

FACULDADE DE DIREITO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

ALINE SALOMÃO ZANOTTI

NEGRAS FERIDAS: UMA ANÁLISE BOURDIEUSIANA DA
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOFRIDA PELAS MULHERES
NEGRAS NO BRASIL

VITÓRIA

2019

ALINE SALOMÃO ZANOTTI

**NEGRAS FERIDAS: UMA ANÁLISE BOURDIEUSIANA DA
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOFRIDA PELAS MULHERES
NEGRAS NO BRASIL**

Monografia apresentada ao curso de Direito da Faculdade de Direito de Vitória – FDV, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Dr. André Filipe Pereira Reid dos Santos

VITÓRIA

2019

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo a compreensão do processo de produção da violência obstétrica no campo da medicina sob a ótica do viés racial, tendo em vista a teoria proposta por Pierre Bourdieu. Busca-se entender a forma como a medicina e a própria formação dos médicos tem influência no tratamento recebido pelas mulheres-mães nos ambientes hospitalares, levando em conta os conceitos de expertise, *habitus* e violência simbólica. O estudo analisa o campo da obstetrícia dos pontos de vista teórico, histórico e empírico, procurando entender a esfera de dominação médico-paciente responsável por caracterizar a violência obstétrica. O método científico utilizado é o indutivo, no qual procura-se analisar o caso concreto a fim de alcançar uma conclusão geral a respeito de como a violência ocorre e por quais motivos. Importante considerar que trata-se de uma violência extremamente silenciosa e íntima, por esse motivo parte dos relatos de violência anexados ao estudo serão retirados de documentários já publicados na internet.

Palavras-chave: violência obstétrica, viés racial, campo da obstetrícia, dominação.

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	04
1 DEBATES TEÓRICOS SOBRE O CAMPO DA MEDICINA	06
1.1 O CONHECIMENTO CIENTÍFICO E O MONOPÓLIO DA EXPERTISE	06
1.2 O HABITUS E A VIOLÊNCIA SIMBÓLICA	08
2 PROCESSO HISTÓRICO DE FORMAÇÃO DA MEDICINA E DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL	11
2.1 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ANALISADA SOB O VIÉS RACIAL	15
2.2 ANÁLISE JURÍDICA	17
3 PESQUISA DE CAMPO: ANÁLISE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB A PERSPECTIVA DAS PARTURIENTES E DAS PROFISSÕES MÉDICAS	20
3.1 COMPREENSÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA A PARTIR DOS DEPOIMENTOS	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	29

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Brasil possui um contexto social no qual a representatividade da mulher, mesmo que não tenha chegado ao que foi idealizado, é discutida com grande preocupação, principalmente no que tange à violência contra esse escopo social.

A violência é verificada em ambientes de trabalho, nas ruas, muitas vezes nos próprios lares das vítimas, além de ambientes onde a segurança pública e a confiança *interpersona* são fundamentais para o bom funcionamento do mecanismo social, como é o caso da violência obstétrica sofrida pelas mulheres em ambientes hospitalares.

A violência obstétrica é uma forma brutal de violência contra a mulher, pois se insere em um contexto de total vulnerabilidade - durante a gravidez, no período pré-parto, parto e puerpério. Trata-se de uma violência naturalizada e, por esse motivo, silenciosa no ambiente médico, que é inconscientemente aceita, tanto por quem sofre quanto por quem faz sofrer, isso ocorre em função do habitus de ambos os personagens sociais.

Nota-se que o ato de parir tem sido estereotipado como algo necessariamente doloroso e ligado à ideia de que a mulher sofre ao dar à luz, tal concepção resulta de uma cultura médica hegemônica acerca de como deve ocorrer. Nesse sentido, o ato de parir é transformado em um ato de violência, fato este que é perpetuado e naturalizado nas instituições médicas.

Nessa perspectiva, constata-se a associação do parto vaginal a situações traumáticas e altamente dolorosas, exemplo clássico é a realização da episiotomia, o que resulta na maior atratividade pela “escolha” da realização do parto por meio de cesárea. A consequência é o número consideravelmente alto de cesáreas realizadas no Brasil em comparação aos índices recomendados por órgãos internacionais, tais como a Organização Mundial da Saúde.

Sob a ótica da violência obstétrica cria-se uma relação autoritária entre médico e paciente, ocasionando um processo de submissão da mulher e desvalorização do seu próprio corpo. A mulher-mãe é reduzida ao *status* de coisa, que não tem voz para se manifestar e não tem autonomia para fazer escolhas.

Observa-se ainda a existência de diferentes intensidades com que a violência obstétrica atinge cada grupo social, partindo da análise do viés racial. O preconceito, inconsciente ou não, modifica a forma como o profissional da saúde vê a paciente, atribuindo a ela, conforme suas características fenotípicas, diferentes tratamentos.

Apesar da enorme recorrência de casos de violência obstétrica é notada a ausência de normatização específica, capaz de promover a responsabilização dos referidos profissionais. Por isso, tal violência torna-se institucionalizada, capaz de criar uma esfera de dominação do médico sobre a paciente, o que resulta na repressão da autonomia da mulher, justificada pela capacidade técnica e científica dos profissionais da saúde.

Além disso, é importante ressaltar que o presente trabalho será dividido em três diferentes capítulos. No primeiro será feita uma análise sociológica a respeito da hegemonia das profissões médicas - especialmente quanto à incidência da expertise, habitus e violência simbólica - e do processo de submissão da mulher-mãe.

No segundo capítulo será feita uma análise histórica do campo da medicina no Brasil, levando em conta a influência de características raciais sobre as práticas de violência obstétrica, além disso será feita a compreensão jurídica a respeito da violência obstétrica levando em conta a aplicação da Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005, mais conhecida como lei do acompanhante.

Após, o terceiro capítulo será estruturado a partir do depoimento de mulheres, vítimas da violência obstétrica e profissionais da saúde ligados à obstetrícia, tendo como objetivo a análise dos processos de violência exercida pelos profissionais sobre as pacientes em um comparativo com a pesquisa realizada.

Importante destacar que dois dos depoimentos foram obtidos a partir de entrevistas previamente estruturadas, sendo uma delas com uma vítima da violência obstétrica e outra com uma enfermeira atuante na área da obstetrícia; os outros depoimentos foram retirados de dois documentários, o primeiro deles é *A dor reprimida - violência obstétrica e mulheres negras* e o segundo é *Violência obstétrica - a voz das brasileiras*.

Quanto à metodologia, será utilizado o método indutivo, uma vez que ao observar os casos concretos, quais sejam os depoimentos de vítimas e profissionais, espera-se alcançar uma conclusão geral de como o processo de violência obstétrica ocorre. Além dos depoimentos, será realizada pesquisa bibliográfica com ênfase em autores como Pierre Bourdieu, Paul Starr e Hannah Arendt.

