



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR**  
**FACULDADE DE DIREITO**

**TAYNAH PORTO BRAGANÇA**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MULHERES NEGRAS: ANÁLISE JURÍDICA À LUZ  
DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.**

Salvador2019

TAYNAH PORTO BRAGANÇA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MULHERES NEGRAS: ANÁLISE JURÍDICA À LUZ  
DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.**

Projeto apresentado como trabalho de conclusão de curso, pela Faculdade de Direito da Universidade Católica do Salvador, como requisito para obtenção do grau de bacharel em direito.

Orientador: Carlos Alberto José Barbosa Coutinho.

Salvador - BA

2019

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MULHERES NEGRAS: ANÁLISE JURÍDICA À LUZ  
DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.**

Orientanda: Taynah Porto Bragança<sup>1</sup>

Orientador: Prof. Me Carlos Alberto José Barbosa Coutinho<sup>2</sup>

## RESUMO

O presente artigo tem como objetivo a revisão da literatura acerca da violência obstétrica sofrida por mulheres negras no ciclo-gravídico puerperal que abrange as etapas do pré-natal, parto e pós-parto e dos diversos agravos de saúde desencadeados por práticas abusivas em instituições de atenção básica e hospitais, bem como analisar o grau de vulnerabilidade do grupo em estudo, visto que as ocorrências têm sido crescentes. A metodologia adotada para o estudo, foi uma pesquisa bibliográfica sobre os dados históricos do parto, questões étnico-sociais, dados estatísticos de saúde e bases legais que embasam e alicerçam os pontos de análise. Realizada a revisão de narrativa sobre o tema ora em foco e suas intercorrências e circunstâncias, constatou-se que se faz necessário um consenso e sensibilização quanto ao significado de violência obstétrica, visto que o fato ocorre, mas nem sempre se comprova na forma lei. Em preocupação a essa situação, considera-se de suma importância uma alteração na formação dos profissionais de saúde afim de fomentar a adoção de práticas mais humanizadas visando a redução de agravos de cunho físico e psicológico experimentado por mulheres em estado de vulnerabilidade garantindo deste modo o respeito aos direitos humanos em sua forma mais ampla e uma intervenção jurídica eficaz na violação do direito.

**Palavras-chaves:** violência obstétrica; mulheres negras; direito humano; análise jurídica.

## ABSTRACT

This article aims to review the literature on obstetric violence suffered by black women in the puerperal cycle of pregnancy, which covers the stages of prenatal care, childbirth and postpartum, and the various health problems triggered by abusive practices in health institutions. primary care and hospitals, as well as to analyze the degree of vulnerability of the study group, since the occurrences have been increasing. The methodology adopted for the study was based on bibliographical research on historical data on childbirth, ethnic-social issues, health statistics and legal bases that support and support the points of analysis. After a narrative review on the subject under discussion and its intercurrances and circumstances, it was found that a consensus and awareness about the meaning of obstetric violence is necessary, since the fact occurs, but it is not always proven in the law form. Concerning this situation, a change in the training of health professionals is considered of paramount importance in order

---

<sup>1</sup> Graduanda em Direito pela Universidade Católica de Salvador – UCSAL. E-mail: [taynah.braganca@gmail.com](mailto:taynah.braganca@gmail.com)

<sup>2</sup> Mestre em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, Pós-Graduado em Processo Civil pela JusPodium, Bacharel em Direito pela Universidade Católica de Salvador – UCSAL, Professor de Direito da Universidade Católica do Salvador. E- mail: [carlos.coutinho@pro.ucsal.br](mailto:carlos.coutinho@pro.ucsal.br)

to encourage the adoption of more humanized practices aimed at reducing physical and psychological injuries experienced by vulnerable women, thus guaranteeing the respect for human rights in its broadest form and effective legal intervention in violation of the law.

**Keywords:** Obstetric violence; Black women; Human right; Legal analysis.

**SUMÁRIO: 1. INTRODUÇÃO; 2. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA; 2.1 Direitos humanos da mulher e a violência obstétrica; 3. A SAÚDE COMO DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL; 3.1 DELINEAMENTOS SOBRE OS DIREITOS FUNDAMENTAIS; 3.2 DIREITOS SOCIAIS E SAÚDE; 3.3 A TUTELA JURÍDICA DAS MULHERES NEGRAS E AS AÇÕES AFIRMATIVAS; 4. A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988; 5. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA *VERSUS* MULHERES NEGRAS; 6. AMPARO LEGAL: CONSTITUIÇÃO FEDERAL, PRINCÍPIOS BIOÉTICOS E O ECA; 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS; 8. REFERÊNCIAS.**

## **1. INTRODUÇÃO**

O ato de gestar uma vida se constitui um momento único e de intensidade inexplicável na vida de uma mulher devido a transformação física, biológica e psicológica que esse ciclo a submete, é também de grande importância para sociedade no que se refere a propagação da vida e da formação da família.

Desta maneira, qualquer ato ou intenção de violência a mulher durante o ciclo-gravídico puerperal (pré-natal, parto e pós-parto) incide diretamente ao desrespeito ao direito saúde.

Toda pessoa tem o direito à saúde e ao atendimento as suas necessidades básicas para uma vida com dignidade, que é assegurado no art. 6º pela Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Entende-se por violência obstétrica apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos profissionais de saúde, que se exterioriza por meio violento, o abuso de medicalização e da patologização dos processos naturais, que acarretam na perda da autonomia da paciente e na capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Existem diversas formas de violência obstétrica podendo ocorrer por meio de violência física, mediante procedimentos desnecessários, durante o parto, e/ou psicológica através de discriminação, constrangimentos ou até racismo.

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, de 2015, os partos hospitalares representam 98,08% dos partos realizados na rede de saúde e, entre os anos de 2007 e 2011, houve um aumento de 46,56% para 53,88% de partos cesáreas. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2015) mostram que a taxa de operação cesariana chega a 56% na população geral, sendo que esses números variam entre o atendimento nos sistemas público e privado de saúde, que apresentam uma ocorrência de aproximadamente 40% e 85%, respectivamente. Tais dados são exacerbados considerando a recomendação da Organização Mundial de Saúde – OMS de uma taxa de cesáreas entre 10 a 15%.

Os índices crescentes dos números partos na modalidade cesarianas no Brasil traz à tona uma discussão sobre a sua real necessidade, tendo em vista que existem critérios a serem observados para ocorrência da intervenção cirúrgica, sendo, quando há risco a saúde materna (gestante) ou do bebê.

Com isso, cresceu também o número de hospitalizações e conseqüentemente más condições do sistema público de saúde que incidem em diversas questões em relação aos profissionais de saúde aliado também a deficiência no processo de formação destes profissionais. Diante deste contexto, estão as mulheres negras protegidas pelo direito à saúde no Brasil?

Por conseguinte, devido à importância jurídica, social e diretamente ligada à saúde pública, este material abordará, através de revisão de literatura, a violência obstétrica em mulheres negras, suas características violadoras e o grau de vulnerabilidade considerando as questões sociais, étnicas e conseqüências dos agravos de saúde física e psicológica gerados.

Sendo assim, este estudo tem o objetivo de operar buscas em artigos científicos e produções da área que comprovam o desacolhimento de mulheres negras em instituições de saúde.

