

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
FACULDADE DE DIREITO DE ALAGOAS – FDA

RENATA VITÓRIA MALTA PORFÍRIO CASTRO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O IMPACTO DA LACUNA LEGISLATIVA SOB
O ASPECTO DA INTERSECCIONALIDADE**

Maceió/AL

2024

RENATA VITÓRIA MALTA PORFÍRIO CASTRO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O IMPACTO DA LACUNA LEGISLATIVA SOB
O ASPECTO DA INTERSECCIONALIDADE**

Monografia de conclusão de curso apresentada à Faculdade de Direito de Alagoas (FDA/UFAL) como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elaine Pimentel

Maceió/AL

2024

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale – CRB4 - 661

C355v Castro, Renata Vitória Malta Porfírio.
Violência obstétrica : o impacto da lacuna legislativa sob o aspecto da interseccionalidade / Renata Vitória Malta Porfírio Castro. – 2024.
56 f.

Orientadora: Elaine Pimentel.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Direito) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Direito de Alagoas. Maceió, 2024.

Bibliografia. f. 48-56.

1. Direito civil. 2. Violência obstétrica – Brasil. 3. Interseccionalidade.
4. Legislação. I. Título.

CDU: 342.726(81)

Folha de Aprovação

AUTORA: RENATA VITÓRIA MALTA PORFÍRIO CASTRO

Violência Obstétrica: O impacto da lacuna legislativa sob o aspecto da interseccionalidade

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Faculdade de Direito de Alagoas (FDA), unidade acadêmica Universidade Federal de Alagoas (UFAL), como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Direito, aprovado em 11 de março de 2024.

Documento assinado digitalmente
 ELAINE CRISTINA PIMENTEL COSTA
Data: 20/03/2024 16:46:33-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Dr^a. Elaine Cristina Pimentel Costa (Orientadora)

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 ELITA ISABELLA MORAIS DORVILLE DE ARAUJO
Data: 20/03/2024 20:23:06-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a Ma. Elita Isabela Dorvillé de Araújo (Presidenta)

BRUNA SALES
MOURA:07185635497
Assinado de forma digital por BRUNA SALES MOURA:07185635497
Dados: 2024.03.21 12:58:00 -03'00'

Mestranda Bruna Sales Moura (Membro)

Às mulheres da minha vida, minha mãe Maria Malta e minha vó Haidée Malta, que são minhas maiores referências e ensinaram-me a ser resistência por meio do estudo.

AGRADECIMENTOS

Elaborar esta monografia foi um desafio pessoal, um trabalho intenso e com muito significado, pois, apresenta-se como uma pequena retribuição de todo o conhecimento e experiências auferidas durante a graduação. Não apenas isso, denota também que um ciclo se encerra para que novos se iniciem. Nada disso seria possível sem a contribuição de diversos facilitadores que cruzaram o meu caminho e a quem devo meus sinceros agradecimentos.

A Deus e à Nossa Senhora, a quem recorri em diversos momentos de aflição, e que não me deixaram desanimar.

Aos meus pais Maria Malta Porfírio Castro e José Renato Castro, por não medirem esforços para que eu pudesse estudar e correr atrás dos meus objetivos.

Aos meus familiares, que sempre torceram por mim, em especial minha vó Haidée Malta da Silva, um símbolo de mulher guerreira e amorosa.

A prof.^a Dr.^a Elaine Cristina Pimentel Costa minha orientadora por ser uma pessoa bondosa, competente e humilde em compartilhar seu tempo e seu conhecimento comigo.

A prof.^a Ma. Elita Dorvillé e a Bruna Sales que foram essenciais para que eu pudesse expandir meus horizontes acerca da temática abordada em meu trabalho de conclusão de curso, além de me encorajarem a continuar pesquisando e aprofundando meus conhecimentos.

Aos amigos e colegas que fiz na faculdade e trabalho, pelos momentos de descontração e risadas compartilhadas, tornando essa caminhada mais leve e feliz.

E a todos que torceram por essa conquista, meu sentimento é de gratidão.

Para mudar o mundo, é preciso primeiro mudar a forma de nascer.

(Michel Odent).

RESUMO

A violência obstétrica é uma conduta que viola os direitos reprodutivos da mulher, podendo ocorrer durante o período gestacional até a amamentação. A hipótese deste trabalho é analisar a relação entre o patriarcalismo, o racismo estrutural e a biopolítica, numa perspectiva interseccional, responsáveis por endossar as condutas dos profissionais de saúde na violação dos direitos reprodutivos das mulheres, bem como a transfiguração do parto, que passou de um evento biológico e natural para um evento patológico e medicável. Além disso, busca-se demonstrar a necessidade imediata da criação de uma lei penal para preservar a dignidade das mulheres e seus bebês, como também reafirmar a autonomia feminina sobre os seus corpos. Para obtenção dos dados foi realizada uma pesquisa bibliográfica qualitativa, utilizando a metodologia exploratória através de artigos científicos, monografias, dissertações, livros e relatórios de órgãos públicos, assim como de organizações não governamentais. Os resultados revelaram que a violência obstétrica é uma das manifestações da violência de gênero e os mecanismos existentes no Brasil para reprimir essa prática são insuficientes, carecendo, portanto, de um tipo penal específico sobre o tema para proteger as vítimas e extinguir a sensação de insegurança e impunibilidade.

Palavras-chave: violência obstétrica; interseccionalidade; lei específica.

ABSTRACT

Obstetric violence is a conduct that violates women's reproductive rights, and it can occur during the gestational period up to breastfeeding. The hypothesis of this work is to analyze the relationship between patriarchy, structural racism, and biopolitics from an intersectional perspective, which endorse the behaviors of healthcare professionals in violating women's reproductive rights and transforming childbirth from a biological and natural event into a pathological and medicable one. Additionally, it seeks to demonstrate the immediate need for the creation of a criminal law to preserve the dignity of women and their babies, as well as to reaffirm female autonomy over their bodies. Qualitative bibliographic research was conducted to obtain the data, using exploratory methodology through scientific articles, monographs, dissertations, books, and reports from public bodies, as well as non-governmental organizations. The results revealed that obstetric violence is one of the manifestations of gender-based violence, and the existing mechanisms in Brazil to address this practice are insufficient, thus requiring a specific criminal law on the subject to protect victims and eliminate the sense of insecurity and impunity.

Keywords: obstetric violence; intersectionality; specific law.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 O MOVIMENTO FEMINISTA E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A GARANTIA DOS DIREITOS REPRODUTIVOS	8
2.1 Visão histórica e internacionalização do feminismo	9
2.2 Os direitos reprodutivos, justiça reprodutiva e suas relações com o corpo feminino	11
2.3 A mortalidade materna e seus agravantes.....	17
3 A INTERSECCIONALIDADE E SUA REPERCUSSÃO NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	19
3.1 O parto como um evento patológico e medicável	19
3.2 A violência obstétrica e suas múltiplas definições	22
3.3 A violência obstétrica na América Latina	25
3.4 A raça como um agravante à violência obstétrica	27
4 A EFICÁCIA DOS MECANISMOS DE CONTROLE EXISTENTES PARA DESESTÍMULO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS IMPLICAÇÕES	31
4.1 A atuação dos órgãos administrativos para o combate da violência obstétrica.....	31
4.2 A violência obstétrica sob o enfoque do judiciário brasileiro	33
4.3 A eficácia dos mecanismos de combate à violência obstétrica	36
4.4 Biopolítica, raça e o direito penal: a proteção das mulheres pretas diante da violência obstétrica.....	40
5 CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS.....	48

1 INTRODUÇÃO

Os direitos reprodutivos configuram mais uma vertente de direito fundamental do ser humano, tendo sido legitimado internacionalmente desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948 (VENTURA, 2004, p. 21). À época, as mulheres pleiteavam pela autonomia sobre os próprios corpos e o livre arbítrio para constituir um planejamento familiar. A discussão foi ampliada com o surgimento dos métodos contraceptivos em 1960, conforme disposto na obra “História da Anticoncepção” (Arie *et al.*, 2017). Desse modo, os anticoncepcionais rapidamente se popularizaram em virtude da praticidade, da sensação de controle da vida sexual e reprodutiva e por não serem métodos cirúrgicos, invasivos.

Na década de 1980, quando os debates sobre violência contra a mulher começaram a questionar práticas tradicionais de assistência ao nascimento, diversas denúncias sobre fatos na cena do parto lançaram mais luz sobre o problema para discutir autonomia, corpo feminino, direitos sexuais e reprodutivos, individualidade, ciência feminista e medicina baseada em evidências (SOUZA, 2022, p. 8). Os casos de abusos e maus-tratos físicos e psicológicos refletiam questões de gênero engendradas pela cultura sexista e repercutiam o resultado de uma estrutura de sistema de saúde inserido num contexto capitalista e patriarcal. Com isso, fica evidente que não basta o direito à escolha de quando reproduzir, mas também de ter assistência e dignidade plena no momento do parto. Por conseguinte, compreende-se que os direitos reprodutivos são na verdade um conjunto de prerrogativas que a mulher possui no âmbito da sua vida sexual, ao escolher constituir ou não família, e caso não sejam protegidos, ferem também a dignidade da mulher e do bebê.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, elaborou uma classificação a fim de definir as práticas consideráveis seguras para condução do parto normal, o documento é denominado “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”. No Brasil, após rever condutas na assistência ao nascimento, o Ministério da Saúde lançou, em 2001, uma cartilha sobre os direitos reprodutivos, a qual define que a episiotomia de rotina, a manobra de Kristeller, entre outras, são procedimentos “claramente prejudiciais ou ineficazes” e devem ser eliminados. Ainda assim, até hoje são adotadas no país (SOUZA, 2022). A pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento”, elaborada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ), revelou que 53,5% das mulheres entrevistadas que passaram pelo parto normal sofreram a episiotomia, um corte realizado no

períneo da mulher a fim de facilitar a saída do bebê. Porém, essa prática além de não possuir respaldo científico, pode ocasionar laceração grave no órgão da parturiente, prejudicando a sua qualidade de vida. Desse modo, a temática precisa ser amplamente discutida sobre o viés da justiça reprodutiva e principalmente, encarada pelo Estado como uma questão de saúde pública e garantia de direitos individuais.

Ademais, a mercantilização do parto cesárea é um fator de risco para a saúde do binômio mãe-bebê, haja vista que as intervenções médicas desnecessárias podem desencadear sequelas ou, em casos mais graves, a morte. Para justificar essa conduta, percebe-se que o parto está se transformando num evento patológico e medicável, associando dar à luz à dor, necessitando da ingerência do médico para o seu êxito. Quando na realidade o parto é um evento biológico e natural, isto é, o corpo da mulher é capaz de suportá-lo, o médico é apenas um facilitador para intervir em caso de intercorrências. Cabe considerar também a relação da mortalidade materna e a violência obstétrica, ambas questões de gênero, que se relacionam com os marcadores raciais e de classe social.

Por isso, o conceito de interseccionalidade também é abordado, pois, através dele se compreende como o racismo estrutural e o patriarcado afetam as minorias, em especial as mulheres negras. O viés racial implícito pode ser compreendido através de práticas sugestivas de discriminação e preconceito, que surgem a partir de estereótipos associados à pessoa negra. Essa dinâmica, conforme afirma o autor Silvio Almeida em sua obra “Racismo Estrutural”, serve como fundamento para a disseminação do racismo institucional, contribuindo para disparidades no acesso aos serviços oferecidos pelas instituições. É crucial enfatizar que o racismo institucional opera de forma sutil, resultando em desigualdades não apenas na prestação de serviços, mas também na distribuição de benefícios e oportunidades entre diversos grupos, com base em características raciais. Assim, em primeira análise se verifica a importância de entender as mulheres não como uma categoria universal, mas conforme a incidência discriminatória sofrida com base nas suas características.

Para tanto, na primeira seção do trabalho foi explorado o impacto dos movimentos feministas para garantia dos direitos reprodutivos. Além disso, buscou-se analisar o que é compreendido pelo conceito de direitos reprodutivos. Desse modo, o olhar se volta à maternidade, a qual emerge como uma identidade imposta às mulheres que, inevitavelmente, é influenciada pelas dinâmicas de poder. Neste primeiro momento, busca-se também entender a disparidade na taxa de mortalidade materna entre as mulheres negras em comparação com as

mulheres brancas, além da relação do óbito materno direto, que se configura por meio de intervenções médicas, omissões e tratamentos inadequados.

No segundo capítulo, portanto, buscou-se interconectar o parto, que foi transformado de um evento biológico e natural para um evento patológico e medicável, à dor. Por conseguinte, dá-se ênfase ao alto índice de partos cesáreas no Brasil, em confronto com a taxa recomendada pela OMS no relatório emitido em 2015 (Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas), haja vista que essa intervenção somente é recomendada em casos graves, do contrário a realização dessa cirurgia pode aumentar o risco de complicações graves para o binômio mãe-bebê. Verificou-se ainda como a escravidão institucionalizou a privação da autonomia da mulher negra sobre o seu próprio corpo e sua capacidade reprodutiva através do conceito de interseccionalidade. E por isso, tenta-se apresentar a violência obstétrica afetando, com maior incidência, as mulheres negras, ao passo que o gradual branqueamento é considerado um atenuante.

Logo em seguida, no terceiro capítulo, buscou-se compreender o efeito que a falta de adesão do termo ‘violência obstétrica’ na categoria dos profissionais da saúde, e muito menos no Ministério da Saúde, inviabiliza a eficácia dos mecanismos existentes para o combate da violação. Outro ponto importante de se analisar, é maneira como o Estado exerce controle e uma “seleção natural” dos corpos em busca da predominância daquela raça considerada superior, nesse contexto, a branca. Com isso, tenta-se apresentar o Direito como principal meio de resposta adotado para combater o racismo, especialmente através do direito penal que tutela bens jurídicos relevantes, como os direitos reprodutivos. Por conseguinte, este trabalho entende a violência obstétrica como uma das manifestações da violência de gênero. Além disso, assume a autonomia do corpo feminino como bem jurídico relevante que, ao ser desrespeitado através da violência obstétrica, ofende a dignidade da pessoa humana, a força motriz de todo o ordenamento jurídico brasileiro. Eis o desafio assumido.

2 O MOVIMENTO FEMINISTA E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A GARANTIA DOS DIREITOS REPRODUTIVOS

Esta seção é dedicada a discutir a atuação do movimento feminista como precursor na defesa da autonomia dos corpos femininos, bem como na criação dos direitos reprodutivos.

Será abordado também a questão da 'justiça reprodutiva' como conceito determinante e abrangente que vislumbra a maternidade muito além de uma simples escolha individual, mas uma decisão que precisa estar amparada na proteção do binômio mãe-bebê desde o DNA até o pós-parto. Desse modo, buscar-se-á compreender como as dinâmicas de poder influenciam a perda de autonomia das mulheres sobre a reprodução e o exercício da própria sexualidade, e os reflexos sociais e de raça inseridos nesse contexto. Outrossim, é necessário entender o porquê da taxa de mortalidade materna ser um indicador não só de saúde pública, mas do próprio grau de desenvolvimento de um país.

2.1 Visão histórica e internacionalização do feminismo

Ao longo da história, o movimento feminista passou por diferentes fases, desde a batalha pelo direito ao voto, no início do século XX, até a resistência durante a ditadura militar, consolidando conquistas nas últimas décadas nos diversos ramos do direito. O ativismo feminista no Brasil é marcado por uma diversidade de vozes, incluindo feministas negras, indígenas e LGBTQ+, as quais trouxeram uma perspectiva mais ampla e interseccional. Este movimento se intensificou a partir de 1970 quando o país passava por um regime ditatorial em que muitas garantias e deveres foram relegados à população como um todo (SARTI, 2003). Por conseguinte, as mulheres se insurgiram contra a ordem política vigente, como também à própria condição do seu papel na sociedade. Destaca-se, nesse sentido, a sexualização dos corpos femininos e sua atribuição precipuamente reprodutiva, além do casamento como uma instituição opressora, destacando as expectativas tradicionais impostas às mulheres, como a responsabilidade desproporcional pelas tarefas domésticas e a limitação das oportunidades profissionais.

