pelo Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. 3ª ed. Brasília (DF); 2007

¹⁵ Disponível em <<http://www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em 15 de fevereiro de 2019.

Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p.20), o profissional de saúde, no atendimento à mulher em abortamento, não deve fazer objeção de consciência no atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência, devendo informar à mulher sobre suas condições e direitos e, em caso que caiba a objeção de consciência, garantir a atenção ao abortamento por outro profissional da instituição ou de outro serviço.

Em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade e autonomia

3 A DOR TEM COR: A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, AS MULHERES NEGRAS E OS DIREITOS HUMANOS

Não há unanimidade quando se fala na experiência do parto, para umas é um momento especial de alegria e emoção, para outras um momento doloroso e traumático. E um dos fatores que podem influenciar nesse momento é questão da raça.

O que determina as diferenças entre a maternidade negra e a maternidade branca é o racismo. Algumas situações de abuso e de violência são mais perceptíveis entre as mulheres negras do que entre as mulheres brancas.

Morais (2015, p.2), traz em suas contribuições, uma reflexão sobre os desafios da maternidade da mulher negra;

O desafio da maternidade negra que começa desde a gestação e passa pelo aborto com um tema central: o racismo. Desde o institucional, que nega o acesso a serviços de saúde, expõe a mulher negra a diversos tipos de violência obstétrica e não garante informações como aleitamento materno. A redução da morte materna ainda é um desafio que não foi superado no país e as estatísticas mostram que as mulheres negras são maioria em óbitos. O Relatório Socioeconômico da Mulher Ano2014, elaborado pelo Governo Federal, comprovou que a população negra é a que mais morre por causas obstétricas.

Em reportagem ao site da Câmara dos deputados, o repórter Luiz Cláudio Canuto¹⁶, apresenta dados alarmantes acerca da maternidade entre as mulheres negras no Brasil:

Segundo dados da Secretaria de Políticas Públicas para Mulheres, há 62 mortes maternas por 100 mil partos no Brasil. A maior causa de mortalidade materna no Brasil é a hipertensão, responsável por 20% das mortes, depois vêm casos de hemorragia, com 12%, infecção puerperal com 7% e aborto que provoca 5% das mortes. Mas o número de mortes maternas provocadas por intercorrências vem diminuindo entre as mulheres brancas e aumentando entre as negras. De 2000 pra 2012 as mortes por hemorragia entre mulheres brancas caíram de 141 casos por 100 mil partos para 93 casos. Entre mulheres negras aumentou de 190 para 202. Por aborto, a morte de mulheres brancas caiu de 39 para 15 por 100 mil partos. Entre negras, aumentou de 34 pra 51. Segundo a representante da Secretaria de Políticas Para as Mulheres, Rurany Ester, os dados refletem o

¹⁶Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/RADIOAGENCIA/489786-MORTALIDADE-MATERNA-ENTRE-NEGRAS-AUMENTOU-NO-BRASIL.html>. Acesso em 23 de fevereiro de 2019.

aumento da investigação das mortes de mulheres em idade fértil, que aumentou nos últimos anos. Por exemplo: 2010 registou 1.719 mortes em partos, dos quais 74% das mortes tiveram suas causas investigadas. Em 2013 foram 1438 mortes e 83% delas teve a causa apurada. Segundo a coordenadora-geral da Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, Maria Esther de Albuquerque Vilela, além dos fatores clínicos, socioeconômicos, outro motivo é o racismo institucional.

A mesma reportagem denuncia o chamado Racismo Institucional, que levam a alguns profissionais a assumirem o discurso de que a mulher negra é mais resistente a dor, não ministrando a mesma quantidade de medicação, como é feito com as mulheres brancas. Ademais, as mulheres negras são menos tocadas, são negligenciadas, o que implica diretamente no número de mortes maternas dentre as mulheres negras.

A então Coordenadora Geral da Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, Maria Esther Albuquerque, afirmou na ocasião da reportagem que 92% das mortes são evitáveis, uma vez que são provocadas pela demora de atendimento. Conforme acontecem as intercorrências no parto, há uma omissão dos profissionais com relação ao atendimento às mulheres negras, conforme afirma na reportagem a Representante da ONG Criola, Jurema Werneck:

As intercorrências vão aparecendo e os profissionais que a acompanham não fazem toda a técnica que era necessária. Só isso que justifica. Porque se você consegue a branca na mesma condição e ela acaba indo pro parto com desfecho melhor com os mesmos profissionais, no mesmo sistema de saúde, isso significa que a negligência é motivada por alguma razão. O racismo é de fato essa névoa que faz com que ele acabe sendo negligente, não toque na mulher, não examine o quanto deve, é o racismo. Porque não é possível que o sistema inteiro seja feito só de mau caráteres, não é mesmo?"

O racismo institucional e as práticas sexistas compõem um ideário complexo que ganhou espaço nas instituições de saúde. As relações de poder que se estabelecem entre médico e gestante, que são balizadas no conhecimento médico, desconsidera e desrespeita a mulher negra, negando a elas a condição de sujeito de direito.