## 2. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Temos como violência todo aquele ato que implica um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis, segundo a Organização Mundial de Saúde, e dentre esse conceito amplo, destacaremos o recorte da violência obstétrica, que por sua vez, apesar de não ter um conceito definido, Oliveira e Albuquerque (2018) entendem se tratar da “apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos profissionais de saúde que se exterioriza por meio do tratamento violento, do abuso de medicalização e da patologização dos processos naturais”.

A violência obstétrica tomou os holofotes após a crescente onda de cesáreas feitas no Brasil, o problema não está no procedimento cirúrgico em si, mas ele se torna uma questão saúde pública a partir do momento em que é feito sem critérios. Tal procedimento é recomendado em casos em que o parto vaginal não é uma alternativa por conta dos perigos eminentes à saúde da mãe e do bebê (ZANARDO, 2016).

A título didático, temos que “A construção do conceito da violência obstétrica está diretamente relacionada à história do parto” (SILVA & SERRA, 2017), durante a construção de sociedade acompanhamos esta evolução, a qual no início o parto era feito dentro das casas acompanhado por parteiras, e com o passar do tempo, essa técnica foi se aprimorando, chegando no século XX com a hospitalização e uma taxa de quase 90% deles sendo realizados em hospitais (PASCHE et al, 2010; RATTNER, 2009).

Permeando essa violência, com fulcro na cartilha Direitos das Mulheres no Parto: Conversando com Profissionais da Saúde e do Direito, produzida por Bianca Zorzam e Priscila Cavalcanti em 2017, existe o abuso físico, que consiste no desrespeito à integridade do corpo feminino e a falta da oferta de melhores soluções para a sua saúde, e integra o uso de ocitocina de rotina sem indicação, que acarreta no aceleração do parto por meio de cirurgia cesariana.

Entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 foram realizadas as pesquisas Nascer no Brasil, que colecionou informações descritivas acerca das boas práticas e intervenções obstétricas pelo Brasil, solidificando, desta forma, os dados de que 40%

de 23.894 puérperas<sup>3</sup> de risco obstétrico habitual, tiveram em seus corpos aplicados a ocitocina de rotina, então, seccionando esse percentual identifica-se a discriminação na aplicação da analgesia (utilizada para amenizar a dor causada pela aplicação da ocitocina) no momento em que esse “benefício” era cada vez menos utilizado quando a gestante se encontrava no grupo de baixa escolaridade e de modo mais raro ainda quando a paciente tinha uma renda mais baixa e uma menor escolaridade.

Ainda versando sobre o abuso físico, cabe falar sobre o corte realizado na vagina da mulher durante o trabalho de parto, também chamado de episiotomia ou “pique” - que já foi considerada um tipo de mutilação genital - de acordo com a pesquisa, no período estudado, 53% das mulheres que tiveram seus partos de modo natural, sofreram esse corte. O corte acontece geralmente sem a prévia autorização da parturiente, o procedimento não tem uma base científica que explique e não traz benefícios algum à mulher, pelo contrário, é a porta de entrada para infecções, aumento do risco de incontinência, demora na cicatrização o que provoca desconforto e dor no pós-parto.

Entende-se como abuso físico também, a prática da cirurgia cesariana sem que haja a real necessidade, essa seleção é feita através do estudo do caso e da inevitabilidade do procedimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere que quanto menor o risco do parto, menor o número de intervenções, visando assim, a conservação da saúde da díade. Consoante com o DATASUS (2016) o Brasil possui 57% dos seus partos viabilizados por cesarianas. Quando o enfoque é no Sistema único de Saúde (SUS) essas cirurgias representam um volume de 35%, já quando o ambiente é no setor privado, esse número cresce para 80% - dados do ano de 2011 – (VICTOR, et al. 2011)

É necessário o comentário acerca desse procedimento por que, uma vez protegida pelo princípio bioético da autonomia e o direito garantido pelo artigo 5º, II “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”. A mulher deve ser devidamente informada quanto aos riscos, os benefícios e os malefícios, tanto a curto quanto em longo prazo, trazendo a liberdade de escolha sobre o que é melhor para si.

---

<sup>3</sup> Puerpério é a condição em que a mulher se encontra desde logo após o parto até o final da sua recuperação completa dos sinais pós gravídicos.

Deve-se observar concomitantemente as práticas sem a prévia autorização da parturiente, já foi explicitado algumas anteriormente, mas é preciso não fechar os olhos para aquelas situações que são vistas como corriqueiras, a exemplo do exame de toque, que muitas vezes é fonte de aprendizagem para residentes de medicina. Quando isto ocorre sem o consentimento da gestante, se configura como ato de violência obstétrica.

Continuando, vale falar sobre o descolamento da membrana a partir do exame de toque, por meio da introdução do dedo no colo do útero, este procedimento funciona para desunir a bolsa da parede do útero, o que induz a aceleração do trabalho de parto, porém, essa estratégia pode ocasionar dor e contrações indevidas, devendo ser interrompida a qualquer sinal de dor, ou ausência do aval da paciente.

É importante salientar que a violência obstétrica não contempla somente a forma da agressão física, ela também surge de maneira discriminatória e de modo verbal e emocional, a fim de intimidar e humilhar a mulher, há casos em que mulheres relatam em depoimentos, para os Dados à Cartilha Direito das Mulheres no Parto (ZORZAM & CAVALCANTI, 2017), terem sido xingadas por gritarem de dor e até coibidas de gritarem por correr o risco de terem como ‘sanção’ o não atendimento proposital.

Sobre este último, a cor da pele, e o grau de escolaridade das mulheres, estão intimamente ligados aos cuidados ofertados a elas (LEAL, et al. 2005). E é aqui que o racismo institucional toma a frente, de maneira lúdica cito Bob Marley em sua canção ‘War’ no trecho em que diz: “até que a cor da pele de um homem não signifique mais do que a cor dos seus olhos, eu declaro guerra” – tradução própria.

Num país ainda repleto de preconceitos de gênero, é comum que profissionais, não somente das áreas de saúde, se sintam à vontade a manipular os corpos femininos com naturalidade sem que haja o consentimento da mulher em pauta. Isso justifica também, o absentismo de amparo legal. Porém, no que tange os direitos humanos, a abordagem imprescindível, por que abraça a vulnerabilidade de um grupo, as mulheres, que são preteridas em tantos outros ambientes e bem como na saúde (OLIVEIRA & ALBUQUERQUE, 2018) se tornam um pouco mais protegidas no momento anterior, durante e posterior ao parto.

Segundo Oliveira e Albuquerque (2018), a violência obstétrica atira em vítimas integrantes de um grupo vulnerável, o qual possui aspectos típicos, dentre

eles, o fator da cor da pele, situação que realça a sua posição no grupo de risco e, portanto, a maior existência de incidentes, justificada pelo racismo institucional.

Curiosamente, o termo em estudo é pouco utilizado juridicamente, embora seja popular em meios acadêmicos pelos movimentos sociais e políticos (NOGUEIRA & SEVERI, 2017) fato que, dificulta a pesquisa para a análise de jurisprudências a respeito do tema. No meio desse desamparo legal, é evidente que a responsabilização de profissionais de saúde e hospitais é atravancada impedindo de salvaguardar os direitos fundamentais das mulheres (NOGUEIRA & SEVERI, 2017).