Assim, cabe analisar de forma mais aprofundada como essa forma de violência se apresenta na sociedade, verificando em que ponto a violência obstétrica surgiu, bem como a forma como ela se aplica, para entender a extensão desse problema social institucionalizado.

1 DEBATES TEÓRICOS SOBRE O CAMPO DA MEDICINA

1.1 O CONHECIMENTO CIENTÍFICO E O MONOPÓLIO DA EXPERTISE

A valorização da razão humana, com o advento da modernidade, não apenas colocou o homem à frente da ignorância diante dos diversos paradigmas da vida, como possibilitou que houvesse maior convicção nas atividades laborais e produções científicas, estas que confrontavam o conhecimento teológico.

Dessa forma, iniciou-se a produção do conhecimento especializado que incorporou a atuação de profissionais das mais diversas áreas. À essa forma de conhecimento especializado dá-se o nome de expertise. Sob esta lógica, cria-se uma relação de dominação do profissional, possuidor do conhecimento, sobre os grupos que dele dependem. Nesse sentido, André Filipe Pereira Reid dos Santos dispõe que:

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

Atualmente, o funcionamento do mecanismo social tornou-se dependente do conhecimento técnico dos especialistas e profissionais. Uma vez que a expertise confere legitimidade às atividades de determinado profissional, a confiança social na excelência metodológica do expert se consolida, relacionando o conhecimento profissional ao renome do indivíduo.

Esse quadro de extrema confiança social está muito presente nas áreas de atuação das profissões médicas, em que a expertise entra como discurso de imprescindibilidade e inquestionabilidade do conhecimento médico, expondo o público leigo às vulnerabilidades *in concreto*.

Uma das situações de evidente vulnerabilidade está nos casos clínicos de obstetrícia, onde ocorrem diversos eventos de violações da integridade do corpo das pacientes, que por falta de perícia, não questionam a real necessidade dos procedimentos adotados pelo médico.

A vulnerabilidade, que surge a partir da imposição dos métodos sem qualquer poder de questionamento dado à paciente, é pilar fundamental para a caracterização da violência obstétrica. Cria-se uma situação de submissão da mulher perante o profissional.

Tal hipótese firma-se com base na relação de confiança na especialização do profissional, detentor do monopólio do conhecimento técnico. Assim, exclui qualquer possibilidade de questionamento ou preferências da paciente quanto ao que será feito com seu próprio corpo. Logo, a paciente fica suscetível a situações de abusos e ameaças. Sobre esta constatação, Márcio André de Sousa Kao Yien afirma:

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

Conclui-se que em muitas ocasiões a prática médica violenta ocorre sob a égide da expertise, como é o caso da violência de caráter físico e psicológico, que consiste, por exemplo, na realização de procedimentos médicos sem a devida explicação ou autorização da paciente. Tal fato é evidenciado por Wilza Rocha Pereira (2004) no seguinte trecho:

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

No que diz respeito à violência obstétrica, a expertise gera o monopólio de conhecimento do médico perante a paciente, o que resulta na perda de sua própria autonomia durante o pré-parto, parto e puerpério.

1.2 O HABITUS E A VIOLÊNCIA SIMBÓLICA

Para entender o fenômeno da violência obstétrica, é necessário analisar como tal conceito se inseriu cognitivamente na sociedade. Para isso, faz-se o uso da teoria de Pierre Bourdieu sobre “habitus”.

O habitus diz respeito a uma série de práticas e princípios incorporados aos indivíduos ao longo da vida, tais princípios são responsáveis por moldar o indivíduo em sua forma de pensar, agir e sentir. Segundo Pierre Bourdieu:

O efeito da dominação simbólica (seja ela de etnia, de gênero, de cultura, de língua etc.) se exerce não na lógica pura das consciências cognoscentes, mas através dos esquemas de percepção, de avaliação e de ação que são constitutivos dos habitus e que fundamentam, aquém das decisões da consciência e dos controles da vontade, uma relação de conhecimento profundamente obscura a ela mesma (BOURDIEU, 1998, pág. 49-50)

O habitus profissional é inculcado através das instituições de ensino, permitindo guiar predisposições dos futuros profissionais. O processo de inserção ocorre de forma naturalizada e é responsável por criar a relação dominante-dominado no contexto médico, pois faz com que cada um dos indivíduos “aceite”, ainda que de maneira inconsciente, a posição de poder que lhe é designada.

Conforme Bourdieu e Passeron (1992) a incorporação de princípios e do arbitrário cultural, habitus, ocorre por meio de uma ação pedagógica capaz de conservar-se no tempo, mesmo depois de encerrada a ação pedagógica.

A ideia da autoridade é responsável por criar uma relação de sujeição do paciente sobre o médico, justificada pela prevalência do conhecimento técnico e científico do profissional, ou seja, a expertise.

Hannah Arendt (1972, p. 142-144) afirma que a autoridade é reconhecida de forma tácita por aqueles condicionados a obedecer, sem que haja necessidade do uso de força ou persuasão. Trata-se de um reconhecimento inquestionável da posição de força.

Segundo Starr (1982, p. 9-10), os médicos exercem a autoridade sobre os pacientes, realizando procedimentos cuja eficácia se dá às custas da integridade física destes. Esse tipo de situação dificilmente é questionado devido a posição de influência e importância deste profissional da saúde em sua clínica de atuação; tanto pacientes quanto colegas de trabalho não questionam o médico devido ao que Starr define como “dependência emocional”, o que leva a aceitação do que foi definido por ele, fazendo surgir um contexto propício para a configuração da violência simbólica.

A violência simbólica é cometida a partir da aceitação, frequentemente inconsciente, tanto pelo dominante quanto pelo dominado de determinadas condições de abuso, responsáveis por produzir uma violência quase que imperceptível. Sobre a violência simbólica, Bourdieu explica que:

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

No contexto da violência obstétrica, a violência simbólica permite assegurar e legitimar a dominação dos profissionais da saúde sobre as pacientes, apoiados pela lógica da expertise. Trata-se de um comportamento naturalizado e constantemente reproduzido, capaz de “domesticar” aqueles que sofrem.

Sobre esse aspecto, Marcelli Cipriani destaca a invisibilidade das violências simbólicas, estruturais e as internalizadas socialmente, em contraposto ao reconhecimento da violência física contra a mulher, que atualmente tem ganhando maior visibilidade:

Porém, como contra-face ao reconhecimento da violência contra as mulheres efetuado mediante tais moldes, há invisibilidade de outras espécies de violência por estas sofridas – como as simbólicas, estruturais, internalizadas socialmente. Estas expressões do mesmo fenômeno, frequentemente omitidas pela fabricação de comportamentos de gênero veiculados e determinados a cada sexo, terminam por ser usualmente desconsideradas – aspecto que surge como perversa consequência de sua naturalização (CIPRIANI, 2014)

Evidente que a violência simbólica ocorre em diferentes intensidades, sendo em maior escala aquela apoiada pelos instrumentos de comunicação e pelo próprio conhecimento, facilitando a incorporação sem que o dominado sequer registre determinados fatos como tal. Sobre esse aspecto da violência simbólica Bourdieu esclarece:

É enquanto instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e de conhecimento que os sistemas simbólicos cumprem a sua função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre outra (violência simbólica) dando o reforço da sua própria força às relações de força que as fundamentam (BOURDIEU, 1989, pág 11).