A violência obstétrica é uma violência institucional que tem como vítima a mulher, mas não é possível dizer que mulheres brancas e negras sofrem esse tipo de violência na mesma proporção.

3.1 O RACISMO INSTITUCIONAL, O VIÉS RACIAL IMPLÍCITO E O GATILHO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A sociedade brasileira demarca historicamente espaços sociais, que não se traduzem apenas nas relações socioeconômicas, mas se reflete também na aparência e na cor da pele do outro.

Essa demarcação de espaço é cruel com a população negra, que implica diretamente no acesso aos serviços básicos à subsistência oferecidos pelo Estado.

Portanto, é preciso considerar alguns aspectos nas relações sociais no Brasil, que são permeadas pelo chamado viés racial implícito. Segundo CRUZ (2016), o viés racial implícito se refere a um atalho mental, que faz com que tenhamos reações e ações automáticas (conscientes ou não) baseadas em características fenotípicas.

Logo, o viés racial implícito pode ser entendido a partir de uma construção histórica que por sua vez legitimou a escravidão negra no Brasil.

Isso resultou em outras práticas que tem como base um contexto articulado em ações políticas, sociais, econômicas e culturais, que inferiorizam a pessoa negra, estigmatizando-a como sem inteligência, um humano inferior e sem capacidade de articulação política, o que por sua vez o destitui de sua cidadania.

Esse emaranhado de teias ideológicas que inferiorizam e coisificam a pessoa negra, que é legado da escravidão, ajudam por naturalizar a subalternização do negro.

Assim, essa construção ideológica é base para o viés racial implícito, que se manifesta em diversas áreas da vida social, principalmente no acesso aos serviços institucionais.

Nesse diapasão, temos as contribuições López (2012), versam sobre como o viés racial implícito atuam na desigualdade de acesso de serviços institucionais:

O viés racial implícito pode ser entendido através de práticas sugestivas de discriminação e preconceito, resultante de estereótipos relativos à

pessoa negra. Este seria o pavimento pelo qual o racismo institucional caminha, possibilitando desigualdades no acesso aos serviços institucionais. Ressalta-se que o racismo institucional atua de forma sutil, resultando em desigualdades não só na prestação de serviços, mas também na possibilidade de distribuição de benefícios e oportunidades aos variados grupos a partir do caráter racial.

Kalckmann et al (2007, p.146), em seu trabalho, relata frases e afirmações que mulheres negras ouviram durante o trabalho de parto, tratavam de expressões como: “Negra é como coelho, só dá cria.” “No parto do meu filho não me deram anestesia.” “O médico nem examinou a gestante negra. A partir dessas afirmações se percebe como a violência obstétrica está atrelada ao racismo institucional.

Conforme já afirmamos, há uma tendência maior desse grupo de vivenciar situações de violência, mesmo num momento tão cheio de significados como a gravidez.

O documento da OMS, que trata da Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde (2014, p.1), em seu preâmbulo afirma que “Toda mulher tem direito já o melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso”. O referido documento reconhece a incidência de violência e abuso cometido contra as mulheres nas instituições de saúde no momento do parto.

Reconhece também, que a prática viola os direitos humanos das mulheres, ferindo o seu direito a vida, à saúde, à integridade física e a não discriminação.

Ante esse quadro, a OMS tem como objetivo chamar a atenção dos entes envolvidos, para um diálogo que promova uma maior mobilização e atenção, a fim de oferecer um tratamento digno as gestante, visto que:

[...] um crescente volume de pesquisas sobre as experiências das mulheres durante a gravidez, e em particular no parto, descreve um quadro perturbador. No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e suas equipes de saúde, e pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica. (OMS, 2014, p. 1)

A partir destas proposições, é que faz sentido pensar no combate à violência

obstétrica relacionando essa luta ao entendimento do que é o viés racial implícito.

O conceito de viés racial implícito foi amplamente discutido em estudos estrangeiros, destacamos o de James (2017, p.4), que relata que no ano de 2003 vários estudos documentados, constatavam a população afro-americana recebia atendimento de saúde inferior que a população branca.

Os médicos são mais propensos a prescrever analgésicos para pacientes brancos do que para pacientes negros. Em uma pesquisa de opinião recente, uma estudante de medicina branca discutiu como o “currículo silencioso” ensinou-a a tratar pacientes de forma diferente com base em sua raça. Sobre a questão da gestão da dor, ela escreveu: “Quando cheguei ao hospital [...] Aprendi que, entre dois pacientes com dor aguardando em uma sala de exames do departamento de emergência, o branco é mais provável que obtenha medicamentos e o preto é mais provável que seja dispensado com uma nota documentando narcóticos.”¹⁷ (tradução nossa)