Existem dois grandes movimentos que versam sobre os partos, o Movimento Social pela Humanização do Parto e do Nascimento, de acordo com Tornquist (2002), o movimento teve como base as propostas oferecidas pela Organização Mundial de Saúde no ano de 1985, as quais pregavam o estímulo ao parto vaginal, a amamentação no momento consequente ao nascimento, o alojamento comum da díade, a presença do acompanhante desde o início dos procedimentos que antecedem o parto, a atuação de enfermeiras obstétricas em situações de parto normal, inclusão de parteiras no sistema de saúde onde não há existência de rede hospitalar, do mesmo modo que a diminuição das intervenções encaradas como desnecessárias.

Em contraponto, encontramos o Movimento da Medicina Baseada em Evidências, que teve sua expansão no final do século XX, e que tem como fundamento a valorização dos procedimentos médicos com influência das conclusões científicas.

## 2.1. DIREITOS HUMANOS DA MULHER E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência pautada, no que cabe aos direitos humanos, consiste na violação do: “Direito à vida, direito de não ser submetido à tortura e a tratamento cruel ou degradante, direito ao respeito pela vida privada, direito à informação, direito a não ser discriminado e direito à saúde” (OLIVEIRA & ALBUQUERQUE, 2018). Considera-se violência uma ação intencional, realizada por indivíduo ou grupo, dirigida a outro, que resulte em óbito, danos físicos, psicológicos e/ou sociais, implicando a utilização de força física ou coação psíquica ou moral (BRASIL, 2002).

Deste modo, ao referenciar a violência obstétrica, abordamos um ponto de suma importância de atenção à mulher, pois apesar da violência não ser considerada uma doença, ela pode causar diversos danos em nível da saúde física ou psicológica podendo levar a depressão ou até morte (suicídio). De acordo com (PENNA & SANTOS, 2013), a violência é um fenômeno bastante complexo, possuidor de determinantes sociais e condicionantes culturais, que podem significar agravo à saúde e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais e à qualidade da existência.

Os traumas e sofrimentos causados no período supracitado têm trazido consequências dramáticas a exemplo, quando há a aplicação da ocitocina com o intuito de acelerar os partos e conter a gestante no leito, com isto, este procedimento aumenta o risco de sofrimento fetal e também de cesarianas, consequências do uso da substância (ZORZAM & CAVALCANTI, 2017).

São grandes os números de violência contra a mulher e segundo dados fornecidos pela IPAS Brasil, esse tipo de violência se constitui um problema de saúde pública, do mesmo modo que a violação dos direitos humanos. A temática supracitada está longe de ser esgotada por se tratar de um tema amplo e complexo que envolve a prática e o fazer dos profissionais de saúde, questões sociais e bioéticas.

### **3. A SAÚDE COMO DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL**

A Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH), proclamada em 1948, através da Assembleia Geral elaborada pela ONU, contempla em seu bojo que: "(...) o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo, (...)". Baseada em considerações como esta, adotou a saúde, dentre outros, como direito essencial à vida do ser humano. Assim sendo, um marco nas constituições de diversos Estados foi a de adotar este princípio, conforme o artigo 25 da DUDH:

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

outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

§2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora de matrimônio, gozarão da mesma proteção social.

Organizações iniciaram um processo de internacionalização dos direitos humanos com a preocupação de abrigar todos os direitos humanos e sistematizar um único documento que servisse de base para dirimir as diferenças de forma universal.

Todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. A comunidade internacional deve tratar os direitos humanos de forma global, justa e equitativa, em pé de igualdade e com a mesma ênfase. (...), é dever dos Estados promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, sejam quais forem seus sistemas políticos, econômicos e culturais (Declaração Universal dos Direitos Humanos).

A DUDH recomenda parâmetros mínimos necessários para uma vida digna, ou seja, condições mínimas para que não falte alimentos em quantidade satisfatória para o indivíduo e sua família, dentre outros itens. Segundo a Organização das Nações Unidas na sua Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos publicada no ano de 2000:

Os direitos humanos têm sua base no respeito à dignidade humana e no valor de cada pessoa. São tidos como universais, porque são aplicados igualmente e sem nenhum tipo de restrição ou discriminação a todo e qualquer ser humano. São também inalienáveis, isto é, ninguém deve ter seu direito tolhido a não ser em circunstâncias muito raras e específicas como, por exemplo, quando alguém tem sua liberdade restringida após ter sido condenado por um tribunal. Por último, os direitos humanos são considerados indivisíveis, quer dizer, coexistem de modo interrelacionado e interdependente sendo, por esta razão, insuficiente respeitar apenas alguns deles e relegar os demais. Na prática, a violação de um direito humano frequentemente irá afetar outros direitos humanos, pois, por serem interdependentes, uns não se satisfazem sem os outros, havendo casos em que a inobservância de um acarreta a própria falência de outro, como é o caso do direito à saúde que, uma vez negligenciado, poderá atingir fatalmente o direito à dignidade e, em última consequência, a própria vida do ser humano titular destes direitos. Consequentemente, todos os direitos humanos devem ser vistos como sendo equivalentes.

Embora proclamada em 1948, passou a ser reconhecida pelo Brasil nesta mesma data este direito, o qual só se tornou efetivo na Constituição de 1988 devido a força popular. A CF/88, em seu artigo 6º, elenca os direitos sociais:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção

à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Neste diapasão, a Assembleia Constituinte de 1988 propôs a elaboração de um sistema público de saúde mais igualitário e justo que promova a redução das desigualdades sociais.

### 3.1. DELINEAMENTOS SOBRE OS DIREITOS FUNDAMENTAIS

O Artigo 5º da Constituição Federal (CF) que trata das garantias fundamentais dos indivíduos assegura através de ações efetivas do Estado a dignidade da pessoa humana e o direito à proteção da saúde, dentre outros. Tomando como referência o realce de Ricardo Soares (2008) sobre o tema entende-se que a dignidade da pessoa humana não somente diz respeito aos direitos fundamentais no que tange a liberdade de autodeterminação sobre a sua existência, mas também, ao requerimento de iniciativas positivas do Estado sobretudo quando ameaçada ou ausente a capacidade de determinação do indivíduo no cenário coletivo.

Com 30 anos de promulgada a Carta Magna edificou ao longo da História as garantias fundamentais de direitos e deveres, através de enunciados e de seu princípio fundamental: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”.

Assim sendo, a isonomia de tratamento entre os indivíduos está estabelecida, conforme Alexandre Moraes (2002, p. 65):

O princípio da igualdade consagrado pela constituição opera em dois planos distintos. De uma parte, frente ao legislador ou ao próprio Poder Executivo, na edição, respectivamente, de leis, atos normativos e medidas provisórias, impedindo que possam criar tratamentos abusivamente diferenciados a pessoas que se encontram em situação idêntica. Em outro plano, na obrigatoriedade ao intérprete, basicamente, a autoridade pública, de aplicar a lei e atos normativos de maneira igualitária, sem estabelecimento de diferenciações em razão de sexo, religião, convicções filosóficas ou políticas, raça e classe social.