Não há espaço para pensar sobre essa relação de dominação, por isso não há questionamentos e essa situação se prolonga. A falta de espaço para o questionamento é fator condicionante para a naturalização desse fenômeno na sociedade, servindo como um forte entrave na luta da mulher por sua integridade.

2 PROCESSO HISTÓRICO DE FORMAÇÃO DA MEDICINA E DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

No decorrer da história constata-se o desenvolvimento de procedimentos médicos que auxiliam os partos, tal fenômeno biológico passou por um evidente processo de medicalização, que é a influência cada vez maior da medicina nos campos da obstetrícia.

A medicalização do parto surgiu como substituição aos partos domiciliares realizados por parteiras, antes muito frequentes. O considerável declínio desse tipo de método é resultado de um projeto profissional dos médicos para excluir as parteiras do campo da parturiência. Sob esse prisma, preceitua o autor André Filipe Pereira Reid dos Santos:

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

Sob a ideia da expertise, discutida por Pierre Bourdieu, vendeu-se a ideia da insegurança nos partos realizados pelas parteiras, em função de sua falta de conhecimento. Os médicos, detentores do conhecimento científico, criaram uma esfera de proteção dentro das maternidades, com a promessa de um parto mais rápido e seguro.

Entretanto, mesmo que a especialização do parto possuísse o objetivo de prezar pela vida de mães e suas crianças, o que constatou-se foi a perda da autonomia da mulher que, em seu momento de maior fragilidade, que é coagida a submeter-se a procedimentos altamente invasivos, sem qualquer poder de questionamento.

Diversas são as formas de configurar a violência obstétrica, dentre elas: constrangimentos verbais, restrição a entrada de acompanhantes, violência física, execução de procedimentos médicos não consentidos, privação de alimentos ou água, toques vaginais excessivos, recomendação de cesárea por pura conveniência médica, entre outros. Podendo ocorrer no período da gestação, pré-parto, parto ou no pós-parto.

A violência obstétrica tem sido alvo de discussão desde 1980, mas é somente a partir dos anos 2000 que o tema alcançou os meios acadêmicos e órgãos governamentais. Desde então surgiram diversos conceitos de violência obstétrica, um dos melhores tem como base a “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” aprovada em 2007 na Venezuela, que define a violência obstétrica como:

Es la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.¹

A referida lei reconhece a violência nos processos de gestação, parto e pós-parto como um crime contra a mulher, passível de erradicação e devendo a ele ser atribuída a devida punição.

Tal forma de violência não é apenas um reflexo da formação desumana dos profissionais da saúde, como também da cultura de que o sofrimento é inerente ao parto. Muitos dos procedimentos aplicados não possuem qualquer fundamento científico, causando sofrimento desnecessário à parturiente, tudo pela mera comodidade dos profissionais.

A violência obstétrica é naturalizada, e por esse motivo silenciosa. Trata-se de uma questão cultural marcada pela aceitação, uma vez que os pacientes são induzidos

¹ Tradução: É a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expresse por meio de relações desumanizadoras, no abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, resultando na perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

pela autoridade do médico no que diz respeito aos procedimentos adotados. A relação de domínio criada é a violência simbólica.

A violência obstétrica é institucional, perpetuada no próprio ensino dos profissionais da saúde, ganhando, nesse contexto, o caráter da normalidade. Luciana Aparecida Palharini (2017) destaca que os procedimentos configurados como violência obstétrica são, muitas vezes, “protocolos comuns” da assistência obstétrica brasileira, ou seja, tais métodos são repassados pelas instituições de ensino médicas, sob a falsa ideia de normalidade. Tal fato é responsável por criar uma cultura hegemônica a respeito do parto.

O momento da formação do profissional da saúde é fundamental na determinação de como será a ética em sua carreira. Aos profissionais da saúde o habitus é assimilado ainda no momento do ensino, e é nesse momento que estes incorporam determinadas formas de agir e pensar que os propiciam exercer o controle sobre seus pacientes.

A partir do desenvolvimento de métodos capazes de proporcionar um parto mais “rápido” e “fácil” para os médicos, estes passaram a ser efetuados com maior frequência, ainda que por meio da imposição aos pacientes. Partos que duravam o dia todo passaram a ser feitos em poucos minutos, evidentemente não naturais.

A cesariana e a episiotomia são exemplos de métodos que aceleram o parto, proporcionando maior comodidade aos médicos que os realizam, apesar de altamente invasivos, tanto na perspectiva física quanto psicológica. As consequências de tais procedimentos são graves, dentre elas estão as infecções, as cicatrizes, o maior tempo de recuperação e principalmente a perda da autonomia e participação da mulher no momento do nascimento.

É possível atribuir naturalidade às práticas que caracterizam a violência obstétrica, apesar da enorme frequência com que ocorrem, tal fato fica evidente a partir da análise da pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”, realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010), ao evidenciar que 1 (uma) em cada 4 (quatro) mulheres sofre violência no parto.

A violência obstétrica é brutal e causa inegáveis danos tanto à saúde física quanto psíquica da parturiente, evidenciando cada vez mais a quebra de direitos fundamentais como a vida, a dignidade, a integridade física e moral, além de representar uma grave violação aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Tudo isso em um momento que deveria ser especial.

A violação da dignidade humana, bastante evidente na violência obstétrica, é por si só um problema bastante grave, tendo em vista a importância do referido princípio. Sobre isso, a autora Aline Albuquerque explica que:

Ainda, é importante enfrentar um desafio concernente ao entendimento de que a dignidade é um valor intrínseco da pessoa humana, do qual derivam comandos de ação ou omissão, denominados princípios. Sendo assim, sob o ponto de vista da dignidade enquanto valor inerente de todo membro da espécie homo sapiens, a dignidade não pode ser violada, se mantém intacta e inalterada por toda a trajetória biográfica do indivíduo. (ALBUQUERQUE, 2017).

Apesar da comprovada lesão à dignidade da mulher o assunto não é tratado com a devida importância pelo Estado brasileiro, tendo em vista a escassa legislação que regulamenta as situações caracterizadas como violência obstétrica. É constatada a absoluta negligência do Estado do ponto de vista jurídico e social.

A ausência de normatização representa, de certa forma, o menosprezo do Estado no que diz respeito aos Direitos Humanos, já que a violência obstétrica é uma violação explícita destes. Nesse sentido, infere Rafael Del Piero Fernandes e Gilsilene Passon P. Francischeto:

A proteção dos Direitos Humanos percorre um caminho tortuoso, de modo que a sua concepção, muitas vezes, se dá de forma defasada no seio da sociedade. Tais direitos devem ser recepcionados, então, como sendo aqueles inerentes e fundamentais a qualquer indivíduo, os quais invocam uma situação de respeito, como bem preza o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, previsto no art. 1º, III da Constituição da República Federativa do Brasil. (FERNANDES; FRANCISCHETO, 2012, pág. 258)

Apesar da importância na valorização dos direitos humanos, verifica-se que a violência obstétrica é um problema cultural, e, por esse motivo, a criação de legislações que promovam o parto humanizado representam apenas uma solução

parcial para o problema, somado a isso é necessária a superação do habitus da medicina.

2.1 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ANALISADA SOB O VIÉS RACIAL

É oportuno destacar que a violência obstétrica se apresenta em diferentes intensidades perante os variados grupos sociais em que as mulheres estão inseridas. Consta-se que o fator racial é determinante no tratamento recebido pelas parturientes nas instituições de saúde, tal ideia é explicada a partir da lógica do viés racial implícito.

O viés racial implícito - consciente ou não - é fator decisivo nas relações interpessoais, resultando em práticas de discriminação e preconceito com base meramente em características fenotípicas específicas, afetando a forma como os serviços institucionais são prestados a cada indivíduo. Jussara Francisca de Assis explica o viés racial implícito como:

[...] um atalho mental, um recurso útil que, por vezes, faz com que tenhamos ações automáticas (intencionais ou não) baseadas nas características fenotípicas. O viés racial pode ser entendido como uma perspectiva tendenciosa construída a partir do contexto sócio histórico que legitimou a escravidão negra no Brasil. Disso, resultaram práticas, conscientes e inconscientes, que tem como uma de suas bases um contexto peculiar articulado às ações políticas, econômicas, sociais e culturais que retratam a pessoa negra como desprovida de inteligência, humanidade, capacidade de articulação política, não sendo pensada como alvo de cidadania plena. Nessa teia, ideologias relacionadas à inferioridade e coisificação, legado da escravidão, conformam uma imagem engessada, crônica e naturalizada da população negra numa realidade subalternizada (ASSIS, 2018).

Conclui-se, portanto, a tendência das mulheres negras vivenciarem os diferentes aspectos da violência obstétrica com maior intensidade. O viés racial implícito é fundamento básico para a formação do racismo institucional verificado nas instituições de saúde, o resultado é a desigualdade tanto na prestação de serviços quanto na garantia de direitos.

Racismo institucional é a prestação de serviços inadequada e desigual em função da origem étnica ou racial daquele a quem se destina. Dessa forma, o racismo extrapola as relações interpessoais e interfere no funcionamento das instituições, sejam elas públicas ou privadas, ocasionando situações de desvantagem no acesso aos benefícios em questão.

Apesar do direito à igualdade garantido pela Constituição Federal de 1988, o racismo institucional é perpetrado e legitimado, quase sempre de forma velada, por meio de regras e normas de funcionamento das próprias instituições, servindo como justificativa para a atuação injusta dos profissionais.

O tratamento desigual recebido por mulheres negras em comparação às mulheres brancas foi discutido em audiência pública na Câmara dos Deputados, como relata Jussara Francisca de Assis:

Tal fato foi alvo de audiência pública realizada pela Subcomissão Especial Avaliadora das Políticas de Assistência Social e Saúde das Populações Vulneráveis na Câmara dos Deputados (Brasília) em 2016. Na época foi informado que as intercorrências que provocam os óbitos maternos vêm diminuindo entre as mulheres brancas e aumentando entre as negras. A audiência apurou que entre os anos de 2000 e 2012 as mortes por hemorragia caíram entre as brancas de 141 casos por 100 mil partos para 93 casos. Entre as mulheres negras aumentaram de 190 para 202 casos. (ASSIS, 2018).²

O enfrentamento dos problemas destacados exige o redesenho da formação dos profissionais da saúde e o respeito integral dos direitos humanos das mulheres negras, assim, se faz necessária a garantia de uma assistência adequada para as mulheres negras usuárias de tais serviços.

A questão racial também é decisiva no momento em que a parturiente busca o acesso ao parto humanizado, seja para a realização ou apenas na busca por informações a respeito do tema. Sobre este aspecto, a pesquisa de campo realizada pela autora Rosamaria Carneiro é reveladora quanto a participação dos diferentes grupos sociais nos grupos de preparo para o parto humanizado.

² A Subcomissão Especial Avaliadora das Políticas de Assistência Social e Saúde das Populações Vulneráveis da Câmara dos Deputados não foi diretamente citada, pois o relatório contendo a referida informação não foi encontrado.

A referida pesquisa consistiu na visitação de dois diferentes grupos de preparo para o parto humanizado, durante os anos de 2008 a 2010, a fim de verificar o modo de funcionamento e o perfil das participantes. Os espaços são destinados para a realização de debates e troca de informações sobre os modos não convencionais de parir. Quanto às participantes, Rosamaria Carneiro concluiu que são majoritariamente brancas e de classe média a alta, sobre o assunto destacou que:

[...] aproximavam-se em razão da cor, do acesso à internet, da escrita e da criticidade quanto ao sistema biomédico atual. Em sua maioria, eram mulheres brancas, letradas, portadoras de convênio médico e conectadas ao mundo virtual, tanto que por ele chegavam aos grupos. Em termos de classe, é inegável que não pertenciam às camadas populares, mas é difícil situá-las em uma única camada, dada a oscilação monetária percebida entre as mulheres e os casas do grupo. Se tivesse de localizá-las em um grupo, o mais acertado seria o das “camadas médias”, em suas muitas nuances (CARNEIRO, 2015)

A pesquisa em questão deixa evidente a ausência de políticas públicas relacionadas à humanização do parto, disponíveis às mulheres de todas as classes sociais e vinculadas ao sistema de saúde pública, seja para realização de partos humanizados ou divulgação de informações a respeito do tema.

2.2 ANÁLISE JURÍDICA

A violência obstétrica é uma questão de saúde pública e representa uma violação explícita aos direitos humanos, apesar disso a legislação brasileira é insuficiente no que diz respeito à punição e prevenção dessa forma de violência. Ainda assim, é possível listar exemplos de normas vigentes no país que tratam, mesmo que de forma precária, sobre o tema em questão.

A Lei nº 11.108/2005, também chamada Lei do Acompanhante, garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, acompanhante este que deve ser escolhido pela própria parturiente.

Em complemento à Lei nº 11.108/2005, a Portaria nº 2.418/2005 do Ministério da Saúde, na forma do art. 1º, § 3º, autoriza o pagamento das despesas referentes ao

acompanhante, como os gastos com as acomodações e as principais refeições, evidenciando a necessidade de adequação dos ambientes hospitalares para o recebimentos dos acompanhantes.

A Portaria nº 569/2000 também do Ministério da Saúde aponta princípios e diretrizes para a humanização do pré-natal e parto, garantindo o acesso a um atendimento digno e de qualidade, o direito ao acompanhante, além do direito à realização de um parto humanizado e seguro.

O Código de Ética Médica de 2010, estabelecido pelo Conselho Nacional de Medicina, proíbe expressamente a ocorrência de práticas que configuram a violência obstétrica, além disso, proíbe a prática ou indicação de atos médicos desnecessários ou proibidos pela lei vigente, na forma do art. 14; assim como a ausência de consentimento do paciente em relação ao procedimento que será realizado, conforme o art. 22; e, por último, obriga que o paciente seja tratado com consideração e respeito a sua dignidade, consoante ao art. 23.

A Lei nº 11.108 de 2005, que garante a presença do acompanhante, somada às Portarias e ao Código de Ética Médica representam apenas uma parte das várias faces da violência obstétrica e, apesar da normatização, verifica-se que na prática as referidas normas não são amplamente cumpridas pelos profissionais e instituições de saúde.

O descumprimento da lei do acompanhante é reforçado por Rodrigues et al, em referência à pesquisa Nascer no Brasil, ao destacar as seguintes estimativas:

[...] segundo a pesquisa Nascer no Brasil, 24,5% das gestantes atendidas nas unidades hospitalares das redes pública e privada dos Estados da Federação, não foram acompanhadas por alguém de sua livre escolha no momento do parto e nascimento, não obtendo a garantia de seus direitos conquistados. (RODRIGUES et al, 2017).³

O descumprimento da lei do acompanhante pode ser atribuído a uma série de fatores, o primeiro deles é a ausência de responsabilização atribuída aos profissionais e

³ A pesquisa citada não foi encontrada, por esse motivo utilizou-se a citação.

instituições que impedem a entrada dos acompanhantes; outro fator é a estrutura física inadequada dos hospitais, de modo que a presença do acompanhante atrapalhe o próprio funcionamento da instituição; por último, a mera comodidade dos profissionais.

Impedir que a parturiente esteja acompanhada no momento do pré-parto, parto e puerpério, além da prática de outros atos classificados como violentos são uma representação clara da violação de direitos constitucionais importantes, dentre eles os direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

A quebra dos referidos direitos, somada a modificação do estado físico e emocional da parturiente, inerentes a realidade da gravidez, ocasionam a situação de vulnerabilidade da mulher-mãe, sendo a violência obstétrica um desrespeito da mulher como cidadã e portadora de direitos. Sobre a atuação do profissional da saúde no sentido de anular a autonomia da mulher Rodrigues et al destacam que:

O predomínio da soberania de muitos profissionais de saúde remete ao processo paradigmático do cuidado à mulher, em que ela perdeu historicamente o protagonismo no momento do parto, além de ter suas escolhas coibidas, dentre elas a de ter alguém de sua confiança ao seu lado. Em contrapartida, o profissional de saúde passou a tomar decisões sobre as circunstâncias em que a parturição deveria transcorrer. Diante disso, a mulher que escolhe ter um acompanhante, e seguir os preceitos legais da Política de Humanização do Parto e Nascimento, fica à mercê do profissional de saúde e da rotina da unidade, tornando-se uma figura institucionalizada que se ocupa somente em seguir as regras e rotinas às quais deve se submeter. Essa prática ainda se constitui uma realidade nos serviços obstétricos no Brasil (RODRIGUES et al, 2017).

Além disso, é importante destacar a contribuição positiva que o acompanhante exerce no processo do parto, tendo em vista aspectos psicológicos da parturiente, especialmente por evitar as sensações de abandono, medo e insegurança, constantemente vivenciadas no momento do parto.

Assim, surge a necessidade de adequação do ensino dos profissionais e adequação das estruturas físicas dos ambientes hospitalares, para garantir a permanência dos acompanhantes de modo adequado, sem comprometer o funcionamento das instituições ou o conforto de outras parturientes.

3 PESQUISA DE CAMPO: ANÁLISE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB A PERSPECTIVA DAS PARTURIENTES E DAS PROFISSÕES MÉDICAS

A violência obstétrica é extremamente silenciosa e íntima a cada mulher, por esse motivo houve grande dificuldade para encontrar vítimas para serem entrevistadas. Muitas mulheres sequer sabem que sofreram a violência no parto, outras sabem, mas não falam sobre o assunto, dado o caráter pessoal do tema. Por esta razão, serão utilizados os depoimentos de mulheres – vítimas e profissionais da saúde - disponíveis em dois diferentes documentários, ambos disponíveis na internet.

O primeiro documentário *Violência obstétrica - a voz das brasileiras* reúne uma série de vídeos caseiros feitos por mulheres vítimas da violência obstétrica relatando a sua própria experiência. Ao final, são 51 minutos de desabafos, tristeza e indignação. São relatos de desrespeito e violência no momento do parto, que variam desde ofensas morais à realização de procedimentos não desejados ou não informados.

O segundo documentário *A dor reprimida - violência obstétrica e mulheres negras* é feito a partir de um compilado de entrevistas feitas à mulheres negras, vítimas da violência obstétrica, que relatam suas experiências e mulheres que apresentam relatos profissionais sobre o assunto, algumas delas atuam na área da saúde e outras são pesquisadoras do tema.

Além dos documentários, duas mulheres serão entrevistadas, uma delas foi vítima da violência no parto e a outra é enfermeira atuante na área da obstetrícia.

A primeira entrevistada, vítima da violência obstétrica, é Silvia. A ela foram dirigidas duas perguntas: (i) O que aconteceu durante o parto? (Relato da violência); e (ii) Quais medidas foram tomadas após a violência obstétrica?

A segunda entrevistada, enfermeira obstetra, é Ana Paula. A ela foram dirigidas as seguintes perguntas: (i) Já presenciou, em algum momento, situações que configuram

violência obstétrica? e (ii) Na sua visão, quais são as razões para a ocorrência da violência obstétrica?

A partir da análise dos depoimentos disponíveis nos documentários e das respostas dadas pelas entrevistadas foi possível estabelecer um parâmetro com os estudos realizados até o momento e compreender a forma, por vezes sutil, com que a violência obstétrica se apresenta.

3.1 COMPREENSÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA A PARTIR DOS DEPOIMENTOS

Sob a ótica da violência obstétrica, verifica-se que as profissões médicas estabelecem uma relação de poder sobre as pacientes, tudo isso pautado na justificativa da especialização, que configura o monopólio do conhecimento dos médicos sobre as pacientes. É através da ideia de habitus, proposta por Pierre Bourdieu que ocorre o processo de naturalização dessa forma de violência apoiada na submissão dos corpos das mulheres.

O habitus e a relação de dominação, aspectos da violência, são retratados na fala da enfermeira Ana Paula, ao dizer que:

Crença de que o corpo da mulher é imperfeito e precisa de intervenção para que o parto aconteça; desrespeito ao protagonismo da mulher no seu parto; ensino acadêmico com práticas intervencionistas pouco baseado em evidências científicas atuais; medicalização do parto; despreparo dos profissionais para realização de parto vaginal; resistência a inserção de enfermeiras obstetras e obstetrites na realização de pré-natal e parto em gestações de risco habitual; rotina de trabalho maçante com escassez de profissionais (entrevista).

Constata-se ainda que tais práticas compõe protocolo comum nas instituições médicas e de ensino. A enfermeira Ana Paula relata já ter presenciado situações de violência obstétrica, tais como: “Indicação de cesárea por conveniência médica, ou seja, desnecessária; episiotomia sem consentimento da mulher; puxo dirigido; manobra de kristeller; rompimento de bolsa e uso excessivo de ocitocina para acelerar

o parto; toques vaginais excessivos; dor da mulher ignorada e maus tratos verbais”. Sobre esse aspecto, a pesquisadora Emanuelle relata que:

A violência obstétrica em alguma momento era vista como prática profissional. Eu, quando era enfermeira, aprendi a fazer todas essas coisas que hoje são consideradas violência obstétrica. [...] O corpo da mulher é um corpo permitido para que a gente invada, faça sem autorização, sem nenhum tipo de critério vindo delas, os critérios são dos profissionais para as mulheres. (Depoimento do documentário *A dor reprimida - violência obstétrica e mulheres negras*, 22:05 min)

Importante destacar que a violência no parto, em todos os seus aspectos, se faz presente com maior intensidade quando ligada às mulheres negras, à esse fato atribui-se o racismo institucional. O preconceito, por vezes inconsciente, dos profissionais reflete em sua atuação e a consequência disso é o fracasso das instituições em promover um atendimento igualitário perante os diferentes perfis de mulheres a serem atendidas. Sob esse prisma da violência obstétrica preceitua Emanuelle:

A violência obstétrica é uma violência institucional e quando ela acontece com as mulheres negras e a iniciativa da violência dos profissionais tem como premissa o racismo, então é uma violência obstétrica de viés racial. As mulheres (negras) sofrem na hora do parto, por usarem medicamentos para dor em menor quantidade, quando comparado às mulheres brancas, em não ter acesso à intervenção profissional, para redução de morbidade ou mortalidade materna. (Depoimento do documentário *A dor reprimida - violência obstétrica e mulheres negras*, 23:05 min).

O depoimento da vítima número 1 (não identificada) no documentário *A dor reprimida – violência obstétrica e mulheres negras* retrata o descaso dos profissionais no atendimento, que foi submetida a um tratamento desrespeitoso que, inclusive, colocou a segurança de seu próprio filho em risco:

[...] Aí o bebê começou a nascer, chamado coroar, estava coroadando, estava saindo do canal vaginal. Eu lembro que a enfermeira falou assim: “bora minha filha, você vai ter que ir para a sala do parto”. Já era de manhã. Ela me levantou da maca e me fez andar até a sala de parto sem nenhuma ajuda, minha avó me segurou, eu fui deambulando com as pernas abertas, se você fechar as pernas o seu filho vai morrer, então eu fui andando com as pernas abertas, porque o meu filho estava no meu canal vaginal. (Na sala de parto) estava a médica e mais duas enfermeiras, a médica disse “chama dois homens aí para me ajudar aqui, que esse menino precisa nascer, esse menino tá grudado e não tem como sair daqui”, aí chegaram dois rapazes, só que só um veio e fez força aqui na minha barriga, eu lembro que ele colocou o cotovelo e forçou, ele fez peso mesmo. (Sem identificação, depoimento do documentário *A dor reprimida - violência obstétrica e mulheres negras*, 1:15 min)

A violência obstétrica é a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, representa um problema de saúde pública e uma evidente violação dos direitos sexuais e reprodutivos, ainda assim é naturalizada e por esse motivo silenciosa. Nesse sentido, a doutora em enfermagem Solange aponta:

A coisa é tão miúda, tão subliminar, que não é percebido. Uma mulher chega sangrando, fica sentada em um banco de concreto, o sangue esfria e ela ali naquele frio, toda molhada. A mulher entra, fica na maca no corredor, porque não tem vaga, sangrando, quando ela vê o sangue já está no cabelo, toda molhada de sangue. Um profissional se quem chega para trocar um absorvente, para trocar um lençol. Não é uma falta de respeito? Essa falta de respeito torna-se uma violência obstétrica. (Depoimento do documentário *A dor reprimida - violência obstétrica e mulheres negras*, 05:55 min)

A violência obstétrica se apresenta de várias formas, sendo uma das mais marcantes a realização da episiotomia, que muitas vezes é feita sem o consentimento da própria parturiente. A episiotomia consiste na realização de corte na região do períneo, sob a justificativa de facilitar a saída do bebê. De acordo com a OMS o referido procedimento é considerado inadequado para a maioria dos casos, devendo ser utilizado apenas em casos específicos. Apesar disso, a episiotomia é prática rotineira no Brasil. Tal procedimento foi relatado no depoimento de Thielly:

A pior pra mim foi a episiotomia, que foi feita sem consentimento, sem nem avisar. Me causou durante bons meses desconforto físico, ela inflamou, e desconforto psicológico, eu me senti estranha, não gostava que o meu marido encostasse naquela região. E até hoje eu sinto pinicar onde eu levei os pontos. Essa episiotomia me afetou bastante. Eu me senti violada, violentada. Quando eu li um relato de violência sexual, de como a vítima se sente depois, eu consigo traçar um paralelo, porque a forma como isso afetou a minha sexualidade e a forma como eu lidava com o meu próprio corpo foram bastante fortes. (Depoimento do documentário *Violência obstétrica – a voz das brasileiras*, 8:45 min)

A episiotomia também está presente no depoimento da entrevistada Silvia:

Tudo foi muito rápido, então ele disse que precisava fazer o corte (episiotomia) bem grande pois a bebê, por ser prematura, não podia encontrar obstáculos. Fiquei estarecida com a dor que senti no momento do nascimento. Só depois que vi o rostinho da minha bebê é que senti a emoção. [...] A retirada da placenta também foi bastante traumatizante. Durante muito tempo não podia nem pensar em engravidar novamente e passar por aquilo tudo de novo. (Entrevista).

Além da episiotomia, outra prática considerada inadequada pela Organização Mundial da Saúde – OMS é a manobra de Kristeller, que consiste na aplicação de pressão na

parte superior do útero, a fim de empurrar o bebê e acelerar a sua saída. Tal procedimento também foi identificado no depoimento da entrevistada Silvia: “uma enfermeira socorrista que ajudou no parto empurrava minha barriga para baixo com os antebraços”.

Apesar das recomendações da Organização Mundial da Saúde a respeito das referidas práticas, verifica-se que elas ainda estão presentes nos protocolos médicos, isso ocorre em função do habitus, que Bourdieu explica como sendo a incorporação de práticas e princípios que moldam a forma de o indivíduo pensar e agir.

Outra forma de violência obstétrica é a proibição de que a parturiente passe pelos processos de pré-parto, parto e pós parto ao lado de um acompanhante, como prevê a lei nº 11.108 de 2005. A presença do acompanhante é um direito da mulher que, inclusive, evita que o parto tenha um desfecho negativo, uma vez que representa uma forma de apoio emocional no momento de vulnerabilidade.

Apesar de previsto em lei, o direito ao acompanhante muitas vezes não é respeitado pelos médicos e instituições de saúde, como relatou a entrevistada Silvia “me disseram que como estava indo para o CTI não poderia ter acompanhante”. Além dela, o depoimento de Patrícia Roberta destaca que a proibição da entrada do acompanhante é procedimento comum adotado pelo hospital e nem mesmo teve apoio do Ministério Público para garantir o cumprimento de seu direito:

Como eu já sabia que era um procedimento padrão do hospital, e aqui só tem esse hospital, então não ia ter muito jeito, eu até fui no Ministério Público para tentar fazer com que o meu marido entrasse né, fosse permitida a entrada do meu marido junto no momento do parto, mas eu não consegui, nem no Ministério Público [...] Eu fiquei sozinha, eu não pude ter acompanhante comigo, eu fiquei sozinha a noite toda em trabalho de parto e eu acho isso um absurdo até hoje, fisicamente eu fiquei bem, mas emocionalmente não, eu não me recuperei até hoje (Depoimento do documentário *Violência obstétrica – a voz das brasileiras*, 6:07 min).

A ausência do acompanhante demonstra o estado de insegurança e solidão ao qual a mulher é submetida, somada a vulnerabilidade inerente ao próprio parto. A proibição da entrada do acompanhante demonstra ser uma forma de violência tão grave quanto qualquer outra. Também sobre essa ótica, Luciana afirma que:

O que eu mais me lembro e que me causa mais sofrimento foi o fato de eu não ter tido um acompanhante, essa foi a violência mais sutil e a mais terrível, o meu marido não pode ficar comigo, eu não tinha ninguém naquele momento, eu não podia ficar com o celular, ou seja, eu estava incomunicável nas mãos de uma equipe que eu via que não tinha nenhum comprometimento com a parturiente. (Depoimento do documentário *Violência obstétrica – a voz das brasileiras*, 7:33 min).

A proibição da entrada do acompanhante, apesar da previsão legal, reforça mais uma vez a autoridade que os médicos exercem sobre as pacientes, através de uma relação de sujeição criada a partir da noção de prestígio e superioridade atribuída ao médico.

Outra forma de caracterizar a violência obstétrica é a partir de abusos verbais, que consistem em comentários constrangedores ou ofensivos feitos pelos profissionais da saúde em relação à parturiente. Tal situação é visível no depoimento da entrevistada 2 (não identificada) do documentário *A dor reprimida – violência obstétrica e mulheres negras*:

Tem umas coisas que ele falava que me marcaram muito, uma vez, escutando o meu bebê, ele falou assim: “as mulheres hoje em dia abrem a perna para qualquer pessoa, para qualquer cara, e isso é um problema porque ficam fazendo vários filhos”. [...] quando eu falei sobre exercício ele disse que era para eu buscar fazer exercício depois de 3 meses, para que o meu corpo voltasse ao normal, porque eu tinha que estar bem para o meu marido. [...] Eu não sofri nenhuma violência física, mas foi uma violência psicológica, porque se isso tudo que eu passei me faz chorar é porque realmente deixou marcas. (Depoimento do documentário *A dor reprimida - violência obstétrica e mulheres negras*, 18:35 min).

Além das ofensas e comentários constrangedores, a violência verbal pode ser caracterizada a partir de comentários que reprimem o comportamento da parturiente, como é relatado por Carla no documentário *Violência obstétrica – a voz das brasileiras*:

No momento de contração mais intensa que eu tive eu dei um grito para extravasar a sensação da contração, a enfermeira segurou a minha mão e falou assim: “silêncio, sem grito”, naquele momento eu senti como se eu tivesse em um quartel, sendo totalmente reprimida das minhas sensações, foi o momento de maior violência obstétrica que eu tive no meu parto, essa repressão. (Depoimento do documentário *Violência obstétrica – a voz das brasileiras*, 36: 27 min).

A repressão da parturiente, como forma de violência, também pode ser verificada no depoimento da entrevistada Silvia, ao relatar que: “Lá dentro ele pediu que eu não gritasse, o que eu não tinha a mínima noção de que estava fazendo”.

Todas essas práticas são rotineiras nos ambientes hospitalares, e por isso silenciosas, tanto que são consideradas como algo “normal” para quem sofre e quem faz sofrer. Como é o caso da entrevistada Silvia, que, quando perguntada sobre quais foram as providências tomadas após a violência, ela respondeu que por anos nem havia se dado conta de que o que aconteceu foi algo violento e completamente fora da normalidade.

Nesse sentido, constata-se que a questão da violência obstétrica, mesmo sendo discutida com certo vigor nos últimos anos, ainda não ganhou o destaque social necessário para gerar mudanças significativas. Assim, surge a necessidade do cumprimento das leis que já vigoram no país, somada a elaboração de novas leis que preveem a responsabilização dos causadores dos atos em tela.

A violência obstétrica manifesta-se de forma velada e naturalizada, em função do habitus, pautada em práticas que constituem protocolos comuns das instituições hospitalares, o que evidencia a primazia do reconhecimento desses procedimentos e modelos de parto, dado seu caráter violento.

Assim, é necessária a garantia dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, além da proteção de sua própria dignidade, para isso, é preciso o reconhecimento da violência obstétrica como uma violação ao direito das mulheres, para a partir daí garantir sua liberdade reprodutiva e autonomia durante todo o processo de pré-parto, parto e pós parto.

O principal objetivo é garantir que a parturiente tenha autonomia no próprio parto, tendo um papel ativo na tomada de decisões a respeito dos procedimentos e práticas utilizadas, busca-se o pleno acesso à informação, o consentimento esclarecido com a possibilidade de recusa e a garantia de que suas preferências serão respeitadas.

Como visto, a própria medicina é responsável por reproduzir as práticas e princípios que caracterizam a violência obstétrica, assim, faz-se necessário o redesenho da formação profissional dos médicos, buscando um ensino mais humanizado e dotado de empatia, capaz de enxergar a mulher como sujeito de direitos, não mais como um objeto imperfeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível concluir que o ato de parir é um processo natural, no qual deve ser respeitada a autonomia e individualidade da mulher. Trata-se de um momento de grande conexão entre a mãe e o bebê, quando é criada uma ligação afetiva para a vida toda.

Ocorre que, como visto no presente trabalho, inúmeras vezes o ato de parir é transformado em um ato de violência, ocasionando na violação de uma série de direitos, tais como a integridade física e psicológica da mulher, além de seus direitos sexuais e reprodutivos, todos protegidos pela Constituição Federal vigente.

A violência obstétrica tem fundamento em um discurso hegemônico pautado na expertise, ou seja, o conhecimento técnico especializado capaz de transformar o profissional da saúde em uma autoridade que não pode ser questionada. Os médicos possuem o monopólio do conhecimento, cujos argumentos estão envoltos pela cientificidade.

Todo e qualquer discurso questionador é desqualificado e o tratamento injusto dado à mulher é perpetuado, tudo isso através da ação pedagógica capaz de incorporar o habitus, responsável por naturalizar atos violentos que caracterizam a violência obstétrica.

Cria-se uma relação de submissão, na qual a mulher não possui qualquer poder de negociação e seus desejos sequer são ouvidos, muito menos levados em consideração, pois parte-se da ideia de que somente o médico sabe o que é melhor.

A mulher é excluída e seu protagonismo entregue nas mãos daquele que é detentor do saber científico.

Concluiu-se ainda que o tratamento violento é ainda mais acentuado nos grupos de mulheres-mães negras, tal fato tem influência do racismo institucional, que afeta diretamente a forma como a parturiente é tratada pelo profissional no momento do pré-parto, parto e pós-parto. Verifica-se que em função de fatores fenotípicos a parturiente deixa de ser vista como sujeito de direitos. Como consequência, tem-se o aumento da mortalidade materna de mulheres negras em função das mulheres brancas, sendo esse um grave problema a ser reconhecido e enfrentado.

Por fim, é necessário que a parturiente tenha a sua autonomia e protagonismo respeitados ao máximo, sem impor uma técnica ou procedimento considerado “hegemônico”. Para isso, faz-se necessário que as mulheres tenham acesso à informações relativas aos diferentes modelos de parto, permitindo que façam uma escolha realmente consentida, para tanto é crucial a existência de espaços para a educação, sejam eles formais ou não, para promover o entendimento obstétrico e o verdadeiro sentido de parir.

REFERÊNCIAS

A DOR REPRIMIDA: violência obstétrica e mulheres negras. Direção: Mariana Sales. Produção: Mariana Sales, Marcelo Delfino. Roteiro: Mariana Sales. Bahia; 2017. Documentário (26:55 minutos).

ALBUQUERQUE, Aline. Dignidade humana: proposta de uma abordagem bioética baseada em princípios. In: **Revista de Direito e Garantias Fundamentais**, Vitória, v. 18, n. 3, p. 111-138, set./dez. 2017.

ARENDT, Hannah. **Crisis of the republic**. New York / London: Harcourt Brace Jovanovich, 1972.

ASSIS, Jussara Francisca de. **Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos:** compreensões à violência obstétrica. Tese – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282018000300547&lng=pt&nrm=iso&fbclid=IwAR348zkl6IkYACKzEdOzm1CaFBV VttVmaYo74gT7uHp00j7s84FzgQqH_zo> Acesso em: 10 de out. 2019.

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

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

_____. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. Palácio do Planalto. **Lei 11.108 de 7 de abril de 2005**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em 01 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.418 de 02 de dezembro de 2005**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html>. Acesso em 10 de out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 05 de nov. 2019.

CARNEIRO. Rosamaria. **“Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”:** sofrimento no parto e suas potencialidades. Rio de Janeiro: Sexualidad, Salud y Sociedad, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872015000200091&lng=pt&nrm=iso&fbclid=IwAR0unm1AB3HaLjTaPaRW94t_Lo8wu4frWB2qnfIVN7IJPTZTHVNwTYz3jX8>. Acesso em: 10 de out. 2019.

CIPRIANI, Marcelli. Violência(s) contra a(s) diferente(s) mulher(s): a proibição do aborto e a urgência de tornar visível o socialmente inviabilizado. In: **Revista de Direito e Garantias Fundamentais**, Vitória, v. 15, n. 2, p. 107-140, jul./dez. 2014.

Código de Ética Médica. 2010. Disponível em: <<http://www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual>>. Acesso em 01 jun. 2018.

FERNANDES, Rafael Del Piero; FRANCISCHETO, Gilsilene Passon P. Tráfico internacional de mulheres para a exploração sexual: análise das incompatibilidades legais existentes entre o Brasil e organismos internacionais. In: BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo (Org.). **Direitos humanos fundamentais**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012.

PALHARINI, Luciana Aparecida. **Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil**. Universidade de Campinas, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000100307&lng=pt&nrm=iso&fbclid=IwAR3rovKLigC59fyT-ytPWRkXiiK06VOP_frU6a7MOTktqzQ6-SUq3StETiQ> Acesso em: 05 nov. 2019.

PEREIRA, Wilza Rocha. **Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde**. Escola de Enfermagem da Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000300008&lng=pt&nrm=iso#top>. Acesso em: 02 jun. 2019.

RODRIGUES. Diego Pereira et al. **O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica**. Florianópolis: 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300319>. Acesso em 10 out. 2019.

SANTOS. André Filipe Pereira Reid dos. **Direito e profissões jurídicas no Brasil após 1988: expansão, competição, identidades e desigualdades**. 1ª ed. São Paulo: Annablume, 2018.

STARR, P. **The social transformation of American Medicine**. New York: Basic Books, 1982

VENEZUELA. **Gaceta Oficial No. 40.548 de fecha 25 de noviembre de 2014**. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Disponível em: <https://oig.cepal.org/sites/default/files/2014_ven_femicidio_ley_organica_sobre_derecho_de_mujeres_a_una_vida_libre_de_violencia_25_11_14-1.pdf>. Acesso em 02 jun. 2019.

VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010. Disponível em: <<https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2019.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: a voz das brasileiras. Produção: Bianca Zorzam, Ligia Moreiras Sena, Ana Carolina Arruda Franzon, Kalu Brum. Edição: Armando Rapchan. Documentário (51 minutos).

YIEN, Márcio André de Sousa Kao. **Profissões médicas e violência obstétrica:** expertises, monopólios, autoridades e medicalização. 2016. Dissertação (Pós-Graduação em Direitos e Garantias Fundamentais) - Faculdade de Direito de Vitória, Vitória, 2016.