O trabalho de James (2017) permite-nos refletir sobre a realidade brasileira, no que se refere ao racismo, principalmente por conta do James chama de democracia racial. Cruz e Faria (2017, p.1), ao pesquisarem os fatores que levam à morte materna, constataram que o número de óbitos incide mais sobre mulheres negras (grupo vulnerável) do que em mulheres brancas (grupo hegemônico), e falam sobre algo muito semelhante ao que James, lecionava em seu trabalho:

No contexto do sexismo institucional, a população de mulheres não recebe a devida atenção pela área de saúde fora do período perinatal e, com a sobreposição da ideologia opressiva que é o racismo institucional, as mulheres negras, no caso, têm o risco de nem na fase de idade reprodutiva receber o cuidado de saúde conforme preconiza a base de evidência científica

A partir destas proposições as autoras fazem a sugestão de uma promoção do cuidado de saúde pautado na pessoa, sem interferência de raça ou gênero, com o único objetivo de desconstruir o racismo institucional, entendendo este como:

¹⁷ *Racial healthcare disparities in how physicians manage pain are well documented. Physicians are more likely to prescribe analgesics for White patients than for Black patients. In a recent opinion piece, a White medical student discussed how the “silent curriculum” taught her to treat patients differently based on their race. On the question of pain management, she wrote: “When I arrived in the hospital... I learned that among two patients in pain waiting in an emergency department examination room, the white one is more likely to get medications and the black one is more likely to be discharged with a note documenting narcotic-seeking behavior...”*

Fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas devido à sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações. (PCRI, 2006, p. 26).

No intuito de identificar os fatores que estão relacionados à avaliação das mulheres, no que tange à relação profissional/paciente, e a forma com que esses fatores interferem na no atendimento do parto, a pesquisa que tem por título “Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: Estudo nacional de base hospitalar” (D’ORSI et AL, 2014) apontou que a raça das entrevistadas foi associada a uma pior avaliação do atendimento obstétrico, maior tempo de espera no atendimento e menor privacidade durante a realização dos exames.

Quanto ao trabalho de parto, o estudo aponta maior desrespeito e maiores relatos de violência. Cruz (2004, p. 450), afirma que “a persistência de uma estrutura de discriminação pode ser decorrente, entre outras razões, do desconhecimento existente a respeito da demanda da mulher negra sobre suas condições de vida e saúde.”

Assim, antes ao exposto, é possível que os efeitos dos estigmas construídos em volta da imagem da população negra no Brasil, se reflete nos serviços de saúde. Associar crime, doença e violência, beleza, prostituição ao corpo feminino negro, influencia os serviços e os atendimentos de saúde, inclusive no momento do parto (SILVA E FONSECA 2012).

As reflexões sobre a violência obstétrica de viés racial são necessárias à problematização das hierarquias nos serviços de maternidades, com intuito de garantir o direito à assistência digna para as mulheres negras que buscam estes serviços.

3.2 O ATENDIMENTO À MULHER NEGRA NAS REDES PÚBLICAS DE SAÚDE

Os estudos que analisaremos abaixo demonstram como a desigualdade no

acesso à saúde é um problema que compromete a qualidade de vida em países como o Brasil, onde os problemas de classe e de gênero se agravam quando são observados sob o ponto de vista da raça.

Obviamente, essa desigualdade de acesso é um grande problema no Brasil, e ajudam por reforçar os problemas de fundo racial, gerando graves consequências na integração destes sujeitos na sociedade.

De acordo com Leal, Gama e Cunha (2005, p. 100), as desigualdades sociais e as condições de saúde da população continuam sendo um grande problema de saúde pública em diversos aspectos que vão desde as diferenças biológicas, disparidades sociais e discriminação étnica, partindo para problemas metodológicos das questões raciais, como por exemplo, o acesso à informação, educação, emprego, moradia, bens materiais, serviços de saúde e inclusive a percepção do racismo. A literatura é enfática em fornecer elementos hábeis para estabelecer o papel dos fatores socioeconômicos na construção das desigualdades raciais e sociais no acesso à saúde.

As autoras supracitadas realizaram uma pesquisa sobre desigualdades raciais, sociodemográficas na assistência ao pré-natal e ao parto no período de 1999 a 2001. A referida pesquisa observou que há uma situação completamente desfavorável às mulheres negras, em relação às mulheres brancas. Por semelhante, observou-se como essa desvantagem se estende ao acesso aos serviços de saúde. Verificou-se também, que na medida em que se verifica o escurecimento da pele, pioram os indicadores socioeconômicos desta população.

Observou-se persistente situação desfavorável das mulheres de pele preta e parda em relação às brancas. Nas mulheres pretas e pardas são maiores as proporções de puérperas adolescentes, com baixa escolaridade, sem trabalho remunerado e vivendo sem companheiro. Sofrer agressão física, fumar, tentar interromper a gravidez e peregrinar em busca de atenção médica foram mais frequentes nas negras seguidas das pardas e das brancas com baixa escolaridade. O grupo de elevado nível de escolaridade tem melhores indicadores, mas repete o mesmo padrão. Esse gradiente se mantém, em sentido inverso, quanto à satisfação com a assistência prestada no pré-natal e no parto. Constatase a existência de duas formas de discriminação, por nível educacional e cor da pele.