Extrai-se daí que o legislador não poderá criar normas de exceção por incorrer em flagrante inconstitucionalidade. O particular não poderá ter condutas diferenciadas por denotar ato discriminatório e por fim, no que se refere à autoridade

política a não aplicação de leis e atos normativos que distanciem a conduta, no caso concreto, aos indivíduos.

Ainda, pode ser observado, que os direitos fundamentais são aqueles que estão dentro da Constituição como fora dela, isto é, em constante diálogo com os tratados e convenções internacionais, especialmente os que versam sobre Direitos Humanos, de acordo com os parágrafos 2º e 3º do art. 5º da Constituição Federal de 1988:

§ 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.

§ 3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais.

Diante da dimensão e importância dos direitos fundamentais, para fins de abordagem conceitual, o ensinamento de Marmelstein (2014, p.17) expressa os aspectos material e formal vinculados à dignidade da pessoa humana, já reiterado inicialmente:

Os direitos fundamentais possuem um inegável conteúdo ético (aspecto material) e normativo (aspecto formal). Eles são os valores básicos para uma vida digna em sociedade. Neste contexto, eles estão intimamente ligados à ideia de dignidade da pessoa humana e de limitação do poder.

Dentre os direitos fundamentais, há os direitos sociais, os quais estão garantidos no art. 6º da CF/88:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015).

Eles têm por objetivo assegurar às pessoas condições consideradas indispensáveis ao usufruto do direito pleno, garantido pelo Estado através de aplicação de métodos assegurando justiça distributiva com a finalidade de equalizar as desigualdades sociais.

### 3.2. DIREITOS SOCIAIS E SAÚDE

O Ministério da Saúde (MS) visando o cumprimento dos direitos sociais têm dispendido esforços para melhoria do atendimento às mulheres através da humanização da assistência à gestante. A partir do ano 2000, a humanização da assistência foi introduzida na política pública federal com o lançamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (DIAS & DOMINGUES, 2005).

A criação do programa de humanização do parto e nascimento teve como objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência do parto e puerpério as gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2000). Outra iniciativa, visando a atenção à saúde da mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2011, foi lançamento do programa Rede Cegonha envolvendo hospitais que atendiam usuárias do serviço público, com o objetivo de garantir acesso, acolhimento e qualidade na atenção ao parto e nascimento.

Entretanto, o modelo de atendimento proposto pelo SUS, é considerado inseguro e pouco apoiado em evidências científicas, é marcado por uma relação profissional-usuária autoritária, que inclui formas de tratamento discriminatório, desumano ou degradante (BRASIL, 2000). Tal fato se evidencia em decorrência de que o atendimento pelo SUS se dá genuinamente para população de renda e nível de escolaridade baixa.

Em contraponto, as informações da problemática supracitada em nível da rede privada de saúde são incipientes, o que impulsiona um maior engajamento à pesquisa a fim de determinar um comparativo para análise.

Define expressamente o artigo 6º da CF, 88 sobre os direitos sociais, os quais constituem liberdades que proporcionam a boa convivência, e progresso nas condições de vida em prol dos hipossuficientes, desta maneira entende-se que há a possibilidade de salvaguardar a igualdade social. Partido dessa base legal, pode-se entender que os direitos sociais são os que mais se aproximam do princípio genuíno da dignidade humana e da cidadania, visto que estes vislumbram a redução das injustiças devido as grandes desigualdades sociais encontradas. Posto assim, Alexandre de Moraes (2002, p. 202), conceitua os direitos sociais.

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

Ainda refletindo sobre o sentido mais amplo do direito social pode-se afirmar que este é assim chamado, por se referir ao coletivo e que deve ser alcançado por todos dentro da sociedade sem distinção nem restrição. Segundo Flávia Piovesan (2000, p.54-55):

A dignidade da pessoa humana, vê-se assim, está erigida como princípio matriz da Constituição, imprimindo-lhe unidade de sentido, condicionando a interpretação das suas normas e revelando-se, ao lado dos Direitos e Garantias Fundamentais, como cânone constitucional que incorpora "as exigências de justiça e dos valores éticos, conferindo suporte axiológico a todo o sistema jurídico brasileiro".

A Carta Magna Brasileira traz os direitos sociais como fundamentais para vida do indivíduo, com o pressuposto de inibir as desigualdades existentes na sociedade. Para fins de comprovação do direito à saúde e via reflexa do tema em questão, especialmente no âmbito da judicialização, o Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, no julgamento da apelação cível nº 0041051-90.2011.8.05.0001, determina ao Poder Público assegurar o custeio do parto de paciente com gravidez de risco visando a preservação da vida da gestante, bem como do nascituro. Isso significa que o direito a saúde não reflete somente na seara do indivíduo, mas também no círculo social e daqueles que fazem parte da família, ainda que em condição de potencialidade de vida. Logo, a saúde é um direito pluridimensional:

CONSTITUCIONAL. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. REALIZAÇÃO DE PARTO EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. AUSÊNCIA DE JUSTIFICATIVA LEGÍTIMA PELA REDE PÚBLICA DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. LEGITIMIDADE PASSIVA DO ESTADO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA ENTRE OS ENTES FEDERATIVOS. RECURSO DE APELAÇÃO DO ESTADO A QUE SE NEGA PROVIMENTO. SENTENÇA MANTIDA. 1. Estado, Município e União são corresponsáveis por garantir a efetivação do direito fundamental à saúde. 2. O dever constitucional do Poder Público de assegurar assistência médica universal e gratuita à população torna impositivo o custeio do parto em paciente com gravidez de risco, como forma de preservar sua vida e saúde, assim como do nascituro.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a saúde é um direito fundamental essencial para as pessoas, a qual é abarcada a nível nacional e internacional, confirmando o seu caráter de direito humano, em que deve tutelar todas as pessoas, independente do sexo, cor, crença, entre outros. Sabe-se também que a saúde envolve também não só o estado de doença, mas todas as condições existenciais,

físicas, espirituais e institucionais que compreendem o atendimento do indivíduo, podendo ser mencionado também a prática da prevenção e da escuta.

Esta condição jurídica da saúde também se insere na condição da gestante, pois a mesma deve ter todas as condições para ter uma gestação e parto dignos, o que repercute na responsabilidade do Estado e dos entes federativos. A humanização do parto, portanto, neste primeiro momento, deve estar atrelada ao princípio da igualdade, dando as mulheres negras também condições de ter acesso a um serviço público de saúde eficiente e com respeito a sua condição de cor e de cultura, bem como não ser discriminada por isso.

### 3.3 A TUTELA JURÍDICA DAS MULHERES NEGRAS E AS AÇÕES AFIRMATIVAS

Conforme o Programa Nacional de Saúde, em 2013, num panorama de 146,3 milhões de pessoas (a partir de 18 anos), destas, 15,5 milhões (10,6%) declararam já terem sofrido discriminação ou tratamento inferiormente desigual por profissionais de saúde, dentro deste, 11,6% eram mulheres e 11,9% pessoas de cor preta (Brasil, 2017). Assim sendo, é evidente a herança racista, sexista e classista do brasileiro, em razão da construção do Estado ter sido por meio de mão de obra escrava de negros e índios, a falsa ideia de libertação do povo preto fornecida pela Lei Áurea não conseguiu segregar a discriminação no período pretérito à lei e posterior a mesma.