A filósofa e escritora francesa Simone de Beauvoir, autora do livro "Segundo Sexo", uma obra impactante que provocou debates e adesões, sendo suas principais ideias fundamentais para o início dos movimentos feministas contemporâneos. Seu trabalho estabeleceu os fundamentos teóricos do feminismo atual ao questionar qualquer determinismo biológico ou destino divino, recuperando a perspectiva hegeliana ao afirmar que "ser é tornar-se" (LOPES, 2007, p. 32). Isso culminou em sua célebre afirmação de que "não se nasce mulher, mas torna-se mulher". A maternidade também, frequentemente, emerge como uma identidade imposta às mulheres, uma vez que, comumente, elas não possuem controle sobre seus corpos. Essa condição é em grande parte atribuída às características historicamente outorgada às

mulheres as quais são interpretadas pelos homens - seja na esfera médica, jurídica ou pública - atuando como determinantes vinculadas aos papéis sociais desempenhados (MATTAR; DINIZ, 2012). A vivência da reprodução, assim como a da sexualidade, fenômenos sociais construídos, será inevitavelmente influenciada pelas dinâmicas de poder. Por conseguinte, enquanto experiências desafiadoras, a sexualidade e a reprodução podem ser enfrentadas com diferentes níveis de apoio social, podendo, assim, manifestar-se tanto como expressões de empoderamento e realização, quanto de impotência e humilhação. Nesse diapasão, a filósofa Angela Davis discorre em sua obra “Mulheres, raça e classe” que não por acaso as mulheres criaram consciência sobre seus direitos reprodutivos a partir de um movimento organizado em defesa da igualdade política:

[...] na verdade, se elas [as mulheres] permanecessem para sempre sobrecarregadas por incessantes partos e frequentes abortos espontâneos, dificilmente conseguiriam exercitar os direitos políticos que poderiam vir a conquistar. Além disso, os novos sonhos das mulheres de seguir uma carreira profissional e outros caminhos de autodesenvolvimento fora do casamento e da maternidade só poderiam ser realizados se elas conseguissem limitar e planejar suas gestações. (Angela Davis, 2016, p.211).

Nesse sentido, o chamado “movimento de mulheres” se caracterizava por ser um movimento interclasses, visto que se iniciou nas camadas médias da sociedade. Porém, também englobava mulheres da periferia que lutavam em prol de melhores condições de vida para a coletividade, da mesma forma que combatiam o autoritarismo predominante no regime político à época (SARTI, 2003). Interessante destacar ainda que, conforme discorre a autora Cynthia Sarti, as mulheres contavam com o apoio da Igreja Católica, uma das instituições que mais contribuiu para criação de estigmas presentes até hoje quando se refere à vida sexual feminina, bem como os grupos com o posicionamento político de esquerda. Contudo, temas de divergências evidentes eram deixados de lado e tratados em grupos pequenos, a exemplo o aborto, a sexualidade e o planejamento familiar. É evidente que nessa coligação com grupos tão diversos, a luta feminina para reivindicar direitos como a autonomia e igualdade de gênero, não era tema prioritário, o que ocasionou a prevalência da busca pelos direitos sociais, a fim de favorecer a sociedade como um todo. Diante disso, naquele período formou-se a convicção de que os problemas específicos do sexo feminino não seriam resolvidos apenas pela mudança da estrutura social, mas, sobretudo, através de tratamentos próprios, políticas públicas (SARTI, 2003).

As novas experiências cotidianas advindas da evolução contínua da sociedade, favoreceram a expansão do mercado de trabalho e do sistema educacional, ainda que de forma

tímida, para as mulheres. Em consequência, houve um conflito com o tradicionalismo da sociedade patriarcal, e o embate quanto à concepção de “categoria universal de mulher”, visto que no mesmo grupo há diversas particularidades e graus distintos de desigualdade, principalmente na perspectiva de raça. Por isso, como observou Maria Lygia Quartim Moraes em sua obra “Mulheres em movimento”, ao mesmo tempo em que se alastrava pelo país a consciência da opressão específica da mulher, os grupos feministas atomizavam-se em virtude de suas clivagens sociais e referências culturais.

Com a legitimação dada pela Organização das Nações Unidas (ONU), a qual reconheceu, na I Conferência Mundial da Mulher, o ano de 1975 como “ano internacional das mulheres”, conforme o documento *Report of the World Conference of the International Women’s Year*, esse movimento até então clandestino ganha um novo semblante e proporção na esfera mundial. Ainda atualmente, é possível verificar o apoio da ONU, a qual instituiu como meta da Agenda 2030, objetivo nº 5, superar a lacuna de gênero existente a fim de promover igualdade e o empoderamento feminino. Percebe-se que esta atuação é um compromisso valioso para o combate a todas as formas de desrespeito aos direitos humanos que mulheres são submetidas, principalmente para enxergá-las como sujeitos de direito, dado que por muito tempo elas foram visadas pelos programas de controle populacional e pelas iniciativas de desenvolvimento dos governos como um instrumento para alcançar determinado fim, uma espécie de “utilitarismo do corpo feminino”. A título de exemplo, a intervenção internacional através do informe publicado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) em 2002 para o controle de natalidade, tinha como seu único propósito a redução do crescimento populacional nos países subdesenvolvidos visando diminuir a pobreza, com pouca ou nenhuma consideração genuína pelas mulheres (MATTAR; DINIZ, 2012). Estas eram percebidas apenas como objetos de regulação e controle, embora fossem as principais agentes na atividade reprodutiva.

2.2 Os direitos reprodutivos, justiça reprodutiva e suas relações com o corpo feminino

Com a institucionalização do movimento feminista, pautas como direitos políticos, autonomia do corpo feminino, igualdade de gênero, liberdade entre outras que careciam de visibilidade tornaram-se cerne de discussões, principalmente as relacionadas à saúde da mulher. Nesse contexto, emergiu o campo dos “direitos reprodutivos” com o intuito de entender o corpo feminino, suas necessidades e usos sociais a partir de uma medicina dirigida à mulher

(ginecologia e obstetrícia), bem como medicamentos e métodos de contracepção próprios ao grupo. Os Direitos Reprodutivos são um conjunto de direitos subjetivos para o livre exercício da autonomia e autodeterminação reprodutiva, ou seja, sua extensão vai além do planejamento familiar, engloba a liberdade do indivíduo e sua dignidade (VENTURA, 2004, p.11). Inclusive, a própria cartilha denominada “Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais” elaborada em 2006 pelo Ministério da Saúde, reitera esse pensamento e acrescenta que também é o direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos. Isto implica dizer que é um ramo dos direitos humanos que serve como parâmetro ético universal a ser garantido, sem qualquer tipo de discriminação, imposição e violência (VENTURA, 2004, p.11). Todavia, mesmo que a categoria de direitos reprodutivos tenha sido oficializada em 1994 durante a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas, o relatório de 2018 do UNFPA destaca que, em nenhum país, as pessoas possuem uma garantia total para decidir livremente sobre a formação de suas famílias, conforme publicado no relatório global “Situação da População Mundial 2018 – O Poder de Escolha: Direitos reprodutivos e a transição demográfica”.

É importante ressaltar ainda que a concepção de direitos reprodutivos não aborda o trabalho relacionado à parentalidade e ao cuidado em razão de uma abordagem insuficiente, responsabilidades que recaem, principalmente sobre as mulheres. A omissão evidencia de forma clara o *status* desse trabalho, que permanece invisível e não é devidamente reconhecido. Dessarte, os direitos reprodutivos são bens jurídicos tutelados que carecem de maior diligência entre as mulheres, haja vista que existe uma coercitividade social acerca das obrigações do corpo feminino, que se manifestam através de padrões de beleza e de um encargo funcional, pois o corpo da mulher não possui um fim em si mesmo, mas em detrimento dos outros, uma espécie de função a ser exercida, seja para procriar ou satisfazer às vontades do patriarcado. Infelizmente, esse tipo de opressão é perpetuado socialmente de diversas maneiras, variando conforme cada cultura, por muitas vezes contando com a aquiescência das próprias mulheres, fenômeno este denominado pelo filósofo Pierre Bourdieu de “violência simbólica”, ou seja, a internalização (inconsciente) do discurso do dominador pelo dominado, que o faz cúmplice de sua própria dominação (BOURDIEU, 2010, p.45). Diante da perspectiva apresentada, percebe-se que o corpo feminino ainda necessita de autonomia, e defender esse direito, é um ato político que movimenta toda a base social. Assim, são diversas nuances que podem ser exploradas, seja no âmbito familiar, acadêmico, econômico, político e cultural. Todavia, para delinear o estudo,

a vertente em destaque será a reprodutiva e suas convergências com os demais aspectos, analisando o caminho percorrido, avanços e retrocessos, em busca dessa emancipação.

Os direitos humanos, em linhas gerais, são incorporados nas leis constitucionais como direitos fundamentais, usufruindo de proteções e garantias específicas e prioritárias para garantir sua concretização, a exemplo da impossibilidade de serem revogados por meio de legislação ordinária ou emenda, as conhecidas cláusulas pétreas. Nesse cenário, torna-se crucial classificar os Direitos Reprodutivos como componente essencial dos direitos humanos. É sabido que essa concepção compreende a dinâmica entre a cidadania e a democracia, sendo a sexualidade um dos aspectos mais polêmicos e desafiadores de avanço dentro dessas dimensões. Nesse sentido, a fim de promover a justiça social, isto é, uma ideologia que busca a igualdade de direitos e a solidariedade coletiva, surge a justiça reprodutiva. O conceito de Justiça Reprodutiva surgiu nos Estados Unidos durante a *National Prochoice Conference for the Black Women's Caucus*, em 1994, apenas dois meses após a Conferência sobre População e Desenvolvimento no Cairo (OLIVEIRA, 2022, p.257). A proposta consistiu em integrar o termo à saúde reprodutiva, buscando correlacioná-lo à justiça social, devido às desigualdades e disparidades sociais enfrentadas por mulheres em situação de vulnerabilidade. A justiça reprodutiva se refere ao remanejamento de recursos e à ampliação de direitos às pessoas que carecem de mecanismos e conhecimento para atingir a autodeterminação na reprodução, visto que, muito além de uma “escolha individual”, há outros contornos a serem considerados que são influenciados pela condição financeira, étnica, sexual e física da pessoa (LOPES, 2022, p.220). Diante disso, o indivíduo precisa se sentir seguro de que todos os seus direitos serão garantidos integralmente, ou seja, são indissociáveis, e que no caso de optar pela reprodução, o ser humano gerado terá prioridade absoluta conforme preceitua o ordenamento jurídico brasileiro, como também será de responsabilidade do Estado e da comunidade garantir seu desenvolvimento como cidadão.

Lamentavelmente, ao decorrer da história é possível verificar violações à justiça reprodutiva reproduzidas pela máquina estatal e os agentes a seu serviço como, por exemplo, os episódios de eugenia, apresentando consequências até os dias atuais. Nos Estados Unidos da década de 1970 também há relatos dessa violação descritos por Angela Davis em sua obra “Mulheres, raça e classe”, no qual o governo autorizou diversas esterilizações. À época, o Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar alegou que cerca de 16 mil mulheres e 8 mil homens tiveram o procedimento financiado pelo governo, números que foram revisados anos

depois e confirmaram estar abaixo da realidade, e que na verdade foram entre 100 e 200 mil esterilizações (DAVIS, 2016, p.220). Enquanto no Brasil, em meados de 1980 e 1990, o movimento de mulheres negras também levantava questionamentos sobre as circunstâncias em que suas escolhas reprodutivas ocorriam, especialmente em relação à esterilização associada à cesariana, frequentemente realizada sem o conhecimento das mulheres. Ao denunciar a prática de esterilização compulsória entre mulheres negras, o movimento reafirmava a necessidade de confrontar as ideias eugenistas do pós-abolição expostas nos fundamentos da Sociedade Eugênica Brasileira, criada em 1918 (Brasil, 2013; CFEMEA, 1993).

Diante disso, é evidente que a reivindicação da justiça reprodutiva ressalta de maneira contundente a problemática da negação de direitos às pessoas marginalizadas socialmente, seja pelo aspecto social, econômico ou de raça. Isso inclui eventos como a esterilização forçada no contexto das políticas de controle de natalidade, o processo de embranquecimento da população e a suposta gestão da miséria, que foram implementados no Brasil nas últimas décadas do século passado (ALVES, 2014). Outrossim, há casos mais recentes em que essa violação é mascarada como uma medida de saúde pública ou solidariedade, como foi o caso da brasileira Janaína Aparecida Aquino, a qual era pessoa em situação de rua e em razão do seu vício em drogas foi compelida pela Justiça de São Paulo a submeter-se à laqueadura em 2018 (STURZA; NIELSSON; ANDRADE, 2020). À época, o caso ganhou notoriedade em todo o país por força da clara violação aos direitos reprodutivos da cidadã, razão pela qual o Tribunal, em conformidade com a Constituição Federal e o princípio da dignidade da pessoa humana, considerou como inaceitável a realização do procedimento sem o consentimento de Janaína. A decisão foi proferida após o município de Mococa interpor um recurso, porém, já era tarde, uma vez que a esterilização compulsória já havia sido executada. Por isso, num Estado de bem-estar social, conforme o filósofo Norberto Bobbio expõe em sua obra “A era dos direitos”, o desafio central dos direitos humanos reside não apenas na sua aceitação, porém na garantia de sua proteção, efetividade e na transição do âmbito filosófico e distante para uma aplicação prática e tangível na sociedade.

Assim, é possível afirmar que a ideia de justiça reprodutiva, conforme a ativista americana Loretta Ross expõe:

[...] analisa como a capacidade de qualquer mulher para determinar seu próprio destino reprodutivo está diretamente ligada às condições de sua comunidade - e essas condições não são apenas uma questão de escolha individual e acesso. A Justiça Reprodutiva aborda a realidade social da desigualdade, especificamente, a desigualdade de oportunidades que nós temos para controlar o nosso destino

reprodutivo. Para além da demanda da privacidade e do respeito pelas tomadas de decisões individuais, essa abordagem inclui os apoios sociais necessários para que as decisões individuais sejam perfeitamente realizadas e também inclui obrigações de nosso governo para proteger os direitos humanos das mulheres. Nossas opções para fazer escolhas devem ser seguras, baratas e acessíveis. Três pilares mínimos de suporte do governo para todas as decisões individuais de vida. (ROSS, 2006).

Tendo em vista o avanço na abordagem sobre o tema da justiça reprodutiva e sua relevância para a garantia dos direitos humanos, foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no Brasil, em 1984. O propósito que impulsionou a sua criação foi a descentralização e regionalização dos serviços, incluindo ações educativas, preventivas, além do tratamento e recuperação das mulheres, pois, até então, a saúde feminina era enxergada apenas sob o aspecto reprodutivo. Nesse diapasão, nos anos seguintes, observou-se a implementação de diversas políticas voltadas para a saúde feminina no Brasil. Entre elas, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, lançada em 2004 pelo Ministério da Saúde. No mesmo ano, foi estabelecido o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Em 2005, teve início a execução da Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, seguida, no ano subsequente, pela instituição da Política de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida. No ano de 2007, foram implementadas a Política Nacional de Planejamento Familiar e o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS. Em 2008, a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias foi lançada em parceria com a Agência Nacional de Saúde (ANS). Contudo, é possível observar que as ações em vigor atualmente ainda não alcançam a eficácia desejada, principalmente na problemática da mortalidade materna, um indicador relevante da realidade social de um país, e que está inversamente ligado ao nível de desenvolvimento humano, refletindo o *status* socioeconômico, a qualidade dos cuidados de saúde, as disparidades de gênero e a eficácia das políticas de promoção da saúde pública (MARTINS; SOUZA, 2017). Dada sua relevância, a diminuição da mortalidade materna tornou-se Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) das Nações Unidas.

A definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) para morte materna compreende aquela que ocorre durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou localização da gravidez, conforme a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID10). Essa morte é atribuída a qualquer causa relacionada à gravidez ou a medidas tomadas em relação a ela, excluindo causas acidentais ou incidentais. Sob a perspectiva histórica, a Suécia do século XIX foi pioneira em adotar medidas para a redução da mortalidade materna incentivando a população feminina a buscar o auxílio

de parteiras profissionais, bem como adotar práticas de antissepsia, país claramente guiado por um forte ideal igualitário entre os sexos e promoção de bem-estar. Já na França e na Inglaterra, o estabelecimento de programas voltados para aprimorar a saúde materna e infantil teve origem no século XIX. Contudo, essas iniciativas foram concebidas com objetivos políticos e econômicos, baseando-se na premissa de que crianças saudáveis se transformariam em indivíduos robustos aptos para o trabalho e para participação em conflitos armados. Já no século XX, todos os países industrializados e suas colônias tinham estabelecido uma abordagem inicial para aprimorar a qualidade da saúde materna, porém o que acelerou e expandiu esse movimento para todo o globo foi a primeira Guerra Mundial (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011, p.142).

Embora os esforços empreendidos por organizações mundiais, alguns países em desenvolvimento ainda registram índices de mortalidade materna semelhantes aos observados nos países industrializados no início do século XX (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011, p.143). No contexto brasileiro, hodiernamente, houve o agravamento da morte materna durante a pandemia, em 2021, cerca de 110 mortes de mulheres a cada 100 mil nascidos vivos, a mesma taxa que em 1998, conforme dados analisados pelo Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr). Ademais, mesmo que todos os estados possuam Comitês de Morte Materna instalados para promover ações preventivas, todavia a atuação não é igualitária, isto é, alguns necessitam de mais apoio governamental e investimento para a sua continuidade, principalmente aqueles com alto índice de desigualdade social entre as mulheres.

Para enfrentar esse cenário, sabe-se que é necessário um sistema de saúde com ampla disponibilidade, custo acessível, bem como escolha adequada do tipo de parto, sendo que vige no Brasil a “supremacia da cesariana”, a qual expõe a mulher a alto risco de complicações de morte (se associa ao tromboembolismo, infecção puerperal e complicações anestésicas). O treinamento dos profissionais é um pressuposto para garantir a segurança dessas mulheres, as escolas médicas e de enfermagem precisam readequar o conteúdo de obstetrícia não como um ato isolado e biocêntrico, mas relacionando-se à estrutura econômica e social buscando a melhoria contínua do processo (TRAJANO; BARRETO, 2021). Por isso, convênios com entidades especializadas e reconhecidas internacionalmente é uma boa medida, na Universidade Federal do Espírito Santo, por exemplo, foi implantado um projeto pioneiro chamado *Exac - External aortic compression* (compressão aórtica externa). A técnica foi elaborada pela

norueguesa Grethe Heitmann para controle da hemorragia, uma das principais causas de morte pós-parto, a fim de treinar os profissionais que assistem o processo do parto.

2.3 A mortalidade materna e seus agravantes

O Óbito Materno é originado por motivos obstétricos tanto diretos quanto indiretos, segundo a classificação do Manual dos Comitês de Mortes Maternas do Ministério da Saúde. No que se refere ao óbito materno obstétrico direto as complicações obstétricas são ocorridas durante a gestação, parto ou puerpério, relacionadas a intervenções médicas, omissões, tratamentos inadequados ou a uma sequência de eventos desencadeados por qualquer uma dessas causas. Já o óbito materno obstétrico indireto é decorrente de doenças preexistentes à gestação ou adquiridas durante esse período, não desencadeadas por motivos obstétricos diretos, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. É importante frisar que quase todas as causas diretas são passíveis de prevenção. Contudo, em ambas as hipóteses, fatores sociais como idade, raça, estado civil, nível de educação e condição socioeconômica, são determinantes e evidenciam a presença de uma população mais suscetível e propensa a complicações. Entretanto, conforme a estudiosa Luiza Magalhães Cardoso (2010) pontua, os determinantes relacionados ao acesso a serviços, à estrutura da comunidade, forma de vida, cultura e à visão de mundo da mulher ainda são pouco explorados nos estudos epidemiológicos sobre o assunto.

Em relação ao aspecto racial, um estudo retrospectivo conduzido nos Estados Unidos ao longo de oito anos revelou que mulheres afro-americanas apresentam uma taxa de mortalidade quatro vezes superior àquela registrada entre mulheres americanas. Uma análise de artigos nacionais, que correlacionou os índices de mortalidade materna com a raça/cor, evidenciou que a taxa de mortalidade materna é mais elevada entre mulheres negras. Esses dados podem ser atribuídos a maior incidência de patologias hipertensivas, racismo estrutural, dificuldades no acesso aos serviços de saúde e a menor qualidade da assistência. Além disso, apesar das pesquisas indicarem que a condição econômica está diretamente ligada à mortalidade materna, países como Chile e Cuba, que possuem padrão econômico similar ao da América Latina, apresentam uma taxa de mortalidade materna semelhante a observada em nações desenvolvidas. Isso sugere que políticas públicas voltadas para o aprimoramento do sistema e os profissionais de saúde durante o processo de desenvolvimento podem impactar positivamente as estatísticas de óbito materno.

Salienta-se que os dados relacionados à mortalidade materna têm uma importância crucial na avaliação de programas destinados à prevenção e diminuição dessas estatísticas. Nesse cenário, o registro de óbitos deveria ser a principal ferramenta para analisar essas informações. No entanto, mesmo em nações desenvolvidas que possuam sistemas de registro de óbitos bem estabelecidos, as mortes maternas podem não ser imediatamente identificadas, requerendo investigações adicionais. Por isso, estabelecer precisamente a taxa ou razão de mortalidade materna é desafiador, a dificuldade não está na metodologia de cálculo, mas está vinculada às subnotificações e subregistros, os quais são de responsabilidade dos médicos que lidam com essas situações. Assim, foi estabelecido alguns métodos alternativos de aferição para diminuir o hiato entre a realidade e os indicadores, são eles: pesquisa domiciliar, método das irmãs sobreviventes, estudo da mortalidade feminina em período reprodutivo (Método de RAMOS), autópsia verbal e censo nacional. Conforme esses dados, nenhum método isolado é o ideal, mas associação deles configura-se uma ótima ferramenta para um indicador verossímil.

Diante disso, no Brasil desde 2017 os registros e métricas coletados pelos serviços de saúde públicos devem incorporar detalhes sobre a cor/raça do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), os quais são obtidos através da autodeclaração do paciente. Essa prática tem como objetivo abastecer os sistemas nacionais de informações, incluindo o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). A obrigação de seguir essa medida também se aplica aos serviços de saúde que possuem convênios ou são contratados pelo SUS. A coleta de dados de saúde com a categorização de cor/raça torna-se essencial para identificar vulnerabilidades que impactam de forma específica a população negra, sendo, assim, reconhecidas pelo Estado. Adicionalmente, a constatação da frequente ausência de equidade serve como ponto de partida para a elaboração de estratégias e ações direcionadas e exclusivas. A análise realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), nas últimas duas décadas, demonstra que a taxa de mortalidade das mulheres pretas (pardas e negras) é duas vezes maior do que das mulheres brancas. Também foi possível constatar através dos dados da Ouvidoria do SUS, que as mulheres negras passam menos tempo nas consultas de pré-natal, esperam mais tempo para serem atendidas, são as que menos possuem acompanhantes na hora do parto, por motivo de desautorização do serviço de saúde, e são as que mais têm partos normais (53,3%), em comparação com 48,8% das brancas. Leal *et al.* (2017) em suas pesquisas, destacam, inclusive, que há uma discrepância no uso de analgesia entre grupos raciais, possivelmente atribuível a percepções sociais e das equipes de saúde acerca de uma maior resistência à dor por parte de mulheres negras em comparação com mulheres

brancas. À vista disso, faz-se necessário analisar as implicações que o quesito raça possui na garantia da saúde às mulheres negras.

3 A INTERSECCIONALIDADE E SUA REPERCUSSÃO NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Neste capítulo, verifica-se toda transfiguração do parto e como ele vem sendo encarado pelas mulheres e hospitais brasileiros. Ademais, é possível verificar a mercantilização desse evento biológico, que se mostra mais vantajoso financeiramente através da previsibilidade que a cesárea proporciona por meio da ocupação de leitos, custos com anestesia e instrumentos médicos, além da própria remuneração do profissional de saúde que é diferente em casos de intervenção cirúrgica desse porte. Será abordado também o que é conceituado como violência obstétrica pelos órgãos e países que possuem esse termo definido, além da verificação das práticas vexatórias ainda praticadas no contexto do parto, as quais não possuem nenhum respaldo científico. Destarte, será analisado sob a perspectiva da interseccionalidade, como a raça pode ser desfavorável diante da violência obstétrica, dificultando a garantia dos direitos reprodutivos para as mulheres pretas.

3.1 O parto como um evento patológico e medicável

No século XX, em países desenvolvidos, o sistema de saúde predominante passou a recomendar que as mulheres grávidas vivenciassem o parto de maneira consciente, embora fossem imobilizadas para assegurar o controle total do útero (MADUREIRA; CORDEIRO, 2021, p.347). Elas eram afastadas de elementos que pudessem proporcionar conforto e familiaridade, sendo colocadas em ambientes hospitalares. Em seguida, eram submetidas a uma série de procedimentos médicos, muitas vezes desnecessários, que interferiam no processo de nascimento de seus filhos (DINIZ, 2005). Dessa maneira, com o passar do tempo, consolidou-se uma construção cultural profundamente enraizada na sociedade, associando o ato de dar à luz à dor. Isso resulta na confusão entre a experiência do parto e as dores experimentadas em um momento que deveria ser um dos mais especiais na vida de uma mulher (SANTOS, 2018). Nesse sentido, Oliveira e Albuquerque (2018) afirmam que:

O parto é um instituto de disputa entre um modelo exclusivo da mulher, vista como protagonista do ato e autônoma em suas decisões procedimentais, e entre a tecnologia científica que, por meio das produções de saberes, o transforma em advento médico-hospitalar colocando a mãe na condição de paciente.

Nas últimas décadas, a humanidade presenciou uma transformação tecnológica em todos os âmbitos da vida. Em suma, o norteador da sociedade pós-moderna é evoluir todo processo que possa gerar economia de recursos e tempo, mesmo que isso signifique alterar atividades naturalmente humanas. À vista disso, foi o que ocorreu com o procedimento do parto normal, o qual foi ressignificado e substituído pelo parto cesárea, o que é preocupante uma vez que a recomendação da OMS, um dos maiores órgãos intergovernamentais da Nações Unidas que dita normas de bem-estar e saúde, recomenda uma taxa de 10 a 15% de partos cesáreas. Essa recomendação está baseada em estudos que apontam que uma taxa maior que 15% não representa redução na mortalidade materna e tampouco melhores desfechos de saúde para a dupla mãe-bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, 2014, 2015). No Brasil, houve um aumento de 57,6% no número de cesarianas realizadas, de acordo com dados do Ministério da Saúde coletados de janeiro a outubro de 2022. Nesse sentido, a professora Dra. Marlise de Oliveira Pimentel Lima do curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades/USP afirma que a cesariana, quando recomendada clinicamente, pode ser vital. No entanto, é essencial salientar que, sem uma justificativa médica adequada, ela aumenta o risco de complicações. Aproximadamente 86% dos partos no sistema de saúde privado são realizados por meio de cesarianas (FIOCRUZ, 2021). Isso indica um excesso desse procedimento para mulheres sem indicações médicas necessárias e, simultaneamente, uma falta desse método ou da opção de cesariana para aquelas que realmente têm indicações médicas.

Por isso, o aumento constante de cesarianas no Brasil ressalta a importância deste tema, haja vista que muitas cirurgias cesáreas são prescindíveis. Consideram-se como cirurgias desnecessárias aquelas realizadas quando não há uma situação que represente um risco para a saúde da gestante ou do bebê e, portanto, que não exigiria intervenção por meio de procedimento cirúrgico. Sem a indicação adequada, a realização dessa cirurgia pode aumentar o risco de complicações graves para a genitora e o recém-nascido. Além disso, nesse cenário, observam-se também as elevadas taxas de intervenções utilizadas durante o parto e o nascimento. A pesquisa realizada pelo grupo Nacer no Brasil entre 2011 e 2012 revela que das 23.940 mulheres, 56,8% foram consideradas como casos de risco obstétrico habitual, ou seja, não havia indícios que justificassem o uso de procedimentos e intervenção cirúrgica. Dentre essas mulheres, 45,5% realizaram cesárea e 54,5% tiveram parto vaginal, porém, apenas 5,6% tiveram parto normal sem nenhuma intervenção. Certamente, as cesarianas são benéficas e podem salvar vidas em diversas situações, como nos casos de prolapso de cordão e descolamentos prematuros da placenta. Em muitos países africanos, há uma necessidade genuína de melhorar

o acesso a esse tipo de procedimento, assim como aos cuidados básicos pré-natais. Nações com índices muito baixos de cesariana, como a República do Níger, com 1,4%, ou Serra Leoa, com 2,9%, apresentam taxas mais elevadas de mortalidade materna e perinatal (UNICEF, 2007, p.8).

No que se refere às intervenções, a pesquisa constatou que em mais de 70% das mulheres foi realizada a punção venosa, das quais 40% receberam ocitocina e realizaram amniotomia (rompimento da bolsa) para aceleração do parto. Procedimento o qual, conforme as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal produzida pelo Ministério da Saúde, não deve ser realizada de rotina em mulheres em que o trabalho de parto esteja progredindo bem. Quanto às intervenções realizadas durante o parto, a pesquisa revelou que a posição de litotomia foi utilizada em 92% dos casos, mesmo que essa posição não seja a mais adequada pois compromete a atuação da gravidade, prejudica o descenso e encaixamento do bebê, reduzindo tanto a amplitude da bacia quanto o diâmetro pélvico. Adicionalmente, eleva o risco de compressão sobre a aorta e a veia cava, diminuindo o fluxo sanguíneo para o útero e podendo afetar a oxigenação fetal. A manobra de Kristeller, quando o médico pressiona o fundo do útero da gestante com as mãos a fim de forçar a saída do bebê, ocorreu em 37% casos e a episiotomia (corte na região do períneo) foi realizada em 56% dos partos. Conforme apontou a professora da Faculdade de Saúde Pública da USP, com pós-doutorado em saúde da mulher Simone Diniz, no Brasil, a questão da episiotomia é marcadamente um problema de classe social e de raça, porque enquanto mulheres brancas e de classe média contam com o setor privado de saúde, em sua maioria serão “cortadas por cima” na epidemia de cesárea, as mulheres que dependem do Sistema Único de Saúde serão cortadas “por baixo”, passarão pelo parto vaginal com episiotomia. A estudiosa relata ainda que em certos casos, a incisão é tão grosseira que é chamada jocosamente de ‘cesárea de vagina’, ‘hemibundectomia lateral direita’ ou ‘AVC vulvar’, quando a vulva e a vagina ficam tortas após o procedimento.

O percentual dessas intervenções foi considerado exorbitante, já que não houve intercorrências no parto para justificar a utilização dessas técnicas. Vale ressaltar que muitas dessas práticas não encontram respaldo científico internacionalmente, são vexatórias dado o momento vulnerável pelo qual a mulher está exposta, bem como são passíveis de arriscar a integridade da mãe e do bebê. Fato é que se observa uma injustiça epistêmica, conceito proposto pela filósofa britânica Miranda Fricker, a qual se realiza quando “na formação do saber ou em sua expressão discursiva, imputa-se de maneira apriorística um déficit de capacidade ao sujeito, que é, então, percebido como menos crível ou menos capaz”. Cabe, portanto, retomar o

protagonismo das mulheres no parto, enxergando-o como um processo fisiológico que respeita o tempo dos corpos femininos, em oposição a um evento patológico e medicável, o qual reduz mulher a um objeto a ser manuseado pelo médico. Nesse sentido, observa-se que o ambiente médico-hospitalar está propício a abusos e desrespeitos, instituindo uma relação hierárquica entre os envolvidos, no qual o profissional de saúde assume um comportamento paternalista e autoritário configurando a violência obstétrica.

3.2 A violência obstétrica e suas múltiplas definições

Ao longo da história as mulheres têm sido alvos de violência, manifestada de diversas formas. Para a Organização Mundial da Saúde, violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Assim, depreende-se que a violência obstétrica é mais uma espécie desse gênero, numa acepção do termo .se refere a qualquer ação ou intervenção praticada sem o consentimento informado da mulher, em desrespeito à sua autonomia e integridade física e mental, podendo ocorrer em qualquer fase, seja no pré-natal, no parto, no pós-parto, na cesárea e no abortamento. Engloba uma variedade de procedimentos realizados sem o consentimento da paciente e contrários às evidências científicas mais recentes, como também a negligência no atendimento, a discriminação racial e social, os abusos sexuais e a violência verbal. A expressão foi criada pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio, e tem influenciado os movimentos sociais dedicados a combater as violências praticadas contra mulheres, especialmente aqueles empenhados na busca pela humanização da assistência materno-infantil.

A era digital também contribuiu para que o termo repercutisse, principalmente pela facilidade em compartilhar depoimentos e relatos nas redes sociais. Foi o caso da influenciadora Shantal Verdelho, que aproveitou sua visibilidade para denunciar o episódio de violência obstétrica cometido pelo profissional Renato Kalil, em setembro de 2021. Na gravação de seu parto, é possível verificar uma série de atos desrespeitos como xingamento, descredibilização da vontade da paciente, além do uso de práticas inadequadas e perigosas à saúde da genitora e sua criança. A denúncia foi rejeitada pelo juiz Carlos Alberto Corrêa de Almeida Oliveira, da 25ª Vara Criminal de São Paulo, quem afirmou que faltavam provas que justificassem no processo a imputação dos crimes alegados pela promotoria contra o obstetra. Porém, em sede de recurso, o pedido foi julgado e a decisão foi unânime entre os desembargadores, e a partir de agora, o médico vai responder em primeira instância pelos crimes de violência psicológica e

lesão corporal em parto. Ainda para ilustrar o potencial do ciberativismo, destacam-se duas iniciativas brasileiras ocorridas entre 2012 e 2013. Ambas foram concebidas e executadas integralmente num ambiente conectado, utilizando as novas mídias como ferramentas para ação e promoção da saúde, com ênfase especial na saúde da mulher e na atenção obstétrica. Essas iniciativas compreendem o "Teste da Violência Obstétrica" e o videodocumentário "Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras".

Embora as práticas violentas na assistência ao parto estivessem sob discussão no Brasil desde as décadas de 1980 e 1990, especialmente impulsionadas pelo movimento em prol da humanização do parto, somente entre 2007 e 2010 é que o termo "violência obstétrica" passou a ser adotado no país. Contudo, seus conteúdos e circunstâncias associadas permaneciam amplamente invisíveis ou eram naturalizadas por grande parte das gestantes, profissionais da saúde, gestores e população em geral. Essa invisibilidade dificultava a discussão e a elaboração de estratégias de enfrentamento, uma vez que a coletividade não compreendia exatamente o que essa forma de violência envolvia. Até então, tanto a mídia tradicional quanto a sociedade em geral, especialmente as usuárias dos serviços de saúde, questionavam ativistas, profissionais da saúde e pesquisadores sobre o que, de fato, era a expressão "violência obstétrica". A compreensão do conceito ainda estava predominantemente limitada aos grupos envolvidos de alguma forma no movimento em prol da humanização do parto, sobretudo profissionais da obstetrícia e da saúde pública. Em geral, a coletividade ainda não compreendia plenamente o conceito, não identificava as práticas envolvidas e tais desconhecimentos contribuíam para certa desconfiança ou descrença em relação à sua real existência.

Motivadas por essas preocupações e com o propósito de incentivar as mulheres a avaliarem a qualidade da assistência ao parto que recebiam, ativistas pela humanização do parto no Brasil conceberam e promoveram, em 2012, uma pesquisa informal intitulada "Teste da Violência Obstétrica". Em 8 de março de 2012, Dia Internacional da Mulher, o teste foi disponibilizado online simultaneamente em mais de setenta blogs, como parte de uma iniciativa conhecida como "Blogagem Coletiva", na qual diferentes blogs e sites participam de uma ação coordenada para ampliar sua divulgação. O teste envolveu a avaliação, por parte das mulheres, dos cuidados recebidos durante a internação para o parto e nascimento nas maternidades. O questionário compreendia 15 perguntas de múltipla escolha, abordando aspectos sociodemográficos e questões relacionadas ao atendimento durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato. Os resultados, organizados e compilados, foram divulgados publicamente em

21 de maio do mesmo ano, nos mesmos mais de setenta blogs e sites que inicialmente participaram. Os resultados dessa iniciativa informal, notáveis pelo que revelaram, chamaram a atenção da mídia tradicional, que cobriu a história por meio de matérias em rádio, revistas e televisão.

Ainda em 2012, as mesmas ativistas, sob a liderança da pesquisadora Bianca Zorzam, conduziram uma segunda iniciativa usando a conectividade, com o objetivo de continuar contribuindo para a desnaturalização e superação da invisibilidade da violência obstétrica. Por meio de mobilização nas redes sociais e blogs, mulheres que vivenciaram situações de violência durante seus partos foram convidadas a gravar vídeos curtos, com duração máxima de cinco minutos, compartilhando suas experiências sobre as violências sofridas durante o nascimento de seus filhos em maternidades brasileiras. Mais de vinte mulheres, identificando-se como vítimas de violência obstétrica, voluntariamente enviaram vídeos e/ou fotos documentando o parto/nascimento de seus filhos. O material recebido foi cuidadosamente editado, resultando na produção de um videodocumentário popular intitulado "Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras", disponibilizado para livre acesso na plataforma de vídeos YouTube, permitindo que qualquer pessoa com acesso à internet pudesse assisti-lo. As ações mencionadas contribuíram para reforçar a defesa dos direitos das mulheres de receberem atendimento adequado durante o parto e o nascimento de seus filhos. Essa reivindicação, conforme inicialmente proposto nas décadas de 1980 e 1990 pelo movimento em prol da humanização do parto no Brasil, está alinhada com os movimentos contemporâneos que buscam o direito de escolher e controlar seus corpos e vidas. Tal luta foi vivenciada com ainda maior intensidade no Brasil em 2015, durante o movimento conhecido como "Primavera das Mulheres".

Apesar da existência concreta dos casos e incessantes relatos, a terminologia associada ainda suscita controvérsias. Em uma declaração de outubro de 2018, o Conselho Federal de Medicina (CFM) manifestou desaprovação ao termo "violência obstétrica", considerando-o uma afronta à prática médica e à especialidade de ginecologia e obstetrícia. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) também repudia o termo dizendo que “o maior erro do conceito de 'violência obstétrica', é tentar transformar em regra a exceção, dando a impressão de que médicos e enfermeiros habitualmente tratam parturientes de modo violento. Nada pode ser mais injusto do que isso. A imensa maioria das pessoas que cuidam e auxiliam mulheres a parir são pessoas dedicadas, corteses e comprometidas com as boas práticas”. O próprio Ministério da Saúde se manifestou através de um despacho do

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, publicado em 2019, afirmando que o termo possui uma conotação inadequada e que está adotando estratégias para abolição do seu uso. Diante disso, o Ministério Público Federal, a Ordem dos Advogados do Brasil e a Associação Nacional dos Defensores Públicos Federais repudiaram a orientação do órgão federal. Quanto à OMS, o órgão manifesta que “atualmente não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Em consequência, sua prevalência e impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres não são conhecidas”. Contudo, conforme o filósofo Sócrates afirma, nomear corresponde a uma ação que deve ser praticada a fim de que o nome indique a realidade das coisas com precisão. Por isso, é necessário que se dê um nome à violência vivenciada por diversas mulheres na maternidade, somente assim será possível discutir e combater essa abominável conduta.

Por ora, não é possível chegar a um consenso na definição da violência obstétrica na literatura. Há autores como Clara Fróes de Oliveira Sanfelice et al, que define como sendo a violência psicológica, caracterizada por ironias, ameaças e coerção, além da violência física, por meio da manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, dificultando e tornando desagradável o momento do parto, mentir para a paciente sobre sua condição de saúde ou sobre os procedimentos realizados também se caracterizaria como violência obstétrica. Já os autores D’Oliveira, Diniz e Schraiber definem que a violência obstétrica se divide em quatro tipos: negligência, violência psicológica, violência física e violência sexual. Por conseguinte, é compreendida como uma transgressão aos direitos das mulheres durante o processo de parto, envolvendo a perda da autonomia e da capacidade de decisão sobre seus próprios corpos. Nesse contexto, denota a apropriação dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, por meio de uma abordagem de parto mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada.

3.3 A violência obstétrica na América Latina

A Venezuela é um dos países pioneiros no combate da violência obstétrica, bem como o mais progressista nessa temática na América Latina. O governo venezuelano promulgou a *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* em 2007, a qual promove os direitos das mulheres e enumera 19 formas de violência, entre as quais se inclui a violência obstétrica. As práticas de profissionais de saúde consideradas violência obstétrica sob esta lei são: não atender as emergências obstétricas; obrigar a mulher a parir em posição de litotomia; impedir o apego inicial da criança sem causa médica justificada. Alterar o processo

natural do parto através do uso de técnicas de aceleração sem consentimento voluntário da mãe; praticar o parto por via cesárea quando há condições para o parto natural. Essa medida permitiu a melhoria em alguns aspectos para as mulheres grávidas, contudo a lei ainda precisa ser mais divulgada no contexto médico e para as usuárias, visto que por vezes é desafiador distinguir práticas inadequadas e violentas, pois o parto é um constructo social que muitas vezes para ser considerado bem-sucedido é relacionado com um processo breve e ter um bebê saudável. Tudo isso contribui para que elas não percebam que estão sendo vítimas de violência e aceitem algumas intervenções consideradas rotineiras, buscando conhecer seu bebê rapidamente. Ademais, a alegria e a satisfação de estar com o filho, juntamente com a sensação de que tudo transcorreu bem, sem complicações significativas, podem atenuar a percepção da violência ocorrida durante o atendimento de saúde.

Outros países da América Latina incluíram em seu ordenamento jurídico normas que versem sobre o direito das mulheres grávidas. Na Argentina, por exemplo, a Lei n. 25.929 denominada Lei do Parto Humanizado estabelece os direitos de pais e filhos durante o processo de nascimento. Mesmo que a lei não trate especificamente do conceito de violência obstétrica, ela classifica os direitos das mulheres em trabalho de parto, no parto e no pós-parto tal como: o de ser informada sobre as intervenções médicas que possam ocorrer, dando o direito da gestante escolher qual a opção é de seu interesse; de ser considerada pessoa capaz, para que assim tenha facilidade para participação ativa durante o parto, além de ser a protagonista do seu próprio parto; direito ao parto natural, respeitando o seu tempo biológico e psicológico, assim evitando intervenções e práticas invasivas que não sejam necessárias para o estado da gestante ou da criança; de ser informada sobre o estado de saúde da criança, a evolução do parto e todas as outras informações que envolva ela e a criança; de estar acompanhada de uma pessoa de sua confiança durante todo o processo do parto; de ter a criança consigo durante a permanência na instituição hospitalar, desde que a criança não requeira cuidados especiais, entre outros. No México, o senado aprovou três dispositivos na *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* em 2014, no qual um deles tipifica a violência obstétrica como crime, principalmente porque à época mais de 50% dos partos eram realizados por cesárea, em sua maioria desnecessárias.

Outrossim, aspectos como raça, estrato social e escolaridade impactam na forma como as usuárias percebem o atendimento ao parto e ao próprio processo de parto. Em alguns serviços de saúde que atendem mulheres com baixa escolaridade e renda, utilizam como prerrogativa essas características para enxergá-las como incapazes de decidir sobre o seu próprio corpo.

Existem profissionais que optam por não utilizar termos técnicos com as pacientes, fornecem explicações imprecisas e se sentem ofendidos diante de questionamentos, ou ainda, tratam de forma infantilizada as gestantes e puérperas nos consultórios e hospitais, as quais muitas vezes são chamadas de “mãe” e “mãezinha”, diminuindo sua identidade complexa e reduzindo a mulher ao papel social de mãe quando buscam a submissão da mulher à dor ou aceitação de algum protocolo médico-hospitalar. Há, igualmente, uma tentativa moralizante de responsabilizar a mulher pelo exercício de sua sexualidade. Ela deve sentir dor e acatar as diretrizes superiores sem questionar, como uma punição por ousar exercer seu livre-arbítrio. O ‘ponto do marido’, procedimento que nos Estados Unidos é denominado *husband stitch*, trata-se de uma prática cirúrgica de uma sutura a mais na episiotomia para conceder maior prazer ao parceiro masculino, e sinaliza quem desempenha um papel crucial nessa equação. Embora nomeado dessa forma, é fundamental esclarecer que não se trata de uma solicitação direta do parceiro da mulher em trabalho de parto, mas sim uma iniciativa dos próprios especialistas.

Em consequência, cresce o número de gestantes que decidem dar à luz sem nenhuma assistência profissional, colocando-se como únicas responsáveis pela vida dos filhos e delas próprias. O parto livre, autônomo ou autoassistido é uma resposta daquelas que entendem que os profissionais da saúde não têm mais autoridade sobre o que é necessário durante o parto do que a mãe, premissa rejeitada pelos médicos. O movimento é recente, mas vêm gerando muitas adeptas, nos Estados Unidos onde, por exemplo, foi criada uma plataforma educacional chamada *Free Birth Society* a qual se dedica em guiar o parto livre. O médico francês Michel Odent, a maior referência viva de estudo e produção científica relacionados a fisiologia do parto, protagonismo feminino e consequências da forma como nascemos na saúde adulta, é um simpatizante da temática. Para ele é necessário “mamiferizar o parto”, isto significa dizer que o parto é comandado pelo cérebro primitivo, responsável pela produção dos “hormônios do amor”, e a principal função de quem assiste é proteger o ambiente para que as mulheres possam liberá-los, logo a privacidade é primordial. A Febrasgo se manifestou completamente contrária a qualquer tipo de parto desassistido, para a Federação o parto deve ocorrer em ambiente hospitalar conduzido por uma equipe multidisciplinar especializada. Infelizmente, essa é uma reação às condições atuais do parto e como as gestantes são tratadas pelo sistema de saúde, implicando dizer que as mulheres estão se sentindo mais seguras confiando em sua intuição ao invés de incumbir ao obstetra, profissional experiente e de notável saber, essa função.

3.4 A raça como um agravante à violência obstétrica

Na perspectiva de raça, é sabido que as relações sociais no Brasil são norteadas a partir desse aspecto implicitamente. O viés racial pode ser interpretado como uma perspectiva tendenciosa desenvolvida a partir do contexto histórico que legitimou a escravidão negra no Brasil. Esse cenário deu origem a práticas, conscientes e inconscientes, enraizadas nas ações políticas, econômicas, sociais e culturais que retratam a pessoa negra como desprovida de inteligência, humanidade e habilidade de articulação política, não sendo considerada como sujeito pleno de cidadania. Silvio de Almeida, filósofo e Ministro dos Direitos Humanos e da Cidadania do Brasil, afirma em sua obra que o racismo é estrutural e estruturante também às relações sociais e, portanto, à formação do sujeito. Por essa razão, os indivíduos são constrangidos cotidianamente na própria dinâmica que vivem devido a sua raça. Assim, deduz-se que a atenção à saúde da população brasileira não escapa desse fenômeno, uma vez que reflete em sua rotina as influências político-raciais presentes em nossa sociedade. Este é o percurso pelo qual o racismo institucional se evidencia, resultando em disparidades no acesso aos serviços institucionais. Vale ressaltar que o racismo institucional atua de forma discreta, gerando desigualdades não apenas na prestação de serviços, mas também na capacidade de distribuição de benefícios e oportunidades entre distintos grupos com base em características raciais.

Pesquisas, como as conduzidas por Kalckmann *et al.* (2007), destacaram manifestações verbais dirigidas a mulheres negras durante o pré-natal e o parto, como: "Ouvi a recepcionista (pré-natal) dizer: negra é como coelho, só dá cria"; "No parto do meu último filho, não me administraram anestesia"; "O médico não examinou a gestante negra". Outros relatos incluíram: "Durante o pré-natal, só me mandavam perder peso; eu nem sabia o que era eclâmpsia, quase morri" (Kalckmann *et al.*, 2007, p. 146). Diante dessas evidências, abordar a violência obstétrica associada ao racismo institucional torna-se imperativo para expor a história de violações de direitos às quais as mulheres negras são submetidas, especialmente durante o período gravídico-puerperal. Por essa razão, faz-se necessário entender o conceito de interseccionalidade cunhado pela defensora de direitos humanos Kimberlé Crenshaw:

[...] uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (Crenshaw, 2002, p. 177).

Observa-se, portanto, que frequentemente lidamos não apenas com grupos distintos de pessoas, mas sim com grupos que se sobrepõem, através da interação entre um ou mais sistemas de opressão, conforme delineado por bell hooks (2018). Nesse contexto, a noção de 'interseccionalidade', conforme explorada por Crenshaw, emerge como uma conexão entre instituições, eventos e discussões relacionadas aos direitos humanos, abordando questões de gênero, raça, classe social, entre outras. Dessa maneira, a escravidão institucionalizou a privação da autonomia da mulher negra sobre seu próprio corpo e sua capacidade reprodutiva, o sistema escravocrata garantia sua funcionalidade por meio da exploração dos corpos dessas mulheres. Na época, leis coloniais permitiam o uso irrestrito do ventre negro para propósitos reprodutivos, visando expandir o número de escravizados. A interpretação do racismo contemporâneo como uma estrutura social de subjugação e marginalização, profundamente enraizada em um apelo histórico, nos conduz a uma compreensão dos dados mais recentes que destacam as mulheres negras como as mais vulneráveis à violência obstétrica no país.

Cabe, portanto, compreender o conceito de racismo. Para a escritora Grada Kilomba (2019) há três características distintivas que o caracterizam. A primeira refere-se à 'construção da diferença', onde o termo 'negro' é percebido como diferente em relação ao grupo 'branco', que detém o poder de se autodefinir como a norma. Dessa forma, a 'branquitude' torna-se um ponto de referência, estabelecendo um processo discriminatório no qual os 'Outros raciais' são percebidos como distintos. A segunda característica está relacionada ao fato de que essas diferenças estão intrinsecamente ligadas a valores hierárquicos, resultando em estigma, desonra e inferioridade. Nesse contexto, as hierarquias contribuem para a naturalização das discriminações, uma vez que o 'Outro' é considerado como o problemático, o incomum, o perigoso. Dessa maneira, a normalização da violência obstétrica, sobretudo no que concerne às mulheres negras, pode ser compreendida à luz da análise Kilomba, inserindo-se em um amplo processo discriminatório de criação do preconceito e da diferenciação. Outrossim, Kilomba explora uma terceira característica crucial do racismo: o poder, seja ele social, histórico, econômico e/ou político. Para a autora, é a fusão do preconceito e poder que configura o racismo, refletindo a supremacia branca. Desse modo, o racismo ligado à dimensão do poder se materializa através das desigualdades na distribuição de recursos e oportunidades como educação, representação política, moradia e saúde.

No âmbito da saúde, de acordo com Leal (2017), as mulheres pretas e pardas enfrentam maiores desafios desde a gestação até o puerpério. Resultados de uma pesquisa conduzida pela autora indicam que, entre as mulheres, as pretas são as que mais frequentemente passam por

episiotomias, e para essas mulheres, é administrada uma quantidade menor de anestésico local durante o procedimento. O mesmo estudo revela que o número de mulheres negras e pardas sujeitas à peregrinação durante o parto, bem como aquelas coagidas a realizar cesarianas, é maior em comparação com as autodeclaradas brancas. Além disso, conforme a autora, as mulheres negras são as que mais sofrem violência verbal por parte da equipe obstétrica. Outra pesquisa realizada para aferir a satisfação das mulheres no atendimento ao parto realizada por D'orsi *et al.* em 2014, verificou que a cor da pele atua como agravante negativo aos resultados:

A cor de pele foi associada à pior avaliação do tempo de espera até ser atendida e menos privacidade nos exames; e o trabalho de parto, por sua vez, associou-se a menores níveis de respeito e privacidade e ao maior relato de violência. A fonte de pagamento privado foi associada ao menor relato de violência, mais respeito, mais privacidade, mais clareza nas explicações, mais possibilidade de fazer perguntas e maior participação nas decisões. (D'ORSI *et al.*, 2014, p.161).

Nesse contexto, evidencia-se, conforme salientado por Bárbara Paes (2015), a presença de um imaginário fundamentado na ideia de que as mulheres negras possuem uma notável força, habituadas a suportar abusos, é o que resulta numa menor aplicação de anestesia durante o parto e na ausência de informações adequadas ao longo da gravidez. Conforme a autora, a dor experimentada por essas mulheres é considerada menos digna de consideração humana. A partir desse ponto, persiste a crença, conforme identificada por Gilberto Freyre (2003), na maior "vitalidade" das mulheres negras. Portanto, as maiores chances de serem vítimas de violência obstétrica atualmente estão vinculadas às mulheres pretas e pardas, de acordo com a percepção existente, mais inclinadas a suportar consideráveis fardos. Outro ponto que merece destaque é que, apesar das semelhanças evidenciadas entre mulheres pardas e pretas, a pesquisa revelou indicadores de atendimento pré-natal e parto mais desfavoráveis entre as mulheres pretas. Implica dizer que existe um nível de cuidado menos satisfatório, com prejuízos para aquelas de tonalidade mais escura. No que concerne a essa última constatação, é possível estabelecer uma comparação com o pensamento de Virgínia Leone Bicudo (1955), que ressalta a cor mais "carregada" do negro como um fator de rejeição/discriminação, ao passo que o gradual "branqueamento" é considerado um atenuante.

Isto posto, faz-se primordial verificar quais os mecanismos utilizados para combater a violência obstétrica adotados pelo Poder Público, além de avaliar a eficácia dessas medidas. Outrossim, assimilar como a justiça brasileira atua diante da lacuna legislativa, como também, entender se há penalidades aplicadas pelo Conselho Federal de Medicina ou alguma menção no código de ética da categoria que se mostre promissora no desestímulo à violência obstétrica.

4 A EFICÁCIA DOS MECANISMOS DE CONTROLE EXISTENTES PARA DESESTÍMULO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS IMPLICAÇÕES

Diante de toda a conceituação e problemática apresentada, nessa seção, o intuito é entender os meios disponíveis para combater a violência obstétrica e avaliar se são dotados de eficácia no contexto dos órgãos administrativos, principalmente diante do conselho profissional dos médicos. Outrossim, será verificado como essas demandas estão sendo categorizadas pelo Supremo Tribunal Federal, haja vista a representatividade e magnitude que as decisões da Corte possuem para manter a harmonia social. Por fim, será correlacionado o conceito de biopolítica, raça e o direito penal, os quais em conjuntos auxiliam na compreensão da problemática no sentido de que é necessária uma mudança cultural para valer-se de melhorias significativas no âmbito da proteção dos direitos reprodutivos.

4.1 A atuação dos órgãos administrativos para o combate da violência obstétrica

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), instância máxima de deliberação do SUS, é responsável por emitir pareceres sobre a saúde pública, além de criar resoluções que devem ser adotadas pelo Ministério da Saúde. Este órgão emitiu em 2017 a resolução nº 561 a qual, além de incentivar a promoção do parto normal, trata também do combate à violência obstétrica e propõe diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Mulheres. Num dos trechos acerca das vulnerabilidades nos ciclos da vida feminina, afirma que é preciso “coibir a violência obstétrica com a responsabilização da autora e do autor, caso ocorra” (eixo iii, dispositivo 51). No trecho seguinte dispõe em quais esferas a conduta pode incorrer: “[...] sob pena cível, criminal e administrativamente a todo e qualquer profissional que realiza práticas consideradas enquanto violência obstétrica.” (eixo iii, dispositivo 52). Porém, para que esse instrumento seja eficaz na viabilização da segurança das gestantes e parturientes, precisa-se de uma regulamentação específica, da mesma forma que a categoria profissional também encare a problemática com veemência.

O Código de Ética Médica dispõe no artigo 14 que se caracteriza como responsabilidade profissional “praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no país”, o artigo 31, salienta que é vedado ao médico “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de

práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”. Já o artigo 24, o proíbe de “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”. Em contrapartida, o Conselho Federal de Medicina (CFM) manifestou na resolução nº 2.232/2019, a possibilidade do profissional de saúde atuar, mesmo contra a vontade da gestante, analisando a perspectiva do binômio mãe/feto, caracterizando a conduta da mãe como abuso de direito dela em relação ao feto (art. 5º, parágrafo 2º). Vejamos, a compreensão de abuso de direito surge a partir da noção de limite associada aos direitos individuais, de modo que não só o Poder do Estado é relativo, mas também os direitos conferidos ao indivíduo não são absolutos em contato com as normas de interação social, princípios de bem-estar e equidade. Por essa razão, depreende-se que é uma ação que, embora legal, revela-se incongruente com o propósito que se busca atingir e promover naquela situação específica. Assim, sob o prisma da liberdade da mulher e do poder de família, infere-se que o dispositivo elaborado pelo CFM infringe a autonomia da gestante porque ela é, sem dúvidas, a maior interessada em sua própria saúde e de seu bebê. Em situações não emergenciais, somente ela pode decidir sobre a viabilidade de seguir determinado tratamento, avaliando cuidadosamente os riscos e benefícios envolvidos. Não há que se falar em abuso de direito visto que a prática médica não é uma ciência incontestável para confirmar, antes da conclusão do ato, que tal conduta irá afetar o bebê ou a saúde da genitora, trata-se sim de um prognóstico que, se confirmado, deverá responsabilizar a conduta dos pais pelos eventuais danos causados. Outrossim, é válido perceber que a compulsoriedade e a responsabilidade que o parágrafo relata é exclusivamente da mulher, excluindo a parcela de responsabilidade da figura paterna.

A apuração dos eventos na esfera administrativa, independente das responsabilidades cíveis e penais, é regulamentada pela Resolução 2.145/16 do CFM, que estabelece os procedimentos para a Sindicância e o Processo Ético-Disciplinar (PEP). A sindicância, primeira fase da investigação, pode ser iniciada pelo próprio CRM ou a partir de uma denúncia verbal ou escrita, não sendo permitida a apresentação anônima. Após a instauração da sindicância, o corregedor designará um conselheiro sindicante para elaborar um relatório conclusivo, indicando os indícios de materialidade e autoria dos eventos apurados. Em seguida, o relatório conclusivo da sindicância pode seguir quatro possíveis desfechos: propor conciliação, sugerir um termo de ajustamento de conduta (TAC), arquivamento ou a abertura do Processo Ético-Disciplinar. Em resumo, a instauração do PEP está condicionada aos resultados da sindicância, e segue um processo semelhante ao judicial, garantindo ao médico o direito de defesa,

representado por um advogado, produção de provas, realização de audiência e a possibilidade de recurso para o CFM após a conclusão do julgamento.

É válido destacar que diante de uma condenação criminal o médico ficará impedido de realizar inscrição em outro Conselho Regional, conforme decreto n.º 44.045/58. Isso ocorre porque um dos documentos necessários é a quitação eleitoral e como se sabe, na hipótese de condenação criminal transitada em julgado a suspensão dos direitos políticos do condenado ocorrerá como efeito automático da sentença, decorrendo diretamente da Constituição Federal (art. 15, inciso III). Porém, caso a decisão judicial penal não tenha explicitamente vedado o exercício da profissão médica com base no art. 47, inciso II do Código Penal, não é admissível restringir a prática da atividade profissional em qualquer região do território nacional, pois se qualifica como atividade liberal. Há também os casos de cassação imposta pelos Conselhos Regionais com base na Lei n.º 3.268/57, art. 22. Contudo, é um longo caminho a ser percorrido, haja vista que o processo administrativo, diferente do âmbito penal em que cada delito é cominado numa pena específica, é responsabilidade do respectivo Conselho Regional avaliar a gravidade da conduta e determinar a penalidade apropriada. Isso implica dizer que em muitas situações o papel do Conselho torna-se defender o profissional de saúde diante da acusação ao invés de fiscalizá-lo e cobrá-lo.

4.2 A violência obstétrica sob o enfoque do judiciário brasileiro

A primeira causa relacionada à mortalidade materna evitável decidida por um órgão internacional de direitos humanos, foi o caso Alyne Pimentel, brasileira, negra, 28 anos. Grávida de seis meses, ela buscou ajuda na rede pública em Belford Roxo, Rio de Janeiro, devido à náusea e dores abdominais. Após receber analgésicos e ser liberada, retornou ao hospital com a morte do feto sendo constatada. Sua situação piorou, enfrentando atrasos na transferência para outro hospital. Ao chegar ao segundo hospital, esperou várias horas no corredor por falta de leito na emergência, falecendo em 16 de novembro de 2002, devido a uma hemorragia digestiva relacionada ao parto do feto morto. Na decisão proferida, o Comitê estabelecido pela Convenção para Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, sua sigla em inglês) recomendou que o Estado Brasileiro implementasse, entre outras disposições, medidas que: a) garantissem o direito da mulher à uma maternidade segura; b) proovessem treinamento técnico adequado aos profissionais da saúde; c) garantissem acesso aos recursos efetivos nos casos em que os direitos à saúde reprodutiva da mulher tivessem sido violados; d) garantissem que as instituições de saúde cumprissem com os padrões

nacionais e internacionais relevantes sobre assistência à saúde reprodutiva (fl. 19, e-doc. 1). Haja vista a terminologia recente do termo violência obstétrica, são poucos processos relatando sua ocorrência. Porém, a situação fática acontece há bastante tempo e grande parte dos julgados eram denominados por ‘danos morais’ e ‘erro médico’. É válido, porém, estabelecer a diferenciação entre a violência obstétrica e o erro médico. Enquanto a primeira é uma violência de gênero, a segunda pode ser qualquer tipo de negligência ou imprudência médica. Nesse sentido, busca-se examinar casos que chegaram a maior instância brasileira e o que as diretrizes adotadas pelo órgão permitem deduzir sobre o futuro.

Por conseguinte, com a finalidade de entender como a lacuna legislativa impacta a demanda de ações judiciais foi analisado no sítio eletrônico do Supremo Tribunal Federal os acórdãos prolatados que possuíam o termo ‘violência obstétrica’ sem, no entanto, encontrar nenhum resultado. Então, em seguida, foi verificada as decisões monocráticas, seguindo os mesmos parâmetros, a qual resultou em 4 sentenças: 1 reclamação, 2 recursos extraordinários com agravo e 1 mandado de segurança, datados de 2017 a 2023. Com o objetivo de obter uma amostragem mais precisa dos danos identificados em cada julgamento, bem como sua quantidade, foi elaborada uma tabela que especifica a data da decisão, número do processo, a fundamentação jurídica e as situações violadoras, conforme apresentado abaixo:

Tabela 1: número do processo, situação violadora, fundamento jurídico da sentença e data da decisão

Número do processo:	Situação violadora:	Fundamento jurídico da sentença:	Data da decisão:
Reclamação 61034 / GO – GOIÁS	Decisão judicial que extinguiu ação popular, em primeira instância, denunciava a omissão do Conselho Regional de Goiás quanto às infrações sanitárias cometidas por médicos que deveriam notificar compulsoriamente casos de violência obstétrica.	A pretensão da parte autora não consiste em anular um ato praticado pelos réus, mas condená-los a obrigações de fazer e de não fazer. Ora, a imposição dessas posturas comportamentais não se revela alcançável mediante ação popular.	08/08/2023
Recurso Extraordinário com Agravo 1338803 / DF – DISTRITO FEDERAL	Contesta a decisão do juízo baseada no laudo pericial emitido pela própria equipe médica, o qual como não foi impugnado no momento oportuno, prevaleceu a	Para ultrapassar o entendimento do Tribunal de origem, seria necessário analisar a causa à luz da interpretação dada à legislação infraconstitucional pertinente e reexaminar os fatos e as	06/08/2021

	despeito do mero inconformismo da parte.	provas dos autos, o que não é cabível em sede de recurso extraordinário, pois a afronta ao texto constitucional.	
Recurso Extraordinário com Agravo 1444879 / MT - MATO GROSSO	A gestante é portadora de glicose sanguínea elevada e bebê com sobrepeso, com apenas sete meses de gestação recomendarem a realização de cesariana, os médicos que assistiram a parturiente fizeram parto normal com utilização de procedimento para expulsão do feto sem os cuidados necessários (Manobra de Kristeller), ocasionando-lhe sofrimento e sequelas físicas	Verifica-se que, para ultrapassar o entendimento do Tribunal de origem, seria necessário reexaminar os fatos e as provas dos autos, o que não é cabível em sede de recurso extraordinário. Incidência da Súmula 279 desta Corte.	18/07/2023
Mandado de Segurança 34347 / DF - DISTRITO FEDERAL	Responsabilização civil do Município de Diadema por violência obstétrica contra mulher e neonato. O writ foi impetrado em face do Procurador-Geral da República, imputando-lhe a prática de ato ilegal consistente na omissão em apreciar pedido para que seja instaurado, perante o STJ, o Incidente de Deslocamento de Competência.	Não há que se falar em direito subjetivo de titularidade que legitime a impetração de mandado de segurança em face do Procurador-Geral da República para fins de instauração do IDC, porquanto exaurido o direito de petição que lhe é constitucionalmente assegurado.	01/02/2017

Fonte: Supremo Tribunal Federal (2024)

Os casos, gradativamente, têm chegado à última instância do judiciário brasileiro, contudo sem destacar a devida notoriedade e gravidade do problema da violência obstétrica, um aspecto frequentemente subestimado nos pareceres, apesar da evidente violação dos direitos das parturientes, sobretudo quando analisado sob a perspectiva de raça, condição econômica e escolaridade. Importante enfatizar que a maioria da população brasileira utiliza o sistema de saúde pública, e muitas dessas pessoas enfrentam dificuldades econômicas. Grande parte das usuárias desse sistema também não possui um alto nível de escolaridade e não está ciente de seus direitos, fatores que, quando combinados, facilitam a ocorrência da violência obstétrica.

Assim, a carência financeira, aliada à falta de conhecimento dos direitos, atua como um impedimento significativo para o pleno exercício do direito ao acesso à justiça isso implica dizer, portanto, que a violência obstétrica está profundamente arraigada e protegida por uma série de direitos que são violados e restringidos para as mulheres.

4.3 A eficácia dos mecanismos de combate à violência obstétrica

A Constituição Federal de 1988, no seu artigo 5º, aborda os direitos e garantias fundamentais. Os direitos são manifestações de conteúdo declaratório, ao passo que as garantias visam resguardar esses direitos em situações de ameaça ou violação. Assim sendo, a prática da violência obstétrica viola vários dispositivos constitucionais. Dessa forma, Veloso e Serra (2016, p.260) afirmam que:

Como sujeitos de direitos, a parturientes possui uma série de direitos, tais como: a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CRFB/88) como fundamento do Estado Democrático de Direito; o princípio da igualdade (art. 5º, I, CRFB/88) que a protege de todas as formas de discriminação; o princípio da legalidade (art. 5º, II, CRFB/88) que assegurar autonomia à mulher; e ainda a proteção à vida, à saúde (acesso, segurança), à maternidade e à infância (Princípio da Beneficência).

Assim, conforme destacado de maneira eloquente por Maria Helena Diniz (2014), o direito social à proteção à maternidade conduz a mulher à garantia de direitos fundamentais e ao direito a uma vida digna. Essa salvaguarda à maternidade visa preservar a dignidade humana, assegurar uma vida livre de violência e garantir o direito à vida em sua totalidade, desde o DNA até a gestação, passando pelo parto e, por fim, abrangendo o período de amamentação. Por isso, é importante verificar a atuação do Poder Público e os mecanismos existentes para combater a violência obstétrica.

Em julho de 2013, foi divulgado o relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) pelo Senado Federal que investigava a situação da violência contra a mulher no Brasil, além de apurar as denúncias de omissão por parte do poder público. Uma das ações adotadas pela CPMI foi a análise do dossiê "Parirás com Dor", elaborado pela organização não governamental Parto do Princípio, o qual denuncia a violência durante o parto, especialmente contra mulheres indígenas e negras. O documento sugeriu, dentre outras medidas: que o Ligue 180, da Secretaria de Políticas para as Mulheres, receba denúncias de violência no parto e capacite as atendentes para isso; a alteração na Lei 11.108/2005 para incluir punição em caso de descumprimento; a alteração da Lei 8.080/1990 para garantir expressamente no texto legal

o direito a acompanhante no parto, nos serviços de saúde públicos e privados, e inclusão de punição em caso de descumprimento e capacitação dos profissionais de saúde para o abortamento humanizado em conformidade com a Norma Técnica do Ministério da Saúde. Porém, as iniciativas implementadas pelo Ministério da Saúde não têm sido eficazes para alterar essa situação. Portanto, a CPMI sugeriu ao Ministério da Saúde que intensificasse suas atividades em colaboração com os estados, visando prevenir e punir a violência obstétrica, além de promover campanhas para capacitar as mulheres a conhecerem seus direitos e recusarem procedimentos que violem o direito a um atendimento médico apropriado e não invasivo.

Das medidas sugeridas no dossiê, apenas as alterações legais para incluir uma punição em caso de descumprimento dos direitos não progrediram. Essas medidas legislativas ainda estão tramitando no Congresso. O projeto de lei 422/23, por exemplo, inclui a violência obstétrica entre os tipos de violência previstos na Lei Maria da Penha. Além dele, na Câmara tramitam os projetos de lei 7.867/17 e o 8.219/17 que estão apensados ao PL 6.567/13. Este, propõe a criminalização da violência obstétrica prevendo sanções em caso de violação ou intervenções médicas desnecessárias. Aquele, adota medidas de proteção contra violência obstétrica e divulgação de boas práticas, além de descrever as condutas que se caracterizam como violência obstétrica. Já o PL 2.082/2022 propõe uma pena de até dois anos de prisão para os responsáveis e visa a inclusão do artigo 285-A no Código Penal. Nesse artigo a proposta é definir a violência obstétrica como:

[...] qualquer conduta direcionada à mulher durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, praticada sem o seu consentimento ou em desrespeito pela sua autonomia ou, ainda, em desacordo com procedimentos estabelecidos no âmbito do Ministério da Saúde, constituindo assim uma clara limitação do poder de escolha e de decisão da mulher.

Mesmo que no âmbito federal ainda não exista uma lei, o Distrito Federal reconheceu a importância de legislar sobre a violência obstétrica, o qual detalha as formas e características que configuram esse ato na Lei nº 6.144, de 07 de junho de 2018:

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pela equipe de assistência à mulher grávida ou parida de estabelecimentos hospitalares, postos de saúde, unidades básicas de saúde e consultórios médicos especializados no atendimento da saúde da mulher grávida ou parida que ofenda de forma verbal ou física desde o pré-natal até o puerpério.

Art. 3º Para efeitos desta Lei, considera-se ofensa verbal ou física, entre outras, as seguintes condutas:

I - Tratar a mulher grávida ou parida de forma agressiva, grosseira, zombeteira ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;

II - Fazer piadas sarcásticas ou recriminar a mulher grávida ou parida por qualquer comportamento como gritar, chorar e ter medo, vergonha ou dúvidas;

III - Fazer piadas sarcásticas ou recriminar a mulher grávida ou parida por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;

IV - Ignorar as queixas e dúvidas da mulher grávida ou parida internada e em trabalho de parto;

V - Tratar a mulher grávida ou parida de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

VI - Fazer a mulher grávida ou parida acreditar que precisa de uma cirurgia cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando-se de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam a parturiente e o recém-nascido; VII - Recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

VIII - Promover a transferência da internação da mulher grávida ou parida sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como sem verificar o tempo suficiente para que esta chegue ao local;

IX - Impedir que a mulher grávida ou parida seja acompanhada por pessoa de sua preferência, durante todo o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato, independentemente do sexo;

X - Impedir a mulher grávida ou parida de se comunicar com o mundo exterior, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com o acompanhante;

XI - Submeter a mulher grávida ou parida a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional, sem a sua devida autorização; XII - Deixar de oferecer recursos de alívio da dor, farmacológicos e não farmacológicos, inclusive analgesia e anestesia na parida quando ela assim o requerer;

XIII - Proceder a episiotomia indiscriminadamente;

XIV - Manter algemada a mulher grávida ou parida detenta em trabalho de parto;

XV - Fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;

XVI - Após o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato, demorar injustificadamente para acomodar a mulher grávida ou parida no quarto;

XVII - Submeter a mulher grávida ou parida ou seu filho ou filha a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes, sem sua devida autorização;

XVIII - Submeter o recém-nascido saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;

XIX - Retirar da mulher parida, depois do parto, o direito de ter seu filho ou filha ao seu lado no alojamento conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

XX - Não informar a mulher grávida ou parida com mais de 25 anos ou com mais de 2 filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde - SUS;

XXI - Tratar o pai do recém-nascido como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parida e o recém-nascido a qualquer hora do dia ou da noite.

Ainda nessa seara, há outros estados que elaboraram suas próprias leis para abordar a temática, como é o caso do estado de Goiás, que instituiu a Lei nº 19.790, em 24 de julho de 2017. O Paraná seguiu com a Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, enquanto Minas Gerais adotou a Lei nº 23.175 em 21 de dezembro de 2018. No Estado de Santa Catarina, a Lei nº 17.097/2017, que tratava do assunto, foi revogada pela Lei nº 18.322, de 05 de janeiro de 2022. Esta última, abrangendo não apenas a violência no contexto do parto, mas detalhando, do artigo 30º ao 38º, as medidas de informação e proteção à gestante, bem como o programa de atendimento especial às vítimas, não se restringindo exclusivamente à violência no parto, mas abordando de maneira abrangente a violência contra a mulher. O único mecanismo legal em vigor para desestimular a prática da violência obstétrica no âmbito federal foi a promulgação da lei nº 14.737 que confere a toda mulher, ao realizar consultas, exames e procedimentos em unidades de saúde públicas ou privadas, o direito de fazer-se acompanhar por pessoa maior de idade, durante todo o período de atendimento, independentemente de notificação prévia. Além disso, há também a adoção do plano de parto nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, publicada em 2017 pelo Ministério da Saúde. Trata-se de um documento que reúne todos os anseios da mulher para o nascimento da criança, incluindo, por exemplo, a escolha do acompanhante, as posições de parto e as medidas a serem tomadas em caso de emergência. Ainda que seja um instrumento de direito, muitos profissionais de saúde se recusam a recebê-lo pois enxergam como uma afronta à sua autonomia e profissionalismo, além disso, por não ser um documento cogente, não o encaram com a devida seriedade. Assim, mesmo estes direitos sejam indiscutíveis, relevantes para garantir a sua segurança e a integridade dessas mulheres, por muitas vezes são desrespeitados por profissionais desumanos que se aproveitam da vulnerabilidade e desconhecimento da paciente para impor seus arbítrios.

Diante da inexistência de uma legislação específica que defina a responsabilidade criminal do profissional, recorre-se ao art. 129 do Código Penal, que trata de lesão corporal. Este dispositivo é claro no § 7º quanto ao aumento da pena de 1/3 se o delito for resultado de infração técnica da profissão. Utilizando como exemplo as lesões corporais graves resultantes de uma episiotomia mal realizada, o que pode ocasionar diversos prejuízos à parturiente e à sua qualidade de vida. Nesse contexto, a parturiente tem o direito e a capacidade de iniciar um processo criminal contra o profissional. No primeiro parágrafo do art. 129, a lesão corporal é caracterizada pela incapacidade de realizar as atividades habituais por mais de trinta dias, risco de vida, debilidade permanente de membro, sentido ou função, e aceleração do parto. A

penalidade estipulada para esse delito é a reclusão, variando de um a cinco anos. Veloso e Serra (2016, p. 1) exploram em sua obra o direito de escolha da parturiente, destacando que o seu desrespeito constitui o crime mencionado no art. 146 do Código Penal. Os autores reiteram ainda que a perda da autonomia é frequente na violência obstétrica, na qual a paciente é submetida a práticas ou posições desagradáveis, como o uso do fórceps, a realização da episiotomia e um tratamento rude, em um momento de extrema vulnerabilidade.

Conforme Cunha (2017, p.1), no contexto de um processo criminal envolvendo um médico acusado de lesão corporal, essa ação penal será incondicional à representação, indicando que o Ministério Público será o detentor da ação. Já em situações de lesão corporal leve ou culposa, a ação penal somente será instaurada mediante representação da vítima ou de seu representante legal. Logo, mesmo que os Conselhos de Medicina, com o argumento de que a violência obstétrica pressupõe a existência de dolo não reconhecem o termo, ressalta-se que não é por ausência do elemento volitivo do dolo, que se elimina a culpabilidade do sujeito, assim, a conduta, se tipificada e regulamentada penalmente, mesmo sem intenção de gerar prejuízo à terceiro, pode se configurar como crime culposos.

Portanto, infere-se que ainda há muitos desafios a serem superados, principalmente quando se trata do empoderamento das mulheres para denunciar os abusos sofridos, pois os meios atuais inibem as vítimas seja através da desmoralização ou falta de credibilidade que o relato delas tem socialmente, a vergonha por precisar reviver e expor um trauma ou então a confiança excessiva que é atribuída ao profissional de saúde fazendo com que a própria vítima questione o seu descontentamento e incômodo. Além disso, a vítima se sente desamparada e marginalizada, uma vez que publicizar o ocorrido se mostra irrelevante, pois os Conselhos Regionais, em sua maioria, não repreendem os médicos adequadamente diante da denúncia. Tal como o vazio legislativo desencoraja a procura pela tutela jurisdicional do Estado, a qual quando acionada, prioriza o laudo médico emitido pela própria equipe de saúde que está sendo reclamada no processo como meio probatório decisivo para prolatar a sentença.

4.4 Biopolítica, raça e o direito penal: a proteção das mulheres pretas diante da violência obstétrica

Michel Foucault acreditava que a modernidade é caracterizada por uma reconfiguração nas relações de poder, transcendendo a lógica do poder jurídico-discursivo, ou seja, o modelo de poder que se manifesta por meio da legislação e ao qual os sujeitos se sujeitam e obedecem.

Na contemporaneidade, conforme indicado pelo autor, o poder se manifesta de maneira multifacetada, permeando todos os aspectos, assumindo a forma de uma estratégia complexa em cada sociedade, sendo referido como biopoder. As características do biopoder incluem o fato de não ser repressivo, mas sim incitante, provocador e produtivo. Não é algo possuído por alguém, mas sim exercido em todos os domínios; é uma ação sobre outra ação, gerando efeitos, respostas e reações. Onde há poder, há resistência, e não existe contradição entre poder e liberdade; pelo contrário, são indissociáveis. Isso decorre do fato de que o biopoder somente se manifesta sobre sujeitos livres, pois a ausência de liberdade implica um estado de dominação (violência), não sendo, portanto, um exercício de poder. Assim o biopoder é a manifestação do poder sobre a vida, operando por meio de duas estratégias não excludentes, mas complementares: disciplina e biopolítica (FOUCAULT, 2011).

Nesse sentido, o filósofo dispõe que o conceito de disciplina é o controle minucioso das operações do corpo, realizando a sujeição de suas forças e impondo uma relação de docilidade-utilidade. As técnicas de disciplina são colocadas em funcionamento em diversas instituições disciplinares, como as fábricas, os colégios, as organizações e os hospitais. Tanto a arquitetura dessas instituições quanto o controle orgânico das atividades por meio de sistemas de vigilância, da hierarquia das inspeções e dos relatórios são responsáveis por regular os corpos e constituir sujeitos obedientes. Com isso, surge uma nova forma de biopoder, a biopolítica. Foucault afirma que o simples fato de viver passa a ser objeto dos cálculos e estratégias do poder estatal sobre a vitalidade e mortalidade humana. Os corpos, na biopolítica, aparecem como o suporte de processos biológicos, como nascimentos, mortes, procriações, saúde e doença, sobre os quais são exercidas intervenções e controles reguladores, dirigidos a toda população (FOUCAULT, 2011). Nesse sentido, o autor afirma que é através do racismo que o Estado decide quem vai morrer e quem deve viver, uma espécie de “seleção natural” da espécie humana em busca da predominância daquela raça considerada superior, universal, nesse contexto, a raça branca. Conforme evidenciado nas pesquisas expostas, há uma discrepância no que se refere à violência obstétrica sofrida pelas mulheres brancas das mulheres pretas. Historicamente, o Direito desempenhou um papel crucial na formação da concepção da raça como uma estratégia biopolítica, porém ele emerge agora como o principal meio de resposta adotado para combater o racismo, especialmente através do direito penal.

As normas pertinentes ao parto e nascimento estão distantes de estar alinhadas com as práticas obstétricas recomendadas no Brasil. Com frequência, os profissionais desconsideram tais orientações, adotando práticas ancoradas em ensinamentos antiquados, sem levar em conta

importantes atualizações e pesquisas. Isso mantém uma perspectiva obsoleta de superioridade hierárquica fundamentada em conhecimentos científicos, ignorando avanços significativos na área. Por essa razão, depreende-se que a criação de uma lei específica para criminalizar a violência obstétrica é uma medida valorosa para combater essa prática desumana, sobretudo para salvaguardar as mulheres pretas. Além disso, se analisado sobre outro ponto de vista, tais cicatrizes, físicas e psicológicas, advindas da agressão são perpétuas na vida das mulheres.

Outrossim, o direito penal é um segmento do direito público que disciplina o poder punitivo do Estado, interpretando e aplicando o conjunto normativo estabelecido pelo legislador para determinar quais condutas constituem um delito. Por estar diretamente relacionado à responsabilidade social de cada indivíduo perante a sociedade e ao poder punitivo do Estado, o direito penal se destaca como um dos maiores ramos do direito. Nesse contexto:

O Direito Penal figura como um dos mais importantes sistemas de controle social institucionalizados dentre os existentes. Busca, por meio da proteção de bens jurídicos, a pacificação e a viabilidade social. No entanto, uma vez inserido em um Estado Democrático de Direito, sua atuação somente pode ser considerada legítima quando voltado à missão que o fundamenta: a proteção de bens jurídicos-penais (SCOLANZI, 2012).

Segundo Santos (2018), a natureza punitiva evidenciada pelo Direito Penal é um instrumento eficaz e relevante, embora seja considerado um meio violento devido à restrição de uma das garantias individuais fundamentais, a liberdade. Portanto, ao examinar o Estado Democrático de Direito à luz do princípio da proporcionalidade, torna-se essencial que os preceitos constitucionais sejam respeitados por todo o sistema político-penal. Nesse contexto, sustenta-se a ideia do Direito Penal mínimo, concebendo o sistema penal como *ultima ratio legis*, isto é, a última medida a ser empregada para a repressão de atos ou ações indesejáveis, como os casos de violência obstétrica. O propósito do sistema penal é mitigar a violência na sociedade, e, ao empregar o instituto punitivo, o Estado fundamenta-se na busca por uma finalidade social em benefício do bem comum. Por essa razão, proteger a saúde das mulheres parturientes sob a tutela penal do Estado além de ser uma medida para assegurar a saúde pública e o desenvolvimento sadio das gerações, configura-se como uma maneira de promover a autonomia das mulheres. Visto que, enquanto não houver a emancipação dos corpos femininos, elas ainda serão vistas pelos profissionais de saúde como subproduto do processo gestacional, cabendo-lhes menos direitos e garantias.

Dessa forma, o Estado, visando proteger o que foi violado ou está em risco de violação devido a uma ação praticada, assume a responsabilidade de autorizar a aplicação de sanções, diante da violação aos direitos reprodutivos das mulheres. Isso se deve ao fato de que o Estado

possui o poder e a capacidade de impor a mais severa penalidade prevista no ordenamento jurídico brasileiro, que é a privação da liberdade para resguardar bens jurídicos relevantes, tal qual os direitos reprodutivos que são tidos como parte dos Direitos Humanos, inerentes à dignidade de toda pessoa humana. Contudo, a liberdade seria considerada a regra, e sua restrição ocorreria somente em circunstâncias excepcionais, ou seja, o escopo do Direito Penal estaria restrito às ações que são lesivas à vida em sociedade, sendo assim o sistema penal só deve intervir para prevenir riscos sociais, trata-se do princípio da ofensividade. Logo, diante do tratamento violento que as mulheres são submetidas durante o contexto gestacional, agravado pelo marcador de opressão raça, implica afirmar que há violência de gênero, pois, o âmbito da maternidade é exercitado tanto na função biológica do corpo feminino, como também na função social conferida majoritariamente às mães. Para ilustrar, basta analisar a concepção de responsabilidade materna no cuidado da criança, a doação irrestrita da mulher como cuidadora principal enquanto o pai assume um papel secundário nessa prestação. A adoção deste papel passivo encontra-se fortemente enraizado na ineptidão masculina para gerar e amamentar a criança, isto é, mais um condicionante para justificar esse descompasso social entre homens e mulheres.

O sistema jurídico penal, de fato, representa a técnica para mitigação da violência obstétrica. Pois, mesmo que nem toda conduta se justifique a intervenção penal, sendo essencial uma justificação adequada, no contexto da violência obstétrica fundamenta-se na dupla obrigação de eliminar a discriminação e de assegurar a igualdade de gênero. Isso implica dizer que a intervenção penal ocorrerá dado bem jurídico de extrema relevância e importância, bem como uma situação de grave violação ao objeto tutelado, neste caso os direitos reprodutivos das mulheres. Identifica-se que ao falar da violência institucional nas maternidades, associa-se essa violência com um uso abusivo do poder, o qual somente poderá ser repellido diante de um poder cogente, porém, é crucial ter em mente que não existe outra alternativa normativa além da proteção jurídico-penal, conforme anteriormente mencionado, sendo esta a *ultima ratio*. Assim, entender os direitos reprodutivos como bem jurídico implica reconhecer meio propício no qual o direito penal se fundamenta. Dessa forma, observa-se que todo bem jurídico é um bem, isto é, possui certa relevância para determinadas sociedades, contudo, nem todo bem pode ser elevado ao *status* de bem jurídico, uma vez que pode não deter os critérios básicos que justifiquem uma tutela estatal. Tendo em vista que há diversos casos de lacerações no períneo, agressões verbais à parturiente, utilização do fórceps, privação de alimentos e água, violência psicológica além de outros procedimentos dolorosos e humilhantes, Silva (2011) enfatiza a relevância do bem

jurídico, pois é por intermédio desse conceito que se compreende a função do direito penal, uma vez que sua principal incumbência é a salvaguarda desses bens. Outrossim, o advogado Heleno Fragoso, assevera que:

O bem jurídico não é apenas um esquema conceitual visando proporcionar uma solução técnica de nossa questão: é o bem humano ou da vida social que se procura preservar, cuja natureza e qualidade dependem, sem dúvida, do sentido que a norma tem ou que a ela é atribuído, constituindo, em qualquer caso, uma realidade contemplada pelo direito. Bem jurídico é um bem protegido pelo direito: é, portanto, um valor da vida humana que o direito reconhece, e a cuja preservação é disposta a norma.

Dessa maneira, "a concepção de bem jurídico deriva das necessidades humanas emergentes da experiência concreta da vida" (PRADO, 2011). Por conseguinte, a violência obstétrica demonstra sua relevância dado ambiente opressor nas maternidades e defini-la como bem jurídico é desafiador, uma vez que sua identificação requer a consideração dos valores e princípios considerados relevantes para uma determinada sociedade (SANTOS, 2018), todavia, diante de uma sociedade patriarcal e racista essa é uma luta de resistência. Em consequência disto, no Brasil, a falta de uma legislação específica sobre a violência obstétrica, visando conferir efetividade e maior destaque aos crimes cometidos contra mulheres, faz com que essas violações não sejam discutidas ou não recebam reconhecimento judicial com frequência, pois nem sempre as mulheres prejudicadas sabem como buscar reparação. Conforme Nucci (2017), o bem jurídico é "o valor ou interesse de alguém protegido por lei, sendo a base do direito penal para criar normas incriminadoras, ou seja, quem atentar contra ele será punido", portanto, incluir a violência obstétrica no rol de leis penais, é um posicionamento do Estado que desestimula a prática de violência contra as mulheres em todas as suas manifestações e garante a efetiva responsabilização desses profissionais de saúde, que não poderão valer-se do seu cargo para se escusar de cumprir a lei, a título de aparentar ter imunidade para desrespeitar direitos.

A explicitação, descrição e eventual tipificação penal da violência obstétrica são essenciais e relevantes para a sociedade, visando assegurar e fomentar os direitos das mulheres. Essa abordagem não se restringe apenas ao comportamento dos profissionais de saúde, mas abrange todo o sistema. Conforme apontado por Jansen (2019), uma definição clara da violência obstétrica é crucial para prevenir qualquer impacto negativo na prática médica e na vida das parturientes. Nessa perspectiva, o professor Azevedo (2015), em seu artigo "Precisamos falar sobre a Violência Obstétrica", destaca a importância de identificar, discutir, abordar, prevenir e combater a violência obstétrica por meio dos órgãos oficiais de controle. Portanto, retirar a violência obstétrica do anonimato é o passo inicial para proporcionar melhores condições de assistência à saúde. Considerando todas as informações apresentadas, é indiscutível que o

Direito Penal desempenha um papel crucial na proteção de direitos, especialmente diante de situações frequentes de lesão ou ameaça a bens jurídicos de extrema importância. Não se pode negligenciar a relevância de assegurar os direitos das parturientes, uma vez que apenas através da legitimidade desses direitos é possível prevenir e combater a violência obstétrica, responsabilidade fundamental do Estado, como destacado por Santos (2018, s.p):

Importa frisar que é obrigação do Estado atender, prevenir, punir e erradicar a violência contra as mulheres. O Estado tem como dever dispor de normas que tenham como objetivo proteger este gênero que, historicamente, sofre violência apenas por ser, o que as fazem serem discriminadas em diversos setores da sociedade e afetam de diversas formas os seus desempenhos sociais.

Estabelecer uma tipificação penal para a violência obstétrica é reconhecer e garantir o direito de escolha da mulher, o direito de ter o acompanhante desejado, o direito de não ser insultada, o direito de não ser violada, o direito de não ser lesionada por práticas habituais e desnecessárias, o direito de não ficar isolada, o direito de amamentar seu filho nos primeiros minutos de vida. Em resumo, é enfatizar que as mulheres são sujeitos de direitos e merecem ser protegidas, apoiadas, acolhidas e, principalmente, orientadas como parturientes sobre as melhores práticas para um parto digno, seguro e respeitoso, livre de qualquer forma de coação, desrespeito e abuso. Portanto, ao desconsiderar a importância de estabelecer um tipo penal que essencialmente protege um bem jurídico significativo, seria negligenciar a relevância desse mesmo bem jurídico, o que contraria o principal propósito do Direito Penal.

5 CONCLUSÃO

A violência obstétrica, que se caracteriza pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher por profissionais de saúde, se revela por meio de tratamento violento, abuso de medicalização e intervenção no processo do trabalho de parto, parto e pós-parto. Tais práticas resultam na perda de autonomia da parturiente e na impossibilidade de tomar decisões livremente sobre seu corpo e sexualidade, desrespeitando os seus direitos. Ademais, a violência obstétrica assume diversas e complexas formas, abrangendo aspectos como violência institucional, física, psicológica, entre outras. Adicionalmente, sua detecção é desafiadora, visto que as vítimas frequentemente não possuem conhecimento técnico-científico para refutar as falácias utilizadas pelos profissionais de saúde, que procuram coagi-las a aceitar procedimentos distintos dos desejados por elas.

Portanto, haja vista o debate suscitado ao longo deste trabalho, é evidente que a lacuna legislativa acerca da violência obstétrica dificulta o combate à violação dos direitos reprodutivos das mulheres, em especial as pretas. Dessa forma, a atuação do Poder Público, manifestada através de uma lei penal que trate da violência obstétrica, demonstra ser um mecanismo eficiente nesta luta, pois a sua ausência somada à falta de capacitação dos profissionais de saúde, o racismo estrutural e o patriarcado presente na sociedade naturalizam o desrespeito à dignidade das mulheres, além de gerar impunidade e desamparo às vítimas. Ademais, faz-se necessário delimitar o conceito de violência obstétrica através da legislação para tornar sua aplicação no caso concreto efetiva.

Por conseguinte, a parturiente possui direitos a serem garantidos, visto que se incluem no rol dos direitos humanos, os quais consideram a condição de vulnerabilidade das gestantes diante do corpo médico. Ainda sob a perspectiva dos direitos humanos, a abordagem da violência obstétrica deve priorizar a mulher como sujeito de direitos e principal protagonista nos cuidados com a saúde, assegurando o respeito à sua vida, segurança, integridade física e mental, além do acesso aos serviços de saúde. Nesse cenário, as características específicas relacionadas à raça, condição social e cultural da parturiente deve ser considerada, garantindo o respeito aos direitos das pacientes e evitando qualquer forma de discriminação.

Pode-se inferir que sem a lei, é ainda mais difícil responsabilizar os profissionais de saúde envolvidos em casos de violência obstétrica, uma vez que não existe uma legislação que defina de maneira clara as condutas abusivas e as penalidades correspondentes. Outrossim, a falta de uma lei específica contribui para a subnotificação dos incidentes, pois muitas mulheres podem não estar cientes de que estão sendo vítimas desse tipo de violência, ou podem não reconhecer essa prática como uma forma de violência, o que dificulta a identificação e o registro dos casos, isto é, a lei permitirá que essas mulheres saibam identificar situações de violência obstétrica e os meios para denunciar essa conduta.

Outra análise que se compreende a partir do trabalho é que não se pode tratar a mulher como uma categoria universal, é necessário considerar as clivagens sociais como raça e classe social para que as políticas públicas alcancem as minorias. Do contrário, a pretensa proteção não passa de um engodo, tornando as vítimas mais prejudicadas, invisíveis. Do mesmo modo, é necessário garantir a autonomia das mulheres sobre os seus corpos e de seus bebês, retomar a aceção do parto como um evento biológico e natural, ao invés de caracterizá-lo como um evento patológico e medicável, no qual o protagonismo é do médico. Verificou-se ainda que o

feminismo exerce papel importante na luta pelos direitos reprodutivos, visto que dá visibilidade ao movimento e cobra por medidas para humanização do parto no Brasil, atuando como uma forma de encorajar a voz dessas mulheres.

Dado que a maioria dos partos no Brasil ocorre em hospitais, as gestantes buscam as unidades hospitalares a fim de obter os cuidados necessários para sua saúde, momento em que se tornam pacientes. Nesse contexto, é crucial estabelecer uma relação de confiança, especialmente a relação médico-paciente, fundamental para o sucesso do parto. Dessa forma, a abordagem mais adequada, em contraponto com a violência obstétrica, deve envolver a reformulação dessa relação, buscando uma dinâmica que respeite a autonomia da mulher, reconhecendo sua dualidade como agente ativo, mesmo estando emocional e fisicamente vulnerável.

Resumidamente, a promulgação de uma lei abordando a violência obstétrica é uma questão de saúde pública, uma vez que a ausência de regulamentação contribui para a continuidade dessas práticas. A criação de uma legislação direcionada a esse problema pode fomentar uma cultura de cuidado e respeito em relação à saúde das mulheres, sendo um catalisador significativo para a transformação cultural e um componente vital do sistema de saúde reprodutiva. Em última análise, a implementação de uma lei específica sobre a violência obstétrica teria impactos positivos na proteção dos direitos fundamentais, na prevenção da violência obstétrica, na responsabilização dos transgressores, na promoção da saúde e no fortalecimento dos direitos humanos. Portanto, conclui-se que o direito penal é o ramo do Direito mais adequado para ser aplicado nos casos de violência obstétrica dada a importância do bem jurídico em questão e seu reflexo na garantia da dignidade da pessoa humana, fundamento basilar do Estado Democrático de Direito. Contudo, ressalta-se que a tutela penal é apenas uma das medidas para proteger os direitos reprodutivos, a qual sozinha não repelirá a prática da violência obstétrica. Por essa razão, é necessária a atuação do Poder Público para transformar progressivamente os valores e comportamentos dos indivíduos por meio de políticas públicas, visto que a “coisificação” dos corpos femininos é uma prática cultural, enraizada nos mais diversos âmbitos da sociedade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. Tese (Doutorado em medicina preventiva). Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/publico/JanainaMAGuiar.pdf> Acesso em: 20 dez. 2023.

ALVES, Andrea Moraes. **A trajetória do centro de pesquisa e atenção integrada à mulher e à criança (1975-1992)**. Século XXI, Revista de Ciências Sociais, v.4, no 2, p.180-216, jul./dez. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/17042-76883-1-PB.pdf>. Acesso em: 01 out. 2019.

ARGENTINA. **Ley 26.485 de 11 de março de 2009**. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres em los âmbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Disponível em: http://www.oas.org/dil/esp/ley_de_proteccion_integral_de_mujeres_argentina.pdf. Acesso em 14 jan. 2024.

ARIE, Wilson M.Y.; FONSECA, Angela M. da; BAGNOLI, Vicente, R.; BARACAT, Edmundo C. **História da anticoncepção**. São Paulo: Leitura Médica, 2009, p. 77.

ASSIS, Jussara Francisca de. **Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/JfVQpC8kyzshYtTxMVbL5VP/?lang=pt#> Acesso em: 6 jan. 2024.

BAGGIO, R. C.; RESADORI, A. H.; GONÇALVES, V. C. **Raça e Biopolítica na América Latina: os limites do direito penal no enfrentamento ao racismo estrutural**. Rev. Direito Práx., Rio de Janeiro, Vol. 10, N.03, 2019, p. 1834-1862. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/6fT3PWXbJX6f6vmB3t4VvqK/?format=pdf> Acesso em: 10 jan. 2024.

BARBARA, Vanessa. **De cócoras no país da cesárea**. Folha de São Paulo, 2019. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/de-cocoras-no-pais-da-cesarea/> Acesso em: 26 dez. 2023.

BEAUVOIR, Simone. **Le Deuxième Sexe**. Gallimard, Paris, 1949, vol.II, p.185.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Trad. Maria Helena Kühner. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 561, de 6 de outubro de 2017**. Dispõe sobre as propostas sugeridas na 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/reso561.pdf> Acesso em: 3 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de assistência ao parto normal, 2017**. Dispõe sobre as recomendações a serem adotadas pelos profissionais de saúde na assistência ao parto normal. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf Acesso em: 15 jan. 2024

BRASIL. Ministério Público Federal. **Recomendação n.º 29/2019**. São Paulo, 7 de maio de 2019. Dispõe sobre a recomendação para o Ministério da Saúde adotar o termo violência obstétrica dentre outras medidas. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-11.pdf> Acesso em: 3 jan. 2024.

BRASIL. Senado. **Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, 2013**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/relatorio-final-dacomissao-parlamentar-mista-de-inquerito-sobre-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em 14 jan. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 13 jan. 2024.

BRASIL. **Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. Código Penal.

BRITO, C. M. C. de; OLIVEIRA, A. C. G. de A.; COSTA, A. P. C. de A. da. **Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2020 jan./mar.; 9(1): 120-140. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/604> Acesso em: 3 jan. 2024.

CARDOSO, L.M.; SOUZA, M. M. F. de; GUIMARAES, R. U. C. **Morte materna: uma expressão da "questão social"**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/vskPPhkWthWmkS54fmDhPgS/#> Acesso em: 20 dez. 2023

CARVALHO, Bianca Amorim. **A violência obstétrica sob a ótica jurídica no tocante à omissão legislativa: necessidade de tutela pelo direito penal**. Monografia (Curso em Direito). Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2023. Disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/2657/1/Bianca%20Amorim%20Carvalho.pdf> Acesso em: 13 jan. 2024.

CARVALHO, D.; MEIRINHO, D. **O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde**. Revista Eletrônica De Comunicação, Informação & Inovação Em Saúde, 14(3), 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/43714> Acesso em: 15 dez. 2023.

CFEMEA. **Relatório da Comissão Parlamentar sobre esterilização em massa de mulheres – 1993**. Brasília, DF: CFEMEA, 1993. Disponível em: https://www.cfemea.org.br/plataforma25anos/_anos/1993.php?iframe=cpi_esterilizacao. Acesso em: 7 jan. 2024.

Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf> Acesso em: 12 jan. 2024.

CRENSHAW, Kimberlé. (2002). **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Revista Estudos Feministas, v. 10, n. 1, Florianópolis, p. 171-188.

CUNHA, Alfredo de Almeida. **Indicações do parto a fórceps**. Femina, São Paulo, v. 39, n. 12, dez. 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-641397>. Acesso em: 24 dez. 2023.

CUNHA, Alfredo de Almeida. **STJ revisa tese sobre ação penal no crime de lesão corporal contra a mulher**. Meu Site Jurídico, Juspodvm, Bahia, 17 mai. 2017. Disponível em: <https://meusitejuridico.editorajuspodivm.com.br/2017/05/19/stj-revisa-tese-sobre-acao-penalno-crime-de-lesao-corporal-contramulher/>. Acesso em: 10 jan. 2024.

CURVELLO, Ana Carolina. **Violência Obstétrica: porque os médicos rejeitam e quais os direitos?**. Gazeta do Povo, 28 jul. 2022. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/violencia-obstetrica-por-que-o-termo-e-rejeitado-por-medicos-e-quais-sao-os-direitos-das-gestantes/> Acesso em: 5 jan. 2024.

D'ORSI, Eleonora et. al. **Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com os atendimentos ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospital**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813> Acesso em: 5 jan. 2024.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, C. S. G.; SCHRAIBER, L. B. (2002). **Violence against women in health care institutions: an emerging problem**. Lancet, 359(11), 1681-1685. doi:10.1016/S0140-6736(02)08592-6

DAMASCENO, Adriana. **Ufes recebe projeto pioneiro no Brasil que visa reduzir mortalidade pós-parto**. Universidade Federal do Espírito Santo, 13 jun. 2023. Disponível em: <https://www.ufes.br/conteudo/ufes-recebe-projeto-pioneiro-no-brasil-que-visa-reduzir-mortalidade-pos-parto> Acesso em: 12 jan. 2024.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016

DINIZ, Carmem Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/#> Acesso em: 9 jan. 2024

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto-Lei 6.444 de 7 de junho de 2018**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e paridas sobre a política nacional de atenção

obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da atenção obstétrica no Distrito Federal. Disponível em: <https://dflegis.df.gov.br/ato.php?tipo=ficha&p=lei-6144-de-07-de-junho-de-2018> Acesso: 13 jan. 2024

ZOLIN, Beatriz. **Plano de parto: o que é e como montar?**. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/mulher/plano-de-parto-o-que-e-e-como-montar/> Acesso em: 15 jan. 2024

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade: a vontade de saber**. 21. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2011.

FOUCAULT, Michel. **O Sujeito e o Poder**. In: RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FRAGOSO, H. C. **Lições de Direito Penal - Parte Geral**. 17^a. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2006

Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil – inquérito nacional sobre parto e nascimento**. In: Sumário Executivo Temático da Pesquisa. 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2023

Fundação Perseu Abramo. **Pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. Violência no parto: Na hora de fazer não gritou, 2013. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em: 20 dez. 2023

GOMES, Bruna Maria Costa; SOUSA, Stephany dos Santos Silva. **Da medicalização do parto à violência obstétrica: tecituras sob o ponto interseccional**. ISSN: 2358-0844n. 17, v. 1 jan.2022-jun.2022 p. 72-92 Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/35531/26930> Acesso em: 10 jan. 2024.

HELENA, Ana. **Posso perder o meu CRM: Entenda melhor o Processo Ético-Profissional**. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/posso-perder-o-meu-crm-entenda-melhor-o-processo-etico-profissional/787848070> Acesso em: 20 dez. 2023

hooks, bell. (1989). **Talking Back: thinking feminist, talking black**. Boston: South End Press. SOUZA, Neusa Santos. (1983). Tornar-se negro: ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Rio de Janeiro: Edições Graal http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_5.asp. Acesso em: 30 dez. 2023.

KILOMBA, Grada. **Memórias da Plantação - Episódios De Racismo Cotidiano**. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2019

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; THEME, M. M et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. FIOCRUZ, 2014. Cadernos de Saúde Pública, 30 (Supl. 1), S17-S32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513> Acesso em: 13 jan. 2024.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; PEREIRA, A.P.E.; PACHECO V.E.; CARMO C.N.; SANTOS R.C. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/abstract/?lang=pt> Acesso em: 28 dez. 2023.

LEITE, Isabela. **Tribunal de Justiça aceita denúncia contra médico Renato Kalil por lesão corporal e violência psicológica no parto de Shantal**. Globonews e g1 SP, 27 jul. 2023. <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2023/07/27/tribunal-de-justica-aceita-denuncia-contra-medico-renato-kalil-por-lesao-corporal-e-violencia-psicologica-no-parto-de-shantal.ghtml> Acesso em: 10 jan. 2024.

LEMOS, Simone. **Brasil tem o segundo maior número de cesáreas no mundo, apesar dos riscos**. Jornal USP, 28 ago. 2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/brasil-tem-o-segundo-maior-numero-de-cesareas-no-mundo-apesar-dos-riscos/> Acesso em: 4 jan. 2024.

LOPES, Fernanda. **Justiça reprodutiva: um caminho para justiça social e equidade racial e de gênero**. Organicom, ano 19, setembro/dezembro, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/organicom/article/view/205773> Acesso em: 20 dez. 2023

LOPES, Leonel. **Esquivança e dispersão: a representação da mulher em contos de Dalton Trevisan**. 2007, Dissertação (Curso de Letras). Universidade Estadual de Maringá. Disponível em: <http://old.ple.uem.br/defesas/pdf/llopes.pdf> Acesso em: 20 dez. 2023

MAGUETA, A. G.; ROMÃO, F.; ALBANO, P.; GULART, S.P. **Jurisprudência e violência obstétrica: a difícil luta por direitos das mulheres**. Brasil de Fato, 14 julho 2023. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2023/07/14/pelotas-tem-a-primeira-condenacao-por-violencia-obstetrica-do-rio-grande-do-sul> Acesso em: 4 jan. 2024.

MADUREIRA, Lauryen Silva Santos; CORDEIRO, Taiana Levinne Carneiro. **Violência obstétrica: armadilha de um crime culturalmente normatizado**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. São Paulo, v.7. n. 5. maio. 2021. ISSN -2675 –3375 Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/1198/533> Acesso em: 20 dez. 2023

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Reproductive hierarchies: motherhood and inequalities in women's exercising of human rights**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.40, p.107-19, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XqxCrSPzLQSyTjjsFQMdwjb/?format=pdf&lang=pt>

MORAES, Maria Lygia Quartim de. **Mulheres em movimento**. São Paulo: Nobel/Conselho Estadual da Condição Feminina, 1985.

MARTINS, Ana Claudia Sierra; SILVA, Léila Souza. **Perfil epidemiológico de mortalidade materna**. Rev Bras Enferm. 2018; 71(Suppl 1):677-83. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0624>

OLIVEIRA, Lualica Gomes Souto Maior de; ALBUQUERQUE, Aline. **Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes**. 2018. 15 f. Monografia (Curso de Direito). Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro Universitário de Brasília. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-CEJ_n.75.03.pdf. Acesso em: 4 jan. 2024.

OLIVEIRA, Rayane Noronha. **Justiça reprodutiva como dimensão da práxis negra feminista: contribuição crítica ao debate entre feminismos e marxismo**. Germinal: Marxismo E educação Em Debate, 14(2), 245–266. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/gmed.v14i2.49559> Acesso em: 20 dez. 2023.

ONU pede controle de natalidade nos países em desenvolvimento. Folha de São Paulo, Nova York, 2 dez. 2002. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u48595.shtml> Acesso em: 4 jan. 2024.

Organização dos Estados Americanos. **Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra Violência**. Belém do Pará, 9 de junho de 1994.

Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde – Declaração da OMS**. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=71A5526EB49C740BE2F28AFCAD44A8E7?sequence=3. Acesso em: 20 dez. 2023

Rede Parto do Princípio. Fórum de Mulheres do Espírito Santo. **Violência obstétrica é violência contra a mulher**. São Paulo/Espírito Santo, 2014. Disponível em: <http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-donascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2023.

RIBEIRO, Aline. **‘Eu me basto’: cresce o número de mulheres que decidem parir sem qualquer ajuda médica**. O globo, 9 jul. 2023. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/medicina/noticia/2023/07/09/brasileiras-estao-decidindo-dar-a-luz-sem-ajuda-medica-pratica-e-contraindicada-por-especialistas.ghtml> Acesso em: 20 dez. 2023

ROSS, Loretta et al. **Understanding Reproductive Justice: Transforming the Pro-Choice Movement**. Vol. 36. No. 4. OFF OUR BACKS, 2006. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7538588/mod_resource/content/1/Entendendo%20Justi%C3%A7a%20reprodutiva%20-%20Loretta%20Ross.pdf . Acesso em: 7 jan. 2024.

SANFELICE, C. F. de O.; ABBUD, F. de S. F.; PREGNOLATTO, O. S. et al. **Do parto institucionalizado ao parto domiciliar**. Revista Rene, 15(2), 362-370. 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3170> Acesso em: 5 jan. 2024

SANTOS, Andreza Santana. **Uma análise de violência obstétrica à luz da teoria do bem jurídico: a necessidade de uma intervenção penal diante da relevância do bem jurídico tutelado**. Monografia (Curso de Direito). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2018.

SANTOS, Kathiuscia Gil. **A importância do bem jurídico para o direito penal e a necessidade de delimitação**. 2014. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

SARTI, Cynthia Andersen. **O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória**. 2003. Universidade Federal de São Paulo. Revista Estudos Feministas, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/QVnKzsbHFngG9MbWCFPPCv/#ModalTutors>

SCOLANZI, Vinícius Barbosa. **Bem jurídico e Direito Penal**. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 17, n. 3129, 25 jan. 2012. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/20939>. Acesso em: 12 jan. 2024.

SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. **Violência Obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências**. Santa Catarina, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/5yYdGTkjmRqRXnFJX6xfpk/> Acesso em: 4 jan. 2024.

Shantal diz que percebeu violência obstétrica em vídeo do parto e que foi desacreditada por pessoas próximas. Globonews e g1 SP, 14 jan. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/01/14/shantal-diz-que-percebeu-violencia-obstetrica-em-video-do-parto-e-que-foi-desacreditada-por-pessoas-proximas.ghtml> Acesso em: 10 jan. 2024.

SILVA, Artenira da Silva e; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. **Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ**. Vol. 10, nº. 04, Rio de Janeiro, 2017. pp. 2430-2457 DOI: 10.12957/rqi.2017.28458

SOUZA, Larissa Velasquez de Sousa. **‘Não tem jeito. Vocês vão precisar ouvir’ Violência obstétrica no Brasil: Construção do termo, seu enfrentamento e mudanças na assistência obstétrica**. Casa Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/53543/va_Larissa_Souza_COC_2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y

STURZA, Janaína Machado; NIELSSON, Joice Graciele; ANDRADE, Estela Parussolo de. **A violação ao direito à saúde reprodutiva através da instrumentalização do corpo da mulher: o caso Janaína Aparecida Quirino e a esterilização feminina no Brasil**. Revista

Faculdade de Direito, 2020, v.44: e61233. Disponível em: https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/Rev-FD-UFG_v.44_n.1.08.pdf Acesso em: 9 jan. 2024

THEOPHILO, R.L.; RATTNER, D.; PEREIRA, E.L. **Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa**. Universidade de Brasília. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MsvQjnbsTvS3cSvvrqyyCCz/?lang=pt> Acesso em: 9 jan. 2024

TRAJANO, Amanda Reis; BARRETO, Edna Abreu. **Violência Obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto**. Interface (Botucatu). 2021; 25: e200689. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200689>

UDELSMANN, Artur. **Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos**. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 172-182, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000200039. Acesso em: 14 dez. 2023.

UNICEF. **Saúde Materna e Neonatal: Situação Mundial da Infância**. 2009. Disponível em: https://www.mprs.mp.br/media/areas/infancia/arquivos/situacaoinf_2009.pdf

VELOSO et al. **Reflexos da responsabilidade civil e penal nos casos de violência obstétrica**. Revista de Gênero, Sexualidade e Direito, Florianópolis, v.2, n.1, 2016. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/view/1048>. Acesso em: 20 dez. 2023.

VELOSO, Roberto Carvalho; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. **Reflexo da responsabilidade Civil e Penal nos casos de Violência Obstétrica**. Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais, Brasília, v. 1, n. 2, p. 257-277, jun. 2016.

VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violência**. 2007. Disponível em: Acesso em: 13 jan. 2024.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. Brasília: UNFPA, 2009.

VIANA, Rosana da Costa; NOVAES, Maria Rita C G.; CALDERON, I. M. P. **Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada**. Dissertação (Mestrado em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia) – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

VIEIRA, A. H.; ALMEIDA, L. O.; ALMEIDA, P. L. F. de. **Violência obstétrica e a urgência de regulamentação legal**. Consultor Jurídico, 13 de abril de 2023. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2023-abr-13/opiniaao-violencia-obstetrica-urgencia-regulamentacao/> Acesso em: 13 jan. 2024.

ZANARDO, G. L. de P.; URIBE, M. C.; NADAL, A. H. R de.; HABIGZANG, L. F. **Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa**. Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/#> Acesso em: 20 dez. 2023.