Nesse prisma, Kalckmann *et al* (2007, p. 146), observaram que as implicações dos fatores socioeconômicos, na relação entre negros e a saúde, tem como ponto

preponderante a grande desigualdade racial e a restrição no acesso aos recursos de grande valor social. Ciconello (2016, p.3), assinala acerca das desigualdades sociais:

(...) a persistência dessas desigualdades raciais, como o passado de exclusão e invisibilidade da população negra, sua condição de pobreza e, sobretudo, a negação de seus direitos após a abolição da escravidão no Brasil, em 1888. [...] o resultado é uma sociedade em que o racismo e as desigualdades sociais dele resultante não se revelam, e não se debatem, parece não existir, [...] o problema não é o racismo, é a pobreza, as desigualdades não são raciais, são sociais

Leal, Gama e Cunha (2005), seguem o mesmo entendimento afirmando que na relação com os serviços de saúde, a discriminação racial se reproduz tanto no acesso a um pré-natal de qualidade, quanto ao atendimento humanizado na hora do parto. As autoras afirmam que menos de 20% das mulheres negras com menor nível de escolaridade realizou um pré-natal considerado adequado, e mesmo as que possuem um maior nível de instrução, o número de pré-natais realizados não chega a 50%.¹⁸.

A disparidade no acesso aos serviços de saúde às mulheres tem como influência o grau de escolaridade e a cor da pele, como se afirma:

(...) no pré-natal [as mulheres negras] tiveram menor acesso a atenção adequada em acordo aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde. No momento do parto, foram mais penalizadas por não serem aceitas na primeira maternidade que procuraram e, durante o parto, receberam menos anestesia. Essas diferenças no tratamento oferecido foram apreendidas pelas mulheres ao avaliarem a qualidade dos serviços oferecidos a elas. (p. 105).

As contribuições de Nascimento et al (2013, p.285), afirmam, que no que se refere ao período gestacional e o processo de parto, com a análise dos relatórios de Comitê de Morte Materna, mostram que a incidência de morte é maior dentre as mulheres negras. As causas apontadas são complicações na gestação e no trabalho de parto, ocasionada pela falta ou restrição no acesso aos serviços de pré-natal.

Insta salientar, que o acesso aos serviços de saúde é um direito assegurado na Constituição Federal. Contudo, as ações e os serviços de saúde, oferecidos pelo estado,

¹⁸ P. 105

não atuam no sentido de assegurar o pleno acesso a esses serviços por negros, índios nas mesmas proporções e condições que alcançam a camada branca da população¹⁹.

Em relatório, o Departamento de Análise de Situação de Saúde do Brasil, no ano de 2015²⁰, o Ministério da Saúde realizou a análise dos atendimentos realizados para diferentes nichos da sociedade, com enfoque no atendimento no pré-natal, constatou disparidade no atendimento da população negra e pobre, apontando maior número de nascimentos de bebês abaixo do peso, maior número de morbinatalidade materno-infantil, em âmbito nacional e regional.

3.3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, E OS DIREITOS HUMANOS

A violência obstétrica é uma prática considerada violação aos direitos humanos, contudo, também pode se enquadrar como violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. O tema tem chegado aos tribunais internacionais como pauta dos direitos humanos como exemplo de violação do direito humano das mulheres à dignidade e integridade corporal.

A desigualdade social, racial, de escolaridade e a hierarquização da relação médico-paciente, influenciam na experiência do parto. Esses fatores são cruciais para a determinação de uma experiência satisfatória, ou não.

Sob este prisma, é importante destacar como os direitos sexuais e reprodutivos se confrontam com as políticas de saúde pública, que é pautado no discurso médico vigente.

Ademais, a violência a qual as parturientes são submetidas gera uma experiência traumática, ferindo categorias universais dos direitos humanos, como a igualdade, o respeito, a justiça, a dignidade e o valor da pessoa humana.

O conceito de direitos sexuais e reprodutivos foi elencado em documentos internacionais, fruto do trabalho de movimentos de égide feminista que buscavam melhorias nas condições de tratamento no parto, partindo das concepções que já eram reconhecidas como direitos humanos. (DINIZ, 2011, p. 638)

Dizer que os direitos sexuais e reprodutivos são reconhecidos em documentos internacionais e nacionais, significa dizer que cabe apenas ao indivíduo definir se quer ou

¹⁹ Brasil MS. Seminário Nacional de Saúde da População Negra. 2004

²⁰ Brasil, MS. Saúde Brasil 2015/2016: Uma análise da situação de saúde. Disponível em://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2015_2016_analise_zika.pdf Acesso em 06 de março de 2019

não exercer seus direitos reprodutivos, e querendo, fazê-lo de forma livre e responsável, incluindo o direito ao acesso às informações, meio e métodos que visem esse fim. Em suma, direito de exercer sua sexualidade e reproduzir-se sem qualquer forma de discriminação, violência ou imposição (BRASIL, 2006, p, 04).

Segundo Piovesan (2004, p. 77) analisa os direitos sexuais e reprodutivos sob dois pontos de vista, o primeiro tange à autodeterminação individual que implica no livre exercício da sexualidade e reprodução humana livre, abrangendo também o direito a liberdade, autonomia e intimidade. O segundo, diz respeito às políticas públicas, e a forma como estas são essenciais para o pleno exercício dos direitos reprodutivos, sendo de suma importância o acesso à informação, recursos seguros e acessíveis a todos, sendo primordial elevados padrões de saúde.

No processo de conceituação dos direitos sexuais e reprodutivos, utilizaremos as contribuições de Tamanini (2009, p. 55), que indica:

Os direitos de adotar decisões relativas à reprodução sem sofrer discriminação, coerção ou violência; b) o direito de decidir livre e responsabilmente o número de filhos e o intervalo entre seus nascimentos; c) o direito de ter acesso às informações de métodos anticoncepcionais, meios seguros (serviços) disponíveis, acessíveis a toda a tecnologia disponível para ter ou não filhos; d) o direito de acesso ao mais elevado padrão de saúde reprodutiva; a reprodução como direito da personalidade. Por sua vez, os direitos sexuais compreendem: a) o direito de decidir livremente e responsabilmente sobre sua sexualidade; o direito a ter controle sobre o seu próprio corpo; c) o direito a viver livremente sua orientação sexual, sem sofrer discriminação, coação ou violência; d) o direito a receber educação sexual; e) o direito à privacidade; f) o direito a fruir do progresso científico e a consentir livremente com a experimentação, com os devidos cuidados éticos recomendados pelos instrumentos internacionais; g) o direito de ter a prática sexual desvinculada da gerência do Estado e da reprodução; h) a sexualidade como direito da personalidade.

Além destes conteúdos, a autora também cita a integridade corporal, autonomia pessoa, igualdade e diversidade, como partes indissociáveis dos direitos sexuais e reprodutivos. Ela relata que durante a Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento do Cairo, o conceito de cidadão foi acrescido nas relações com a vida sexual e reprodutiva, inclusive fazendo emergir questões relativas a direitos e deveres, os direitos sexuais e reprodutivos possuem status de direitos sociais, necessitando da atuação do Estado, enquanto agente de transformação social.

Nesse prisma, Proganti (2008, 45,49), assinala que há quatro princípios éticos inegociáveis dentro do conceito de direitos sexuais e reprodutivos, são estes a diversidade, igualdade, autonomia pessoa e a integridade pessoa, cada um deles pode

ser violado pela prática de atos abusivos ou invasivos, resultados de negligência, omissão ou discriminação.

Também pode caracterizar lesão a estes direitos a medicalização excessiva do corpo da mulher, conforme leciona Tamanini (2009). O uso do corpo feminino como objeto de intervenção médica, o desrespeito à autonomia pessoal que desconsidera suas decisões e opiniões pessoais, a esterilização sem anuência da mulher, cesáreas sem indicação clínica praticada indistintamente, e o destrato durante o parto, também são considerados violação aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

O exercício livre destes direitos é inerente à dignidade humana, que por sua vez é parte dos princípios dos direitos humanos.

No âmbito da proteção à maternidade, os direitos sexuais e reprodutivos devem ser interpretados em conjunto com outros direitos fundamentais, em especial o direito a saúde, integridade física e psíquica, bem como o direito à vida, além de ter relações com o direito à dignidade da pessoa humana, formando um arcabouço constitucional de proteção à maternidade, conforme afirma Sarlet (2012, p.609-611).

O autor ainda os direitos que regem a proteção a maternidade se dão desde a concepção até os primeiros anos de vida da criança. Afirma ainda que a titularidade destes direitos é das mulheres, gestantes, mães, nascituro e a criança, tendo como destinatários os entes e órgãos estatais e inclusive os particulares, sendo aplicável na esfera das relações privadas.

Sobre a dignidade e a autonomia da mulher, Mariani (2016, p. 57) contribui:

A dignidade é fundamento da autonomia existencial da mulher, para além de um fundamento do estado democrático de direito a dignidade da pessoa humana é o princípio que legitima e confere unidade de sentido a toda ordem constitucional, ela significa proteção da pessoa, titular de direitos e deveres, nas relações em que participa mesmo uma relação médico-paciente. A dizer é a dignidade da pessoa humana que serve de mandamento máximo dos outros princípios garantidores dos direitos fundamentais como os sociais.

Ana Paula Pelegrinello (2014, p. 97-114) para que se verifique se a mulher tem uma vida digna, deve-se seguir um critério objetivo verificando a disponibilidade de serviços essenciais. Reproduzir-se é pressuposto da autonomia da mulher e seu direito da personalidade, portanto qualquer decisão que vai contra os interesses da mulher significaria violar seu direito. Acrescenta ainda:

A decisão da mulher de engravidar e de parir (visando a ampliar ou, até mesmo, a assim constituir família) deve refletir sua autonomia existencial, de modo que ninguém pode preventiva, genérica e injustificadamente interferir nesse projeto,

inibindo-o. Ninguém mesmo, nem o Estado, sob pena de malferimento do princípio da dignidade da pessoa humana, com reflexos insuportáveis no livre desenvolvimento da sua personalidade.

Até o momento falou-se em violação dos direitos humanos das mulheres em linhas gerais, mas conforme foi proposto como objetivo geral deste trabalho é preciso refletir acerca dos direitos humanos das mulheres de um ponto de vista um tanto mais específico, o que se refere às mulheres negras.

Deve haver uma busca constante pela garantia de acesso a serviços de saúde e a outros recursos do estado que assegurem o exercício pleno dos direitos sexuais e reprodutivos, que sejam livres do viés racial e de gênero, tendo como objetivo a desconstrução do racismo institucional, como afirma o Programa de Combate ao Racismo Institucional - PCRI (2006, p.26)

Fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas devido à sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações.

O direito sobre seu próprio corpo faz parte da construção de uma sociedade livre e democrática, que proporcione a todos os indivíduos a chance de exercer, ou não exercer, seus direitos sexuais e reprodutivos com autonomia, tendo seu direito de personalidade assegurado sob o fundamento da dignidade humana.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra a mulher, independente da espécie, infringe profundamente os direitos humanos. Cotidianamente, mulheres sofrem violências que manifesta de várias formas, e que não escolhem suas vítimas por cor ou condição econômica.

Contudo, a violência contra a mulher não ocorre da mesma forma para todas as mulheres, mas assume especificidades e complexidades conforme fatores de raça e classe.

Os atos de violência contra a mulher é o resultado de relações de poder, marcas de uma sociedade patriarcal, racista e capitalista, que a utilizam para exercer domínio contra as mulheres.

E a violência obstétrica reflete alguns desses valores. Ela ocorre desde o momento da concepção até o fim do resguardo, geralmente praticada por profissionais de saúde. E por ser praticada por profissionais de saúde é que é caracterizada como violência institucional, ou seja, cometida pelo Estado ou seus agentes.

É resultado de práticas que reforçam a desigualdade de gênero, reforçada por estigmas machistas, racistas e classista, que precisam ser considerados para que se possa de fato promover a humanização do parto nos estabelecimentos de saúde, públicos e privados.

Além do mais, a violência obstétrica engloba outras espécies de violência contra a mulher, como por exemplo, a violência física, quando a mulher é algemada, amarrada ou agredida. À violência sexual, quando é submetida ao assédio, à episiotomia ou aos exames de toque com muita frequência. À violência psicológica, quando é exposta ao sentimento de abandono, culpa tristeza e insegurança. À violência social quando não há políticas públicas existentes, que assegurem o atendimento digno, para todas as mulheres sem que seja qualquer discriminação.

A violência obstétrica esbarra inevitavelmente na questão da falta de estruturas das instituições de saúde e na falta de observância de normas técnicas e éticas por parte dos profissionais de saúde, bem como na falta de políticas públicas que visem à promoção do atendimento humanizado às gestantes e as parturientes, inclusive no pós-parto e também às mulheres em situação de abortamento.

Combater a violência obstétrica e buscar o atendimento humanizado do parto pressupõe que as mulheres tenham acesso à informação, que tenham ciência dos procedimentos das quais serão submetidas, possibilitando seu questionamento. Parte de

valorização inicial de nossos próprios corpos, que se possa exercer a autonomia e ao direito de decidir com liberdade a forma que se queira viver a maternidade.

Para tanto, é necessário que se entenda que o parto é evento fisiológico da mulher, não devendo ser tomado como uma patologia, que deva ser medicado ou submetido a algum procedimento sem que haja comprovada necessidade. Por ser um processo fisiológico, o próprio corpo se encarrega de realizar todo o processo de parto, é um momento em que o agente principal é a mulher, não o médico.

Fora as relações patriarcais e capitalistas que fizeram do parto um ato comercial, é preciso destacar o fator raça, no acontecimento da violência obstétrica. Esse fator influencia na forma e no acesso aos serviços de saúde, uma vez que mulheres negras são as que estatisticamente recebem menores salários, segundo dados do IPEA (2011). Embora a população negra e parda seja, a maior população em número, de usuários dos serviços públicos de saúde, é também a população com mais dificuldade de acesso a estes serviços em comparação à população branca. Ainda, constatou-se a população que mais há registros de violência cometidos pelos profissionais de saúde.

Por terem condição salarial inferior, negros e pardos pouco tem acesso aos serviços privados de saúde, que tem atendimento diferenciado em relação ao serviço público, se levar em consideração as questões relativas à estrutura e serviços.

Ademais, as mulheres negras são as maiores vítimas da morbinatalidade, devido a complicações obstétricas, que em alguns casos poderiam ter sido identificadas no pré-natal, nas situações de aborto representam o dobro do número de morte em relação às mulheres brancas, conforme afirma Paixão et al (2010, p.116), 3,2% de mulheres brancas contra 6,2% de mulheres negras, que morrem por complicações no procedimento de aborto.

O fator raça influencia também no tratamento que a mulher terá dentro dos estabelecimentos de saúde. O racismo institucional é uma das mais frequentes manifestações da desigualdade racial, que se manifesta por meio de palavra e atos preconceituosos e discriminatórios.

Acreditou-se por muito tempo, pelo legado da escravidão, que a mulher negra era mais resistente a dor, por isso ainda hoje, elas recebem menos analgésicos e anestésicos.

Portando, mais do que análises ou discussões acadêmicas que não saem das quatro paredes das universidades, é preciso ter conhecimento para se combater esse tipo de violência, alguns procedimentos são tão repetidos, há tanto tempo, que muitas

mulheres não se dão conta do quanto são violadas, ou mesmo não se sentem no direito de questionar sobre aquilo que é feito no seu próprio corpo, em outros casos, as colocam numa tal relação de inferioridade em relação aos profissionais que as atendem, que elas não se sentem nem no direito de pedir informação para que ao menos tenham conhecimento sobre quais procedimentos serão submetidas.

A violência contra a mulher, num plano geral, é uma construção social de um sistema patriarcal, e na luta contra esse sistema sangrento, temos os direitos humanos como poderosa arma de combate e instrumento de mudança social e busca de maior visibilidade das causas femininas e feministas, embora seja bem difícil quantificar o quanto esses termos se diferem.

É nesse contexto que deve haver o reconhecimento e a maximização dos direitos humanos, que conceda à mulher o protagonismo que é seu de direito, cabendo unicamente a ela decidir sobre seu corpo, decidindo sobre quais procedimentos será submetida, sem que o fator preponderante para a escolha seja a conveniência do médico.

5 REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.M., D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **Violência Institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Portaria N 569, de 1 de junho de 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde**, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 4-5.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 de 3 de junho de 2008**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608_1_rdc36.pdf> Acesso em 12 de fevereiro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

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

_____. **Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005**. Altera a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm Acesso em: 12 de janeiro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Seminário Nacional de Saúde da População Negra**. Brasília.2004

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016: Uma análise da situação de saúde**. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2015_2016_analise_zika.pdf Acesso em 06 de março de 2019

_____. Ministério da Saúde. **Seminário Nacional de Saúde da População Negra**. Brasília. 2004

BRIQUET R. **Obstetrícia Normal**. 2ª edição atualizada por D. Delascio e A. Guariento., São Paulo, SP; 1970.

CHAZAN, Lilian Krakowski. **A história da obstetrícia e a patologização da gravidez**. Disponível em: <<http://www.rj.anpuh.org/resources/rj/Anais/2004/Simposios%20Tematicos/Lilian%20Krakowski%20Chazan.doc>> Acesso em: 20 de março de 2019.

CHAUÍ M. **Ética e Violência. Teoria & Debate**. São Paulo. (Fundação Perseu Abramo, São Paulo). 1998.

_____. **Participando do debate sobre mulher e violência**. In: Chauí M, Cardoso R, Paoli MC, organizadores. *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. Rio de Janeiro: Zahar. 1985.

CHIAROTTI S, Jurado MG, Aucia A, Arminchiardi S. **Con Todo al Aire. Reporte de Derechos Humanos sobre Atención en Salud Reproductiva en Hospitales Públicos. Rosario, Argentina**: INSGENAR – Instituto de Genero, Derecho y Desarrollo; Buenos Aires: CLADEM – Comité de America Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer; 2003.

CICCONELLO, Alexandre. **O desafio de eliminar o racismo no Brasil: A nova institucionalidade no combate à desigualdade social**. Disponível em: <www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/artigos/racismo%20%20texto%20do%20Peck.pdf>. Acesso em: 12 de março de 2019.

CLADEM & CRLP. **Silencio y Complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú**. Lima: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) y Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP); 1998.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. **Entendendo o viés racial implícito — tópicos sobre viés implícito e seu efeito: racismo institucional**. 2016. Disponível em: <<https://prezi.com/ubii0d5bkgfa/entendendo-o-vies-racial-implicito/?webgl=0>>. Acesso em: 4 jan. 2019.

_____. **A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 448-457, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342004000400011&lng=en&nrm=iso>.

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: 09 jan. 2019.

DINIZ, Simone. **Campanha pela abolição da episiotomia de rotina**. In: PARTO DO PRINCÍPIO. Violência obstétrica: parirás com dor. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em: 01 de janeiro de 2019.

_____. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção**. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822015000300019&script=sci_arttext>. Acesso em 22 de janeiro de 2019.

DINIZ, C.S.G.; CHACHAM, A.S. **O ‘corte por cima’ e o ‘corte por baixo’: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo**. *Questões Saúde Reprod.*, 2006.

D’ORSI, Eleonora et al. **Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S154-S168, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2014001300021&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em 25 de fevereiro de 2019.

GREGORI, M. F. **Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista**. São Paulo: Paz e Terra. 1993

HOLSTON, James. **Cidadania insurgente: disjunções da democracia e da modernidade no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

HOTIMSKY SN, RATTNER D, VENANCIO SI, BÓGUS CM, MIRANDA MM. **O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica**. *Cad. Saúde Pública*. 2002.

JAMES, Sherman A. **The strangest of all encounters: racial and ethnic discrimination in US health care**. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, 2017.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001302001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2019.

JEWKES R, ABRAHAMS N, MVO Z. **Why do nurses abuse patients? Reflections from South African Obstetric Services**. *Social Science & Medicine*, 1998.

JUÁREZ, DIANA Y OTRAS, **Violencia sobre las mujeres: herramientas para El trabajo de lós equipos comunitário/ Diana Juárez y otras.**; edición literária a cargo de Ángeles Tessio – 1ª ed. – Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación

KALCKMANN, Suzana et al. **Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?** *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 16, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902007000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2019 .

LAMBROU NC, MORSE SN, WALLACH EE, **Manual de Ginecologia e obstetrícia do Johns Hopkins Hospital**. Tradução: Savaris, R. e Duarte, RA. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001

LEAL, Maria do Carmo et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. Cad. Saúde Pública, 2014.

_____. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso> Acesso em 22 de dezembro de 2018.

_____. **Pesquisa Nascer no Brasil: Sumário Executivo Temático da Pesquisa. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. Fiocruz, 2014.

_____. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto**, 1999-2001. Rev. Saúde Pública, 2005.

LÓPEZ, Laura Cecília. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. Interface — Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.16, n. 40, p. 121-134, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v16n40/aop0412.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

MORAIS, Lorena. **Minha maternidade tem cor: mães negras na luta contra o racismo**. Jornal Brasil de Fato, 17 de novembro de 2015. Disponível em: <http://www.brasildefato.com.br/node/33471> Acesso em: 16 de março de 2019.

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

ODENT, Michel. **O renascimento do parto**. (Tradução: Roland B. Calheiros). 2ª ed. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE — OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014.

Disponível em:<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 12 dezembro 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE — OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014.

Disponível em:<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 12 dezembro. 2018.

_____. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Genebra, OMS, 2015.

Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1> Acesso em: 23 de março de 2019.

_____ **eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Genebra, OMS, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf> Acesso em: 23 de março de 2019.

_____. *Relatório Mundial sobre violência e saúde.* Genebra, OMS, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundialviolencia-saude.pdf>> Acesso em: 23 de março de 2019.

PARTO DO PRINCÍPIO MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA. **Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”.** Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, Brasília, 2012.

PELLEGRINELLO, Ana Paula. **Reprodução humana assistida:** a tutela dos direitos fundamentais das mulheres. Curitiba: Juruá, 2014.

PIOVESAN, Flavia. **A mulher e o debate sobre direitos humanos no Brasil.** Crítica Jurídica Revista Latinoamericana de Política, Filosofia y Derecho, Curitiba.2004.

PROGIANTI, Jane Márcia; ARAUJO, Luciane Marques de; MOUTA, Ricardo José Oliveira. **Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro.2008

PROGRAMA DE COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL — PCRI. **Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucional.** Brasília: PCRI, 2006.

SILVA, Eliana Gesteira da; FONSECA, Alexandre Brasil Carvalho da. **A construção da raça nacional: estratégias eugênicas em torno do corpo da mulher.** In: WERNECK, Jurema; BATISTA, Luís Eduardo; LOPES, Fernanda (Orgs.). *Saúde da população negra.* Petrópolis: DP et al., Brasília: ABPN, 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 10 janeiro. 2019.

TAMANINI, Marlene. Direitos sexuais e reprodutivos: a reprodução, a sexualidade e as políticas. In CARVALHO, Marília Gomes de; CASAGRANDE, Lindamir Salette; LUZ Nanci Stancki da (Org.). **Construindo a igualdade na diversidade: gênero e sexualidade na escola.** Curitiba: UTFPR, 2009.

VELLOSO AFP, SILVA RMC, CARMONA PAC. **Violência Obstétrica: Uma ofensa a direitos humanos ainda não reconhecida legalmente no Brasil.** [Monografia] Brasília: Centro Universitário de Brasília. 2014.

VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.** Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf> Acesso em 13 de janeiro de 2019.

VENTURI, Gustavo e GODINHO, Tatau. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado: Uma Década de Mudanças na Opinião Pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.

VICTORA, C.G.; AQUINO, E.M.L.; LEAL, M.C.; MONTEIRO C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCOWALD, C.L. **Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios**. 2011.