Respectivamente, o legado sexista vem de uma cultura ao patriarcado, o qual submete mulheres aos quereres dos seus maridos e dos homens da sociedade, lhes tirando quase que totalmente a autonomia sobre suas vontades e seus corpos. Por fim, diante do preconceito dirigido à população negra que ao longo da história foi marginalizada, o preterimento no setor empregatício sempre foi um problema, os tornando assim, líderes no índice de desocupação, conforme dados da Central Única de Trabalhadores (CUT), no terceiro trimestre do ano de 2018, o número de desempregados se encontrava em 12,5 milhões, sendo destes, 64,2% negros.

Com isto, fica claro que deve ser proposta uma rede tutelar específica e direcionada para as mulheres negras no âmbito da saúde. A Pesquisa Nascer no Brasil aduziu maiores índices de violência obstétrica nas mulheres negras quando comparadas às mulheres brancas, nos padrões de idade entre 20 e 34 anos, que não

tiveram acompanhantes durante o período de internação com o procedimento do parto vaginal, advindas da Região Nordeste e de baixa escolaridade.

No nosso regimento brasileiro temos princípios imprescindíveis que tratam de agasalhar e servirem como respaldo jurídico. Para este tema, em destaque, indicamos o Princípio da Igualdade, disposto no artigo 5º da Constituição Federal, que versa “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. Em contraditório a este direito, dispomos da realidade brasileira, a qual, apesar da população preta e parda representarem, entre os anos 2016 e 2017, cerca de 114,7 milhões (IBGE, 2018), ainda são as que menos recebem auxílio de todos os âmbitos sociais.

Importante pôr em pauta, que por volta dos anos 2000, programas e políticas de incentivo à saúde foram surgindo, dentre eles, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (ZANARDO, 2016) que tem como premissa, a naturalização do parto, pregando que as intervenções procedimentais médicas apenas devem ser feitas em caso de necessidade, quando a circunstância emite risco à saúde da mãe e do nascituro.

#### **4. A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988**

De acordo com a constituição federal de 1988, a dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos para que se faça a existência do estado democrático de direito, desse modo, é inegável a importância deste princípio, basta observar a definição dada por SARLET (2009, p.37.):

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

Com isso, entende-se que a ligação entre o direito à saúde e a dignidade da pessoa humana percorre o mesmo caminho, vez que, tal fundamento ressalta justamente a proteção e a igualdade de lidar com todo e qualquer ser humano.

Diante do quanto afirmado acima, ainda se pode valer ainda dos ensinamentos de Ingo Sarlet (2018, p.268):

[...] é o Estado que passa a servir como instrumento para a garantia e promoção da dignidade das pessoas individual e coletivamente consideradas.” Portanto, o Estado existe em função da pessoa humana, pois o homem constitui a finalidade primordial da atividade estatal. Como norma jurídica-positivada, a dignidade da pessoa humana existe, não apenas como uma declaração de conteúdo ético e moral, mas possui, “status constitucional formal e material e, como tal, inequivocamente dotado de eficácia e aplicabilidade, alcançando, portanto, também a condição de valor jurídico fundamental da comunidade.

Sendo assim, constatando que não há a possibilidade de desatrelar um do outro, o Estado tem inteira responsabilidade sobre a manutenção da saúde de qualidade, de forma que não interfira na liberdade individual, portanto, conservando o dever de viabilizar os meios técnicos e materiais de maneira positiva para o exercício dos direitos e liberdades fundamentais e sociais.

Deste modo, cabe a reflexão acerca dos meios técnicos e materiais que deveriam ser disponibilizados pelo Estado, mas na prática, com base em relatos, não é o que acontece. O documentário “A Dor Reprimida” (2017) traz à tona histórias que vão de encontro com esse ideal de tratamento, como macas que o tamanho não condiziam com a necessidade da mulher, macas de metal e sem um lençol, ou seja, as mulheres chegavam com fortes contrações e eram acomodadas no frio da maca sem nenhum conforto.

Portanto, é dever do Estado criar maneiras de incentivar a população feminina no que toca ao empoderamento, de maneira a produzir programas tendo mulheres como protagonistas da sua fala, o incentivo à informação sobre os procedimentos e todo o ciclo gravídico, a exposição sobre quais são os direitos fundamentais e a importância da preservação dos mesmos, não somente no momento da gravidez, mas por toda a sua vida. E também, políticas antirracistas que contemplem a exaltação do princípio da igualdade.

Como exemplo de incentivo às ações afirmativas temos o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, aprovado por meio de portaria em junho de 2000, que se ampara nos princípios:

(...) toda gestante tem o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com

os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico: e todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

Diante do exposto, pode-se afirmar que ações afirmativas, saúde e vida estão entrelaçadas juridicamente pela dignidade da pessoa humana. Isso reside no fundamento de que a mulher, mediante seu corpo e na proteção do seu rebento, deve ter toda a garantia da sua saúde e vida, pois encontra-se sob um momento crítico, em que toda preservação médica e os cuidados necessário devem ser empreendidos. Da mesma forma, as ações afirmativas devem garantir que mulheres, especialmente as negras, tenham acesso aos meios de acesso à saúde pública para que a gestação e o parto possam ser efetivados com segurança.

Destarte, não se pode mais permitir que haja morosidade no incentivo a ações afirmativas. Nesse sentido, há emergência na solução deste problema, enquanto nada é feito, mulheres e crianças morrem, mulheres negras são desacolhidas, desrespeitadas e discriminadas pelo racismo institucional que permeia o ambiente médico.

## **5. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA *VERSUS* MULHERES NEGRAS**

Entende-se por violência obstétrica todo ato que infrinja o direito e autonomia colocando em risco ou ofendendo a dignidade da pessoa humana garantida a mulher. Com amparo da OMS (2014, p. 1), “Toda mulher tem o direito ao melhor padrão atingível de saúde digno e respeitoso”.

Tal afirmação é oriunda da declaração da Organização Mundial da Saúde que se refere ao trecho sobre a “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituição de saúde”. Segundo a OMS (World Health Organization, 1996), parto é entendido como um evento natural e o nascimento por via vaginal é considerado o melhor modelo quando levado em conta o desfecho de saúde materna e do bebê, sendo a intervenção mínima considerada o paradigma a ser seguido na assistência (ANDRADE & LIMA, 2014; DINIZ & CHACHAM, 2016).

Considerando que o momento do parto tem diversos significados emocionais para a parturiente, as práticas abusivas neste momento violam os direitos

humanos, à saúde física e psicológica bem como o direito a não discriminação seja de qualquer ordem.

Fatos históricos e sociais podem servir de explicação para o índice elevado de ocorrência de violência obstétrica em mulheres de cor negra e de baixa renda. A sociedade brasileira foi formada pela miscigenação de seu povo (portugueses, negros, índios) onde as diferenças raciais, econômicas, grau de submissão e vulnerabilidade eram evidentes.

As relações sociais, no Brasil, foram fundamentadas pelo viés racial herdado pela escravidão negra, que atribuem à inferioridade e incapacidade intelectual. Esse percurso determina o viés racial implícito, o termo pode ser entendido através de práticas sugestivas de discriminação e preconceito, resultante de estereótipos relativos à pessoa negra (ASSIS, 2018).

Tal abordagem vem ratificar situação e grau de vulnerabilidade das mulheres negras, principalmente em ciclo gravídico puerperal e fomentar ampla discussão acerca da problemática que impacta sobremaneira a proteção ao direito humano.

## **6. AMPARO LEGAL: CONSTITUIÇÃO FEDERAL, PRINCÍPIOS BIOÉTICOS E O ECA**

A violência obstétrica é regulada – ainda que não diretamente – pela Constituição Federal, pelos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário e que adquirem status de norma constitucional, entre outras normas (ZORZAM, 2016). Como respaldo legal, podemos dizer que com base no artigo 5º da Constituição Federal (CF), 1988, e seus incisos II, III, X, XXXII, essa violência ataca diretamente direitos constitucionais, tais quais os princípios da legalidade, a garantia de não ser submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante, a proteção da não violação da vida privada e da intimidade, e por fim, por se tratar também de uma relação de consumo, a díade está protegida pelo Estado.

Além deste, os artigos 196 e 197 (CF, 1988) dizem que é dever do Estado promover políticas sociais e econômicas que intentem à redução do risco de doenças e outros danos, tal como a promoção da facilitação ao acesso universal e igualitário para a impulsão, proteção e recuperação da saúde, bem como, regulamentar,

fiscalizar e controlar, devendo ser executada diretamente através de terceiros por meio de pessoa física ou jurídica de direito privado.

Com isso entendemos a importância destes cuidados não somente para a garantia da saúde, mas também da vida, posto que segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no ano de 2012, do total de 1.583 mortes maternas, 60% eram mães negras, fato que aponta que apesar de acometer sobre mulheres grávidas, a sua efetivação pode ser mais incisiva nos casos em que a vítima padece de uma vulnerabilidade social (OLIVEIRA & ALBUQUERQUE, 2018). Em complemento a este raciocínio, em 1997, a OMS interpreta o óbito materno como: “A morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida às causas acidentais ou incidentais”.

No que tange a bioética, temos o Princípio da Beneficência, corroborando com Cicero Urban (2003), este princípio não nos diz como distribuir o bem e o mal, somente nos manda promover o primeiro e evitar o segundo, tal assunto não se confunde com benevolência, pelo fato do primeiro dizer respeito à ação feita em benefício de outrem, e o segundo é a virtude de agir em benefício do outro.

A beneficência para a bioética tem a ver com promover o bem na relação médico – paciente, desde os pequenos procedimentos, usando desta forma, todos os meios médicos e científicos para salvaguardar com atenção e boa vontade, apesar do desconforto de estar submetido a um procedimento médico, o bem-estar do paciente. Portanto, tem a ver com todo o processo até a cura.

Ainda com Urban (2003), contamos que o Princípio da Não-Maleficência discorre sobre não infligir dano intencional. Sendo assim, este princípio tem como critério a consciência do médico sobre o que é impróprio fazer, contando com o bom senso, a prudência e a perícia de causar o menor dano possível ao paciente.

O Princípio da Autonomia, de acordo com Beauchamp e Childress (1994), afirmam que os indivíduos possuidores plenos da sua capacidade tenham total controle sobre as suas escolhas pessoais, e essas escolhas sejam reconhecidas com respeito, inclusive no ambiente médico.

Em concordância com este princípio, em 2000, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), constatou, por intermédio do seu Comitê para

Assuntos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher, que o princípio da autonomia ressalta a importância da decisão advinda da mulher sobre a sua saúde e os cuidados pertinentes a esta.

Em contrapartida aos princípios, concluímos que não é o que acontece diariamente, mulheres são desrespeitadas, humilhadas, mutiladas, preteridas, colocadas em risco e até mortas pelas mãos daqueles que deveriam propiciar o alívio e a saúde, na medida do possível, sendo que o que se deseja é apenas uma gravidez saudável e um parto de sucesso.

Outro fator importante é a tutela jurídica da criança. No Estatuto da Criança e do Adolescente, o art. 5º, dispõe que:

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Dirigindo para a violência obstétrica, é possível identificar condutas que caminham no sentido contrário ao que prega a legislação, temos como exemplo a aplicação da ocitocina que, por aumentar o grau e a frequência das contrações pode acarretar no risco de sofrimento do feto, infringindo assim, a garantia de um tratamento não cruel.

No art. 7º, a criança tem direito à proteção à vida e à saúde por intermédio da concretização de políticas de incentivo estatal que possibilitem condições o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência. Em todo momento a palavra 'digna' aparece neste estudo, por que é justamente sobre isso que ele trata, da necessidade da efetivação desse direito fundamental, da oportunidade de começar a vida estando protegido de um direito humano tão preterido.

Seguindo com a leitura, o artigo 8º do Estatuto traz o olhar da mãe, no que diz respeito ao acesso a programas e políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo, os quais visam proteger outros direitos fundamentais, o da autonomia e do acesso à informação, que, no âmbito da realidade é abertamente desprezado. É também assegurado às gestantes, nutrição adequada e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, trazendo assim um paralelo com o Movimento pela Humanização do parto, que somente reforça essas ideias e as levam para o ambiente médico, afinal, são eles os responsáveis pelos cuidados e tratamentos às parturientes.

Avançando, está estabelecido o direito ao atendimento pré-natal, perinatal (período que precede em instantes o momento do parto e após ele), e pós-natal, que também dizem respeito à criança, de modo integral oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, nota-se as inconsistências dos serviços quando se observa os relatos de mães publicados pelo documentário “A Dor Reprimida” (2017) : violência obstétrica e mulheres negras, que dizem que é comum escutar dos profissionais de saúde responsáveis que “quanto mais você gritar menos elas (médicas e enfermeiras) vão te atender” ferindo sem pudor toda uma norma específica e constitucional de proteção à mulher.

No ano de 2014, um projeto de lei foi idealizado pela Artemis<sup>4</sup> contou com a subscrição do então deputado Jean Wyllys – PSOL/RJ, o qual pretende proteger a gestação, o pré-parto, parto e o puerpério, também contém no seu teor, a tipificação dos tipos de violência, como por exemplo, no seu artigo 14, I “II - fazer comentários constrangedores à mulher referentes a questões de cor, etnia, idade, escolaridade, religião, cultura, crenças, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero e paridade;”. O projeto ainda não foi aprovado.

Ainda que na esfera federal não haja um texto legal sobre o tema, alguns Estados como, São Paulo, Paraná e Santa Catarina, estipularam e fundaram leis e projeto de lei, que versam sobre a violência obstétrica, são elas, respectivamente, Lei nº 3.363/13, Lei nº 14.598/15, Projeto de Lei nº 4.829/2013.

Aos poucos, este assunto tem chegado aos Supremos Tribunais, ainda que mais pontualmente no Sul e Sudeste brasileiros, resultado da maior atuação a respeito de políticas direcionadas ao enfrentamento da violência obstétrica (SILVA, SERRA, 2017). O curioso sobre o exposto é que, ainda que minimamente enfrentado nos Tribunais, os acórdãos não tratam desta violência com o termo ‘violência obstétrica’ em evidência, razão da dificuldade tratada anteriormente em encontrar decisões processuais relacionadas ao tema.

Baseando este estudo no artigo “Violência Obstétrica no Brasil: Um Enfoque a Partir dos Acórdãos do STF e STJ” (SILVA, SERRA, 2017), foi possível averiguar que há uma grande demanda no que diz respeito a demora no atendimento

---

<sup>4</sup> Organização empenhada para a promoção da autonomia feminina e supressão de todas as formas de violência contra a mulher, por meio da atuação em medidas políticas e serviços que visem promover mudanças efetivas em relação à justiça e igualdade na sociedade.

para o parto, ocasionando sequelas e até morte em neonatos, sobre este ponto, temos como amostra:

Ao que se verifica da farta documentação acostada, a parturiente por volta das 04:00 horas da manhã de 22/08/2009, sentiu fortes dores e contrações indicativas de trabalho de parto; dirigiu-se ao Hospital Stela Maris, mas, por falta de vaga para internação foi encaminhada ao Hospital Geral de Guarulhos. Ali, procedeu-se a internação às 10:00; foram realizados alguns exames rotineiros e administrado medicamentos presumidamente para a indução; a ficha clínica de fl. 68 indica a perda de líquido há mais ou menos 7 horas; a criança nasceu às 22h00, nono mês de gestação, pesando 3.350kg, medindo 50cm, Apgar 2 e 4 e com afundamento no lado direito do crânio; constatada cianose e anoxia grave, foi reanimado ainda na sala do parto e encaminhado diretamente para a UTI neonatal, com traumatismo craniano, onde permaneceu por aproximadamente 04 (quatro) meses, além de outras internações sucessivas. Utiliza-se de sonda gástrica para se alimentar, em razão da incapacidade de sugar e deglutir (gastronomia). Aparentemente, sofreu danos cerebrais permanentes e irreversíveis. Lamentável o estado da criança em razão das sequelas deixadas pelo mal que lhe acometeu durante o seu nascimento pelo suposto prolongamento do trabalho de parto (fl. 78) – e, segundo a narrativa, havia a presença de mecônio<sup>5</sup> no líquido amniótico – e por falta, quiçá, de experiência ou habilidade dos profissionais ao se utilizarem dos afastadores Kieland e Simpson para a retirada da criança do ventre materno. [...] Omito o prontuário médico, que, até aqui so acusa anormalidades. Se, em tempo hábil, já que, não observada tal, circunstancia para a realização do parto, tem-se por imperativo que o início do tratamento específico e imediato evitaria eventual agravamento das consequências sofridas. (AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 190.929 – SP, Relator: Min. Raul Araújo, Quarta Turma, Data de Julgamento: 24 de fevereiro de 2015, Data da Publicação: 20 de março de 2015, p.4-5)

Concomitantemente, é identificado também, o procedimento da episiotomia, já explicado anteriormente neste artigo, corrobora-se da didática abordagem:

No Brasil, um dos principais argumentos usados a favor tanto das episiotomias quanto da cesárea de rotina é o de que o parto vaginal torna os músculos vaginais flácidos, comprometendo os atrativos sexuais da mulher. No entanto, segundo evidência científica, a episiotomias de rotina danifica as estruturas vaginais mais do que as protege. [...] As mulheres aceitam as episiotomias de rotina no Brasil porque a maioria acredita que ela seja necessária, do ponto de vista médico, para proteger a sua saúde e a do bebê. Como a episiotomias é uma decisão do médico, as mulheres presumem que este está fazendo a coisa mais correta. Se a mulher acreditar que terá problemas sexuais e uma vagina flácida depois do parto normal, e que a episiotomia é a solução para isto, ela concorda. (DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 86-87)

Diante disto, tem-se o caso concreto em que a realização deste procedimento decorreu numa lesão grave no esfíncter de uma paciente, situação que prejudicou sua vida em sociedade, o que fere não somente o princípio da autonomia,

---

<sup>5</sup> Líquido pastoso que corresponde às primeiras evacuações do nascituro.

quanto também, o da dignidade da pessoa humana, a vida privada e outros tantos já citados preteritamente. A seguir a exposição do seguinte acórdão:

As circunstâncias do presente caso evidenciam que o nexo de causalidade material restou plenamente configurado em face do comportamento omissivo em que incidiu o Poder Público, que se absteve de “(...) orientar a autora sobre o procedimento adotado no seu parto, assim como os eventuais riscos a que estaria exposta, como também a necessidade do seu retorno ao hospital para o acompanhamento médico de sua situação. (fls.329). Lamentavelmente, essa incompreensível omissão estatal foi causa do evento danoso. (...) teve que se afastar de suas atividades laborais, devido a sua incontinência fecal, tendo que se submeter, posteriormente, a um procedimento cirúrgico para a reparação de seu problema (fls. 328). (AI 852237 AgR, Relator (a): Min. CELSO DE MELLO, Segunda Turma, Data do julgamento: 25 de junho de 2013, Data da publicação: 06 de setembro de 2013, p. 5-6).

Vale salientar, que diante deste procedimento, ainda que inadequado, porém frequentemente utilizado, por profissionais de saúde responsáveis pela saúde feminina. Confundir um perito avaliador do caso que, diante da constância de efetuação, acredite que faz parte dos procedimentos regulares e necessários no universo obstétrico, desta forma, influenciando a redação do laudo pericial, atestando a adequação das episiotomias nas rotinas dos partos vaginais.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo teve como finalidade informar, e conscientizar sobre a violência obstétrica, e a incidência dela com uma maior recorrência quando se trata da vulnerabilidade social das mulheres negras advinda de um contexto histórico-social racista, classista e sexista. Durante a pesquisa, foi possível demonstrar que as mulheres negras estão em desvantagem em relação a mulheres brancas no que se refere atenção à saúde principalmente no ciclo gravídico puerperal.

Observou-se também que por ser uma violência pouco conhecida, a sua prática não é punida e muitas vezes não é nem reconhecida pelas vítimas, visto que, a falta de informação das pacientes e o despreparo dos profissionais de saúde incidem diretamente na perpetuação dessas violações.

Destarte, há princípios seguradores dos direitos humanos e das mulheres dispostos em várias fontes legais, como o artigo 1º da Constituição Federal, que versa sobre a dignidade da pessoa humana, que visa garantir que todo ser humano seja

possuidor de uma vida digna independente das suas particularidades sociais, sejam elas por escolhas ou inerentes à sua vontade.

O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, afinal, foi tido como principal pilar do estudo visando expor que qualquer tratamento que se desvie das condutas dignas aplicadas às mulheres negras e seus filhos devem ser punidas e entendidas como violação dos direitos da mulher, da parturiente e acima de todos, os direitos humanos.

O estudo conclui o grau de importância e relevância da temática abordada, para a conscientização, reflexão e reconhecimento acerca do racismo institucional e seguridade legal. Fez-se um recorte para garantia dos direitos fundamentais da parturiente e conseqüentemente do recém-nascido, para que ocorra a real preservação da dignidade antes, durante e após o parto. Desta forma, é importante serem implantadas políticas de ações afirmativas, nas áreas de saúde e da educação, a fim de criarem reflexos positivos nas condições de vida das mulheres negras, com destaque humanizado para atenção à saúde desse grupo específico.

## 8. REFERÊNCIAS

**AGÊNCIA BRASIL.** MAIORIA DE MORTES MATERNAS NO PAÍS OCORREM ENTRE MULHERES NEGRAS. Disponível em:<<http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-05/maioria-de-mortes-maternas-no-pais-ocorre-entre-mulhere-negras-jovens>>. Acesso em: 10. Mai.2019.

ALBUQUERQUE A. **Bioética clínica e direitos humanos: a interface entre o direito humano a saúde e o consentimento informado.** Revista Bioethikos, São Paulo, v.7, n, 4,p.388-397, out./dez.2013.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](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: 10. Mai.2019.

BEAUCHAMP TL, Childress JF. **Principles of biomedical ethics.** New York: Oxford University Press, 1994.

**BRASIL.** Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: Acesso em: 01 mai. 2019.

**BRASIL.** Manual do Programa de humanização do parto, humanização do pré-natal e nascimento. Brasília; 2000.

**CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES.** Desemprego entre os negros é maior do que a taxa nacional. Disponível em: <<https://www.cut.org.br/noticias/desemprego-entre-os-negros-e-maior-do-que-a-taxa-nacional-6d5b>>. Acesso em: 26. Mai. 2019.

**DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris.** 10 dez. 1948. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>>. Acesso em 20. Mai.2019.

**Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas.** Genebra: OMS, 2015. Disponível em: Acesso em: 25. Mai. 2019.

DIAS MA, DOMINGUES RM. **Desafios na Implantação de uma política de humanização da assistência.** Ciência de Saúde Coletiva. 2005: p. 669-705.

DINIZ, et al. **Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele:** dados do inquérito nacional. Nascer no Brasil (2011-2012). Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, 2016, p.561-572.

DINIZ CSG. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Ciência & Saúde Coletiva, 10 (3), 2005. p. 627-637.

DINIZ SG, CHACHAM AS. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo.** *Questões de saúde reprodutiva*, 1(1), 80-91 (2006).

DIRETRIZES DE ATENÇÃO À GESTANTE: A OPERAÇÃO CESARIANA. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)** – Brasília, DF: Autor, Acesso em 15 de agosto, 2015. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatório\\_PCDCesariana\\_P.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatório_PCDCesariana_P.pdf)>. Acesso em: 14. Mai. 2019.

**Estatuto da Criança e do Adolescente.** Lei 8.069/90, de 13 de julho de 1990.

**GELEDÉS INSTITUTO DA MULHER NEGRA.** Mortalidade materna no Brasil tem raízes no racismo, na falta de pré-natal e de parto adequado. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/mortalidade-materna-no-brasil-tem-raizes-no-racismo-na-falta-de-pre-natal-e-de-parto-adequado/>>. Acesso em: 10. Mai.2019.

**INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS.** Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology by the FIGO Committee for ethical aspects of human reproduction and women’s health. London: FIGO, 2000.

LAURENTI R, MELLO JM, GOTLIEB S. **A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste.** *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7: 449–60.

LEAL MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. **The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil**. Cad. Saúde Pública (Online). [Internet]. 2017[cited 2018 Nov 27];33Suppl1:e00078816. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/en\\_1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/en_1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf)>21 Silva>. Acesso em: 20. Mai.2019.

Lei 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 abr. 2005. Seção 1, p.1.

MARLEY, B. **War**. Island Records. 1976. Disponível em: <<http://www.sing365.com>>. Acesso em: 10. Mai.2019

MARMELSTEIN G. **Curso de Direitos Fundamentais**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2014. p.17.

MARTINS AL. **Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil**. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/22.pdf>>.Acesso em: 14.Mai.2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DATASUS/SGEP/MS. **Plano Diretor de Tecnologia da Informação do Ministério da Saúde 2016**. Brasília-DF, 2016.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf)>. Acesso em: 13. Mai. 2019.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. São Paulo: Atlas, 2002

NOGUEIRA BC, SEVERI FC. **Violência obstétrica e acesso das mulheres à justiça: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região sudeste**. Panóptica, vol. 11, n. 2, jul. /Dez. 2016. p. 430-470.

OLIVEIRA EHSA. **Mulheres negras vítimas de violência obstétrica: estudo em um hospital público de Feira de Santana - Bahia**. 2018. Dissertação de Mestrado em Ciências. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e Mulher, do Instituto Nacional de Saúde da Criança, Mulher e Adolescente Fernandes Figueira – IFF/RJ. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2017.

OLIVEIRA MA. **A dor reprimida: Violência obstétrica e Mulheres Negras**. Documentário. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=NOxPwvxzs8l>>. Acesso em: 20. Mai.2019.

**ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA.** Declaração Universal sobre Bioética e direitos humanos. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_univ\\_bioetica\\_dir\\_hum.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf)>. Acesso em: 01. Mai. 2019

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf;jsessionid=FC144B74125E12D51565138911AF1A56?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=FC144B74125E12D51565138911AF1A56?sequence=3)>. Acesso em: 01 mai. 2019.

PASCHE DF, VILELA MEA, MARTINS CP. **Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado.** Revista Tempus Actas Saúde Coletiva, 4(4), 105-117 (2010). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v4i4.838>>. Acesso em: 15. Mai.2019.

PIOVESAN F. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional.** 4. ed. São Paulo: Max Limonad, 2000.

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: UMA POLÍTICA PARA O SUS / MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA.** Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

**Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

**Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Genebra: OMS, 2014. Disponível em: Acesso em: 06. Mai. 2019.

RATTNER D. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 13(1), 595-602 (2009).** Disponível em : <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011>>. Acesso em: 18. Mai. 2019.

SARLET IW. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988.** 3ª ed., rev., atual. e ampl., Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

SILVEIRA D. População que se declara preta mantém tendência de crescimento no país, aponta IBGE. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/populacao-que-se-declara-preta-mantem-tendencia-de-crescimento-no-pais-aponta-ibge.ghtml>>. Acesso em: 18. Mai. 2019

SOARES RMFS et al. **Cidadania, jurisdição e direitos humanos: panorama internacional.** Salvador: Ed. Pagine, 2017.

TORNQUIST CS. **Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto.** *Revista Estudos Feministas*, 10(2), 483-492 (2002). Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>>. Acesso em: 18. Mai. 2019.

URBAN CA. **Bioética clínica.** Rio de Janeiro: RevinTer; 2003.

VICTORA CG, AQUINO EML, LEAL MC, MONTEIRO CA, BARROS FC, SZWARCOWALD CL. **Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e Desafios,** *The Lancet Serie Saúde no Brasil* (1), 90–102 (2011). Disponível em: <[bvms.saude.gov.br/bvs/artigo\\_saude.brasil\\_2.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/artigo_saude.brasil_2.pdf)> Acesso em: 18. Mai.2019.

ZORZAM BAO. **Informações e escolha no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da Saúde Suplementar.** 2013. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo.