

O AGRAVO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA AS MULHERES NEGRAS E A PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA PERSONALIDADE DIANTE DO PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL DA IGUALDADE NO BRASIL ¹

THE COMPLICATION OF OBSTETRIC VIOLENCE AGAINST BLACK WOMEN AND THE PROMOTION OF PERSONALITY RIGHTS IN VIEW OF THE THE CONSTITUTIONAL PRINCIPLE OF EQUALITY IN BRAZIL

Anara Rebeca Ciscoto Yoshioka²

José Sebastião de Oliveira³

Resumo: Os direitos reprodutivos decorrem do atributo inerente à pessoa humana consubstanciado na reprodução e, portanto, constituem-se direitos de personalidade, sendo que a violência obstétrica é a conduta abusiva que viola estes direitos. A presente pesquisa objetiva analisar se há o agravo da violência obstétrica sofrida pela mulher negra em razão do racismo e, em caso positivo, analisar se as políticas públicas existentes são eficazes para a redução das desigualdades. Para tanto, utilizou-se de método hipotético-dedutivo, mediante pesquisa bibliográfica. Constatam-se altos índices de mortalidade materna da população negra, bem como tratamento discriminatório e iniquidade no atendimento em razão da cor da pele, que agravam a violência obstétrica. Ainda, há políticas públicas voltadas para humanização da assistência e para a saúde da população negra, mas que se mostram inefetivas para o combate ao racismo no atendimento obstétrico.

Palavras-chave: Direitos da personalidade; mulher negra; princípio da igualdade; políticas públicas; violência obstétrica.

Abstract: Reproductive rights derive from the inherent attribute of the human person embodied in reproduction and, therefore, constitute personality rights, and obstetric violence is the abusive conduct that violates these rights. This research aims to analyze whether there is an aggravation of obstetric violence suffered by black women due to racism and if so, investigate whether existing public policies are effective in reducing inequalities. For that, we used a hypothetical-deductive method, through bibliographic research. There are high rates of maternal mortality among the black population, as well as discriminatory treatment and inequity in care due to skin color, which aggravate obstetric violence. Still, there are public policies aimed at humanizing care and for the health of the black population, but which prove to be ineffective in combating racism in obstetric care.

¹Artigo submetido em 10/06/2021 e aprovado para publicação em 15/06/2021.

² Mestranda em Ciências Jurídicas, na área de Direitos da Personalidade, pela UNICESUMAR, *campus* Maringá/PR. Email: anara_pvai@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6193-8604>.

³ Doutor em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1999). Pós-doutor em Direito pela Universidade de Lisboa (2013). Atualmente é professor da graduação e Pós-Graduação *Stricto Sensu* (mestrado e doutorado) do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR). Membro do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito, sociedade científica do Direito no Brasil. Email: drjso1945@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9429-3841>.

Keywords: Personality rights; black woman; principle of equality; public policy; obstetric violence.

Introdução

Os direitos reprodutivos são direitos de personalidade relativos à procriação, que é um atributo inerente à natureza humana. Estes direitos surgiram pela luta de vários movimentos sociais, estão protegidos igualmente a todos os cidadãos, tanto na Constituição Federal de 1988, por meio do princípio do livre planejamento familiar e internacionalmente, por meio de convenções que os elevam aos status de direitos humanos.

A violência obstétrica se caracteriza pela abusividade na conduta do sujeito ativo, que acaba por ferir estes direitos. Além disso, há sujeitos passivos que estão mais vulneráveis no contexto estrutural e que podem sofrer mais violência dentro dos serviços de saúde.

Deste modo, a presente pesquisa tem por objetivo analisar a violência obstétrica sofrida pela mulher negra nos serviços de saúde, se há o agravo desta em razão de fatores étnico-raciais e, caso fosse identificado este agravo, avaliar como que pode ser efetivado o princípio da igualdade e o reconhecimento das diferenças nesta ocasião.

Nesta senda, utiliza-se do método hipotético-dedutivo, com realização de pesquisas bibliográficas em artigos científicos coletados na base de dados a Scielo, da Lilacs, no Google Scholar, em documentos normativos e em livros teóricos sobre o tema. Para a análise da igualdade, utiliza-se como referencial teórico os estudos de Maria José Añon (2001). A pesquisa tem relevância, devido à violência estrutural que a população negra já sofre no Brasil, motivada pelo racismo, bem como os altos índices de mortalidade materna das mulheres negras.

O método utilizado é importante pois, partindo-se da hipótese de que as mulheres negras sofrem mais no sistema de saúde do que as mulheres não negras, foi realizado o estudo em âmbito genérico para o específico, buscando-se a comprovação ou o falseamento da hipótese levantada. Após isso, foi possível se chegar a uma conclusão sobre o tema.

Assim, em um primeiro momento se estudarão os direitos de personalidade e os direitos reprodutivos, buscando-se enquadrar estes naqueles; após, haverá a pesquisa sobre a violência obstétrica e os fatores raciais incidentes; por fim, o estudo do princípio da igualdade e a promoção da diversidade da pessoa negra nos serviços de saúde, mediante políticas públicas.

1. Direitos Reprodutivos como direitos da personalidade

Os direitos da personalidade são os inerentes aos atributos da pessoa humana, que serão estudados neste tópico a partir do século XIX, desenvolvendo-o até os dias atuais. Após, é necessário discutir se os direitos reprodutivos constituem novos direitos de personalidade.

No século XIX, devido ao jusracionalismo e o iluminismo que se baseou o Direito, cujo pensamento era criar uma sociedade desprendida dos resquícios do pensamento medieval, houve a sistematização exagerada do direito e o seu fechamento em categorias estanques, isento de lacunas, houve a bipartição da tutela do homem e de sua personalidade em direitos públicos e privados da personalidade. Os direitos públicos eram inerentes ao Homem, estavam constitucionalizados, considerados como fundamentais, foram pensados para defender a pessoa contra o próprio Estado ou em defesa da sociedade. Já os direitos privados, são os mesmos públicos, contudo, aplicados nas relações entre particulares, quando houvesse ofensa aos atributos da outra pessoa (SZANIAWSKI, 2005).

No início do século XX, no Brasil, vigorava a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891 e o Código Civil de 1916 e ambas as legislações não abordavam a tutela da pessoa humana. Isto porque, a Constituição de 1891 tinha um capítulo epígrafado como “Declaração de Direitos”, que assegurava o status de cidadão aos brasileiros e estrangeiros residentes no país, com limitação do poder estatal; e o Código Civil de 1916 não quis replicar a Constituição. Apesar desse capítulo, não havia a preocupação constitucional de resguardar a pessoa humana e tutelar seus direitos perante o Estado, havendo apenas limitações políticas ao exercício desse poder público (BELTRÃO, 2014). Assim, a pessoa humana ficava desprotegida.

A doutrina liberal entra em crise quando há a intervenção do Poder Público na economia, havendo mudanças na estrutura interna do direito civil, alterando as relações com o direito público. Deste modo, os códigos civis deixam de ser centrais, abandonando-se a preocupação com o contrato e a propriedade, havendo maior noção de integração do homem na sociedade (MORAES, 1991).

Nesta época, após a Revolução Mexicana de 1910, houve preocupação com a ordem econômica e social, dando-se origem à Constituição Mexicana de 1917. Nesse período, também houve a Primeira Guerra Mundial, de 1914 a 1918, que se deflagrou pelo assassinato do príncipe herdeiro do Império Austro-Húngaro. Na Rússia, em 1917, houve a queda do

governo czarista, despótico e autocrático, emergindo-se no lugar um governo comunista, liderado por Lênin, que implantou um Estado Socialista. Em 1929, os Estados Unidos da América do Norte sofreram com a Grande Depressão e a quebra da bolsa de valores de Nova York. Na Itália, houve o regime fascista de Mussolini e na Alemanha, a República de Weimar sofreu um enfraquecimento, dando origem ao regime nazista de Hitler (OLIVEIRA, 2002).

No Brasil, irrompeu-se a Revolução de 3 de outubro de 1930, que deu origem ao governo do Dr. Getúlio Dornelles Vargas, considerado chefe da revolução vitoriosa. Em 11 de novembro de 1930, foi instituído o governo provisório por meio do Decreto 19.398, cujo objetivo era organizar uma nova República. Com isto, houve o rompimento com o falido modelo liberal puro, que, com o impacto do *crash* da bolsa de Nova York de 1929, havia levado o país a uma situação muito difícil, pois a economia e a sociedade se fundavam na exportação de produtos primários, como o café. Assim, de forma democrática, foi votada e aprovada a Constituição Federal de 16 de julho de 1934 (OLIVEIRA, 2002).

Portanto, após a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), o mundo ficou devastado, em estado de miserabilidade, especialmente as nações da Europa. Assim, abandona-se o pensamento liberal, surgindo um novo pensamento jurídico, voltado para a proteção do povo, como se verifica na Constituição do México de 1917 e na Constituição de Weimar de 1919, na Alemanha. Este novo paradigma abandona as Cartas Políticas, como a Constituição Imperial do Brasil de 1824 e a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891, adotando-se as constituições sociais, como se vê na Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934.

Então, após o fim da Segunda Guerra Mundial, já não era mais aceitável a ocorrência dos horrores do nacional-socialismo e do fascismo, sendo este um marco histórico significativo e decisivo para se moldar a noção atual de dignidade da pessoa humana, pois o mundo estava moralmente devastado pelas atrocidades do totalitarismo e do genocídio e precisava ser reconstruído. Deste modo, este princípio foi incorporado pelo discurso político dos vitoriosos como fundamento para a paz, democracia e proteção dos direitos humanos (BARROSO, 2014).

Após, o discurso jurídico se apropriou da dignidade da pessoa humana por meio de tratados, documentos internacionais, constituições nacionais, referências textuais e da “ascensão de uma cultura jurídica pós-positivista, que reaproximou o direito da moral e da filosofia política, atenuando a separação radical imposta pelo positivismo pré-Segunda Guerra” (BARROSO, 2014, p. 19).

Então, foi elaborada a Declaração Universal de Direitos Humanos, em 1948, cuja igualdade não está condicionada a fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, religiosos e étnico-raciais, conforme art. 1º (BITTAR, 2015). Além disso, elevou-se a dignidade da pessoa humana como fundamento da liberdade e valor central da ordem jurídica internacional. Este espírito influenciou todas as Constituições posteriores, que entendiam tal princípio como o sustentáculo do Estado democrático de direito (SCHREIBER, 2014).

Logo, a partir do fim da Segunda Guerra Mundial, o mundo precisou repensar os valores morais da sociedade, e então, a dignidade da pessoa humana passou a ser adotada como cláusula geral de tutela dos direitos da personalidade nos países democráticos. No Brasil, a previsão de direitos sociais nas Constituições, cujo processo se iniciou em 1934, sofreu diversas evoluções até chegar na sua última fase, que é a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, fundada em garantia e respeito da dignidade da pessoa humana.

No Brasil, a personalidade é tratada como valor máximo do ordenamento, moduladora da vida privada, que constitui novos critérios de validade a toda atividade econômica. Deste modo, mediante direitos subjetivos específicos, dispostos infra ou constitucionalmente, buscam salvaguardar a pessoa humana em qualquer momento da atividade econômica ou inibindo-se a tutela jurídica de qualquer ato jurídico patrimonial ou extrapatrimonial que não busque a realização da personalidade (TEPEDINO, 2004).

Assim, tanto o intérprete quanto o legislador ordinário estão condicionados aos princípios eleitos pelo constituinte como prioridade e fundamentos da República, quais sejam, a cidadania e a dignidade da pessoa humana (art. 1º, inc. I e III, da CF/1988); a adoção do princípio da igualdade substancial (art. 3º, inc. III, da CF/1988), a isonomia formal do art. 5º, e a garantia residual estipulada pelo art. 5º, §2º, CF/1988, que conformam todo o tecido infraconstitucional. Por meio destes dispositivos, adotou-se verdadeira cláusula geral de tutela e proteção da pessoa humana, tomada como valor máximo pelo ordenamento (TEPEDINO, 2004).

A dignidade da pessoa humana, de acordo com Ingo Wolfgang Sarlet, possui muitas dimensões ou sentidos: ontológico, inerente à qualquer pessoa e ligado à condição humana; comunitário ou social, considera a dignidade de cada um e de todos os indivíduos, uma vez que todas as pessoas são iguais em dignidade e direitos; histórico-cultural, que entende que o conceito está em constante processo de construção e desenvolvimento (CANTALI, 2009); defensiva, que impede a funcionalização da pessoa humana em razão da ação própria e de

terceiros e gera direitos fundamentais, contra quaisquer ameaças ou violações à mesma; prestacional, que impõe deveres concretos de tutela por parte do Estado, protegendo-se a dignidade de todos e assegurando o devido respeito e promoção, por meio de medidas prestacionais (SARLET, 2009).

Logo, onde a dignidade da pessoa humana não tem espaço, a pessoa acaba se tornando objeto de arbítrio e injustiças. Portanto, para a sua realização, é preciso que sejam reconhecidos e assegurados a liberdade, a autonomia, a igualdade e os direitos fundamentais ao indivíduo (SARLET, 2009). Assim, os direitos de personalidade são reconhecidos à própria pessoa humana e em suas projeções na sociedade e pretendem a defesa da vida, integridade física, segredo, respeito, honra e outros. (BITTAR, 2015).

Portanto, estando a dignidade da pessoa humana incorporada em âmbito internacional e na Constituição Federal de 1988, a partir do processo de redemocratização do Brasil, o direito privado, especialmente o Direito Civil, que era essencialmente patrimonialista, albergou-se do espírito de proteção da pessoa humana, de modo que seus institutos devem ser lidos à luz da Constituição (SCHREIBER, 2014).

Logo, a dignidade da pessoa humana é princípio estruturante do Estado Democrático de Direito e permite o reconhecimento de todo e qualquer direito da personalidade, ainda que não positivados no ordenamento jurídico como tais. Além disso, se expressa em diferentes formas por meio dos atributos da personalidade dos indivíduos, estando no centro da ordem jurídica interna e internacional. Nesta senda, é possível classificar os direitos sexuais e reprodutivos como direitos de personalidade, haja vista que contribuem diretamente na concretização da personalidade humana.

A origem destes direitos é bem antiga e culturalmente ampla, remontando ao século XIX, contudo, o termo “direitos reprodutivos” é bem recente, possivelmente surgido nos Estados Unidos da América do Norte (EUA), em 1979, pela fundação da Rede Nacional pelos Direitos Reprodutivos (CORRÊA; PETCHESKY, 1996).

A incorporação deste debate como direitos ocorreu somente em 1968, em Teerã, no Irã, na Conferência Internacional de Direitos Humanos, que previu o direito humano dos pais de decidirem de forma livre e responsável sobre quantos e quando teriam filhos e o direito à educação adequada e informação a esse respeito (MATTAR, 2008).

Em 1974, houve a Conferência Mundial sobre População, em Bucareste, na Romênia, onde defendeu-se que o crescimento populacional estava vinculado ao grau de

desenvolvimento dos países, reafirmou-se o direito às escolhas reprodutivas dos casais e indivíduos e estabeleceu-se que as pessoas deveriam ter acesso aos meios, à informação e educação adequada para a realização destes direitos (MATTAR, 2008).

Em 1975, a Organização das Nações Unidas (ONU) deu início à década em favor das mulheres, na I Conferência Internacional da Mulher, realizada no México, em que foram inseridos na Declaração da Conferência os direitos à autonomia reprodutiva e à escolha reprodutiva sob a noção de controle e integridade corporal (MATTAR, 2008).

Em 1979, a ONU adotou a Convenção de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), que, conforme o art. 16, está fundamentada na obrigação dos Estados de eliminar a discriminação e assegurar a igualdade entre homens e mulheres (MATTAR, 2008). Esta convenção, em seu art. 12, também dispôs sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres:

Artigo 12. 1. Os estados-parte adotarão todas as medidas apropriadas para *eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar*, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar. 2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os estados-parte garantirão à *mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto*, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância (BRASIL, 2002, s.p., sem grifos no original).

Logo, torna-se dever dos Estados garantir às mulheres o livre planejamento familiar e o direito à saúde reprodutiva, devendo ser eliminada a discriminação contra a mulher. O Brasil ratificou esta convenção pela primeira vez em 1984 e, atualmente, ela se encontra internalizada pelo Decreto 4.377/2002 (BRASIL, 2002).

Em 1984, na Conferência Mundial da População e Desenvolvimento, o governo americano sugeriu discutir o crescimento populacional como um fenômeno neutro. Contudo, no texto final, a linguagem adotada em Bucareste foi mantida, inserindo-se a obrigação dos governos de tornar universalmente disponíveis os programas de planejamento familiar (MATTAR, 2008).

Ademais, neste ano, também houve o I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, em Amsterdã, na Holanda, no qual o termo “saúde da mulher” foi substituído por “direitos reprodutivos”, a fim de se ampliar a pauta reprodutiva das mulheres, desconstruir a maternidade como um dever mediante a luta pelo direito ao aborto e contracepção em países desenvolvidos (MATTAR, 2008).

Em 1993, houve a II Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos, ocorrida em Viena, na Áustria, onde a sexualidade feminina e o compromisso, por parte dos Estados, de eliminação da violência baseada no gênero e todas as formas de abuso e exploração sexual. Ainda em 1993, a ONU adotou a Declaração de Eliminação da Violência contra a Mulher, que condenou a violência física, psicológica e sexual que as mulheres sofrem, afirmando, inclusive, que tais direitos e princípios estavam inseridos nos tratados internacionais de direitos humanos (MATTAR, 2008).

Esta declaração serviu de base para a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, de 1994, de Belém do Pará, Brasil, aprovada pela Organização dos Estados Americanos (MATTAR, 2008). Esta convenção foi ratificada pelo Brasil por meio do Decreto 1.973, de 1º de agosto de 1996, que garante a toda mulher o direito de uma vida livre de violência, na esfera pública ou privada (art. 3º), que abrange o direito a ser livre de todas as formas de discriminação (art. 6º, alínea a); considerando-se como violência contra mulher a sexual, psicológica ou física (art. 2º) (BRASIL, 1996a). Ainda, quanto aos fatores de vulnerabilidade assim dispõe:

Os Estados Partes levarão especialmente em conta a situação da mulher vulnerável a violência por sua raça, origem étnica ou condição de migrante, de refugiada ou de deslocada, entre outros motivos. Também será considerada violência a mulher gestante, deficiente, menor, idosa ou em situação sócio-econômica desfavorável, afetada por situações de conflito armado ou de privação da liberdade (BRASIL, 1996a, s.d.).

Como o Brasil é signatário desta convenção é seu dever eliminar a violência (sexual, psicológica ou física) contra a mulher, tanto na esfera pública quanto privada, especialmente contra a gestante e em razão de sua raça, origem étnica, ser migrante, refugiada ou deslocada, situação socioeconômica.

Em 1994, houve a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo/Egito, das Nações Unidas, que consagrou o conceito de direitos reprodutivos como direitos humanos, reconhecendo o “direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter informação e meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva” (CORRÊA; ÁVILA, 2003, p. 20). Além disso, também inclui o “direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre os direitos humanos” (CORRÊA; ÁVILA, 2003, p.

20). A partir de então, as mulheres, que eram vítimas dos principais programas de controle populacional, passaram de objeto para sujeitas dos programas de desenvolvimento e população (MATTAR, 2008).

Outro direito que veio se desenvolvendo foi o de saúde reprodutiva, cujo conceito surgiu em 1985, na Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de ampliar o controle demográfico e o planejamento familiar; e de saúde sexual, devido à pandemia de HIV/AIDS. Tais definições foram debatidas no Cairo/Egito (1994) e Beijing/China (1995), que começaram a entender que o direito ao aborto seria uma questão de saúde pública e, especificamente na última convenção, houve uma recomendação de revisão das legislações punitivas (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

Desta forma, evidencia-se que os direitos reprodutivos e, após, os direitos sexuais, surgiram pelas reivindicações dos movimentos das mulheres e no século XX foram incorporados nas agendas internacionais, nas convenções e declarações, alcançando o status de direitos humanos. Destarte, tais direitos devem ser exercidos livres de violência e discriminação; e se inserem neste rol a garantia da saúde reprodutiva.

No Brasil, embora a preocupação com tais direitos já fosse latente, os direitos sexuais e reprodutivos foram inseridos na Constituição Federal de 1988 (CF/1988), por meio da tutela da dignidade da pessoa humana, do livre planejamento familiar (art. 226, §7º), do direito à saúde (art. 196 e ss), da proteção à maternidade (art. 6º) e à primeira infância (art. 227, §1º, inciso I) (BRASIL, 1988). Após, foi criada a Lei de Livre Planejamento Familiar (Lei 9.263/1996), que garantiu direitos reprodutivos e de saúde reprodutiva a todo o cidadão e previu a efetivação de tais direitos por meio do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1996b)

Em questões de políticas públicas sobre a humanização da assistência, evidencia-se o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (Portaria 569/2000, do Ministério da Saúde), que tinha o objetivo de “ampliar o direito da mulher ao acesso à saúde, garantir à mulher, desde o pré-natal ao puerpério; reduzir altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal; tudo isso na perspectiva dos direitos e da cidadania” (SILVA, 2018, p. 9).

Em 2011, houve a criação da Rede Cegonha, pelo SUS, que é uma rede de cuidados que buscou assegurar o livre planejamento familiar, a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e à criança ao nascimento seguro e ao crescimento saudáveis, conforme o art. 1º, da Portaria 1.459/2011, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Além disso, em 2014, houve a criação do Programa HumanizaSUS, que dedicou seu volume 4 à humanização do parto e do

nascimento, com enfoque no protagonismo da mulher neste momento e de revisão do modelo obstétrico atual. Inclui relatos jornalísticos e de experiência sobre a forma que o parto ocorre no país. Também é possível encontrar as Diretrizes Nacionais sobre o Parto Normal de 2018, os casos em que a cesariana é indicada, o papel da doula no parto normal e outras (SILVA, 2018).

Desta forma, a tutela dos direitos reprodutivos decorre da garantia da dignidade da pessoa humana, do direito à saúde e do livre planejamento familiar. Ainda, salienta-se que tais direitos devem ser exercidos de forma livre, sem coerção, violência ou discriminação; caso contrário, serão violados. Por fim, que para a eliminação da violência contra a mulher gestante e a mulher negra, a proteção do Estado deve se dar de forma especial, com vistas à igualdade material.

2. Violência obstétrica e mulheres negras como vítimas

A violência obstétrica constitui-se como uma conduta abusiva incidente sobre os corpos, que viola os direitos reprodutivos das pessoas, podendo ocorrer em diversos níveis de relação, de formas distintas e ter vários sujeitos ativos e passivos, podendo ser agravada dependendo de marcadores sociais incidentes sobre os sujeitos passivos.

O conceito de violência obstétrica é definido pela Rede Parto do Princípio (BRASIL, 2012, p. 60) como: “todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis”. O dossiê esclarece que não aborda a violência obstétrica como praticada exclusivamente por profissional de saúde, pois as fontes de agressão contra as mulheres em seus processos reprodutivos (inclusive, no aborto e na esterilização, que geralmente contém inúmeros relatos de violência e maus-tratos) são plurais (BRASIL, 2012)

No Brasil não há lei federal específica sobre o tema “violência obstétrica”, mas é possível identificar alguns projetos de lei que buscam abordar o tema. Dentre eles, o Projeto de Lei nº 878/2019, da Câmara dos Deputados, além de individualizar algumas condutas, traz um conceito abrangente de violência obstétrica:

Art. 13 –Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos naturais relacionados a gestação, pré-parto, perda gestacional, parto e puerpério pelos(as) profissionais de saúde, por meio do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da

autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, e no pós-parto/puerpério (BRASIL, 2019, p. 4-5).

Portanto, a violência obstétrica é a conduta médica abusiva, realizada sem evidências científicas, que resulta na apropriação do corpo do indivíduo, a perda da autonomia de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, causando impacto negativo na qualidade de vida destas pessoas.

As formas de violência, que podem ocorrer isolada ou conjuntamente, podem ser: a) física, que são ações que incidam sobre o corpo, que causem dor ou dano físico, violando a integridade física; b) psicológica: comportamentos ou falas, que inferiorizam, causem medo, violando a integridade moral, imagem ou honra da vítima; c) sexual: atos que violem a intimidade ou pudor, integridade sexual e reprodutiva, provocadas com ou sem acesso aos órgãos sexuais e partes íntimas do corpo; d) material: atos que objetivam a obtenção de recursos financeiros de familiar ou de pessoa no exercício dos processos reprodutivos, violando direitos, para benefício do sujeito ativo; e) midiática: por meio de campanhas da mídia que sejam dirigidas vulgarizar práticas sem evidências científicas e a violar psicologicamente a pessoa em seus processos reprodutivos (BRASIL, 2012).

Ainda, a violência obstétrica pode incidir em nível individual, na relação sujeito ativo-sujeito passivo; institucional, quando toda a organização de atendimento da pessoa parturiente pratica a violência, padronizando procedimentos invasivos e desnecessários; e estrutural, que precisa da sociedade para permitir sua perpetuação (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018). Logo, a violência obstétrica é multidimensional e pode se agravar a depender da incidência de marcadores sociais, como origem étnica, gênero e classe, que é o enfoque do presente trabalho.

Em artigo de revisão, realizado por Isabel Cristina Fonseca da Cruz (2004), foi constatado que o índice geral de mortalidade materna era de 51,7/100.000 nascidos vivos, sendo que dentre as mulheres brancas, o índice era abaixo da média, ou seja, 37,73/100.000 nascidos vivos. Contudo, a taxa dentre as mulheres pretas era de 212,80, ou seja, quase seis vezes mais do que as mulheres brancas. Ademais, a taxa ainda se mantinha elevada dentre as mulheres não-brancas, com mortalidade de 65,51/100.000 nascidos vivos. Outrossim, as causas da maioria dessas mortes eram evitáveis, o que demonstra a má qualidade de assistência de saúde prestada no ciclo gravídico-puerperal.

Em estudo exploratório, com análise de questionário sócio demográfico autoaplicável, sobre a percepção das participantes do 2º Seminário de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo, ocorrido na capital, em 17 de maio de 2005 sobre o racismo e relatos de experiências vivenciadas, no qual, das 553 pessoas inscritas, apenas 240 (46,3%) das pessoas responderam ao questionário, sendo que destas 104 (43,3%) responderam que já perceberam alguma discriminação racial nos serviços de saúde, dentre elas, a maioria das pessoas pretas. Além disso, o principal local discriminador foi o setor de saúde (KALCKMANN *et al*, 2007)

Dentre os episódios vividos pela própria pessoa, como profissional ou usuário, 37% (39) do total de pessoas que responderam ao questionário relataram episódios cuja cor era uma variável que interfere na intensidade com que o racismo é percebido. Ainda, em análise qualitativa desses relatos, evidencia-se que as situações de discriminação são mais frequentes nos momentos de gravidez e parto (KALCKMANN *et al*, 2007): “Escutei a recepcionista (pré-natal) falar: negra é como coelho, só dá cria” (43 anos, diretora de ONG, cor preta); “No parto do meu último filho não me deram anestesia” (43 anos, auxiliar administrativa, negra); (KALCKMANN *et al*, 2007, p. 152).

Outra pesquisa, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro, em que se verificou que as maternidades e hospitais, sejam públicos ou privados, tratavam melhor as gestantes brancas do que as negras. As desigualdades existiam durante a gravidez até o momento do parto, havendo diferença de tratamento mesmo quando as mulheres brancas e pretas pertenciam à mesma classe social e tinham o mesmo nível de escolaridade. Ainda, que os profissionais atuavam conforme seus referenciais subjetivos, o que poderiam violar direitos humanos fundamentais e o próprio código de deontologia destes profissionais (CRUZ, 2004).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) divulgou que as mortes maternas notificadas em seu Sistema de Informações sobre Mortalidade apresentaram melhoria no registro da variável entre raça/cor. Ademais, divulgou que em 2012, das 1.583 mortes maternas notificadas, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas. Ainda, admite que 90% dos óbitos poderiam ter sido evitados, muitos deles por ações dos serviços de saúde.

Ademais, na década de 2010 a 2020 se destacam duas pesquisas de abrangência nacional, que demonstram que a violência obstétrica ocorre em altos níveis no Brasil: a) “Mulheres brasileiras nos espaços públicos”, da Fundação Perseu Abramo, de 2010, que revelou que 25% das mulheres afirmavam ter sofrido algum tipo de violência no parto; b) “Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre o parto e nascimento”, da Fundação Oswaldo Cruz,

de 2014, que ofereceu um panorama nacional sobre a situação da atenção ao parto e nascimento (LIMA, 2019).

A pesquisa “Nascer no Brasil” revelou em seu Sumário Executivo, de 2014, que as mulheres e recém-nascidos, de modo geral, estão expostos aos riscos adversos do parto. Contudo, cada pessoa poderá sofrer de forma diferenciada, a depender de marcadores de raça e classe social (renda, escolaridade, tipo de serviço de saúde – se público ou privado). Além disso, o modo de atenção obstétrica e neonatal predominantes nos serviços de saúde no país é de baixa efetividade (LIMA, 2019).

Em vista disso, Maria do Carmo Leal et al. (2017), que com base na amostra coletada na pesquisa “Nascer no Brasil”, constataram que:

A análise comparativa de puérperas pretas vs. brancas gerou uma subamostra de 6.689 mulheres, sendo 1.840 pretas e 4.849 brancas após o pareamento pelo escore de propensão. As puérperas de cor preta possuíram *maior risco de terem um pré-natal inadequado* (OR = 1,62; IC95%: 1,38-1,91), *falta de vinculação à maternidade* (OR = 1,23; IC95%: 1,10-1,37), *ausência de acompanhante* (OR = 1,67; IC95%: 1,42-1,97) e *peregrinação para o parto* (OR = 1,33; IC95%: 1,15-1,54). As pretas também receberam *menos orientação durante o pré-natal* sobre o início do trabalho de parto e sobre possíveis complicações na gravidez. Apesar de terem menor chance para uma cesariana e de intervenções dolorosas no parto vaginal, como episiotomia e uso de ocitocina, em comparação às brancas, as mulheres pretas *receberam menos anestesia local quando a episiotomia foi realizada* (OR = 1,49; IC95%: 1,06-2,08). A chance de nascimento pós-termo, em relação ao nascimento termo completo (39-41 semanas), foi maior nas mulheres pretas que nas brancas (LEAL et al., 2017, p. 5, sem grifos no original).

Portanto, percebe-se que as mulheres pretas teriam sofrido bastante de violência institucional, seja pelo fato de terem um pré-natal inadequado, serem impedidas de entrarem na maternidade (peregrinação para o parto), não terem acompanhante, não se vincularem a uma maternidade, não serem orientadas, não receberem anestesia local ao se realizar episiotomia.

Percebe-se que há um modelo ideal de “boa maternidade” (reprodução e cuidado com os filhos) pautado por um imaginário social sexista, generificado, classista e homofóbico, excludente e discriminatório. Neste modelo, o cuidado é exercido principalmente pela mulher, com o suporte financeiro provido pelo homem, adequado a suposto padrão de “normalidade” (relação estável, entre um casal heterossexual monogâmico branco, adulto, casado e saudável, com condição financeira para criar ‘bem’ os filhos). Trata-se de uma construção social, um modelo aceito e desejado, que não corresponde à realidade de várias mulheres (MATTAR; DINIZ, 2012).

Nesta senda, há “hierarquias reprodutivas” incidentes sobre a mulher, que determinam o grau de aceitação social de determinada maternidade. Assim, quanto mais aspectos socialmente “positivos” que a pessoa ou casal possui, há maior valorização de sua maternidade e/ou reprodução e cuidado com os filhos e mais exercício de direitos humanos. Contudo, quanto mais aspectos “negativos” sobre ela (eles), menor o exercício de direitos humanos. Nesta pirâmide perpassam os fatores de raça, classe, idade e parceria sexual, sendo que isto somente se explica, pois a sociedade atual é racista (MATTAR; DINIZ, 2012).

Neste sentido, Janaína Marques de Aguiar (2010) também constatou a incidência de classe e gênero no discurso dos profissionais de saúde que lidam com a obstetrícia: “observamos que a imagem que os profissionais trazem de seus relatos das parturientes assistidas por eles, no serviço público ou privado, é permeada por estereótipos de classe e gênero como a dor do parto ser o preço pelo prazer sexual e um exercício da sexualidade fora de controle das mulheres pobres” (AGUIAR, 2010, p. 133). Logo, as hierarquias reprodutivas estão fortemente ligadas às hierarquias das práticas sexuais, contudo, extrapola, gerando outras formas de opressão e discriminação perversas (MATTAR; DINIZ, 2012).

Assim, evidencia-se a necessidade de se trabalhar com o conceito de interseccionalidade, que recomenda “a articulação das clivagens identitárias, repetidas vezes reposicionadas pelos negros, mulheres, deficientes, para finalmente defender a identidade política contra a matriz de opressão colonialista que sobrevive graças às engrenagens do racismo cisheteropatriarcal capitalista” (AKOTIRENE, 2019, p. 28). Logo, a interseccionalidade se refere ao que será feito politicamente com a matriz de opressão que produz as diferenças, após as ver como identidades (AKOTIRENE, 2019).

Dentro desse debate, nota-se que a mulher negra, que já é vítima de preconceito e racismo na sociedade, ao tentar acesso em um ambiente institucionalizado, em trabalho de parto, está duplamente vulnerável, pois neste âmbito, pode sofrer as mais diversas formas de violência obstétrica, como violência institucional (a negativa de atendimento e posterior peregrinação ou negativa de acompanhante); a violência psicológica, consistente em agressões verbais, abandono; violência física e sexual, como corte sem anestesia. Logo, todas estas violações ferem os direitos reprodutivos, a dignidade da pessoa humana e os demais direitos de personalidade, como a integridade psicofísica, o direito à imagem, à honra e à identidade, causando discriminação.

3. A promoção do princípio da igualdade nos direitos reprodutivos das mulheres

Diante do problema apresentado, torna-se necessário estudar o princípio da igualdade, a fim de serem encontradas algumas soluções para a temática. Salienta-se que, neste tópico, a problemática terá como base teórica os estudos de Maria José Añon, em seu livro "Igualdad, Diferencias y Desigualdades" (2001).

A autora defende que: "A igualdade pode e deve ser entendida como princípio normativo e não como uma tese descritiva; como prescrição e não como asserção; como igualdade entre direitos entre todos os homens" (AÑON, 2001, p. 23).

Apresenta a tese da igualdade valorativa, segundo a qual a igualdade e a diferença são dois conceitos relativos a um parâmetro ou uma unidade de medida. Assim, ser igual ou diferente é uma afirmação absoluta e carregada de valor, positivo para a igualdade e negativo para a diferença (AÑON, 2001).

Deste modo, as teses da diferença e da igualdade compartilham dessa igualdade valorativa, mas diferem na explicação da origem da diversidade, pois enquanto a tese da diferença explica a partir de uma ideologia sexista (violência, opressão); a tese da igualdade parte da distribuição de bens (materiais, primários), direitos, respeito (diferenças prescritivas) (AÑON, 2001).

Nesta senda, a autora defende que a igualdade não é identidade ou homogeneidade. É parte da diversidade (situação que contém alguns fatores iguais e outros diferentes). E, além disso, que a diversidade se contrapõe à identidade e à homogeneidade, mas não à igualdade. Portanto, é necessário que se tutele as diferenças, as respeite e as garanta como aplicação do princípio da igualdade (AÑON, 2001).

A igualdade como princípio jurídico é entendida por Maria José Añon (2001) como o da universalidade de direitos fundamentais que se expandem em duas dimensões, quais sejam, a ampliação em número de direitos fundamentais e a ampliação entre titulares, até coincidir com o total de seres humanos existentes.

Deste modo, coloca a complexidade da igualdade jurídica como princípio, pois esta possui dois sentidos, o de igualdade de direitos (igualdade formal) e de igualdade em direitos (igualdade material). Assim, além de contemplar todas as garantias para realizar todos esses direitos, o sistema jurídico deve prever medidas de diferenciação e equiparação necessárias para a efetividade de direitos fundamentais (AÑON, 2001).

Salienta-se que na Constituição Federal de 1988, a igualdade está prevista no artigo 5º, *caput* e inciso I⁴ (BRASIL, 1988) e, consoante José Sebastião de Oliveira (2002), o constituinte adotou a igualdade relativa entre os seres humanos e jamais absoluta, abandonando-se o tratamento meramente formal, presente nos textos constitucionais anteriores e garantindo-se a verdadeira igualdade, a igualdade material. Aliás, a igualdade absoluta é um erro, pois as pessoas são naturalmente desiguais, existindo certas desigualdades que merecem um tratamento especial do legislador, sob pena de se permitirem injustiças e arbitrariedades em situações justificadoras de um tratamento desigual.

Neste interim, a igualdade de tratamento como equiparação tem como conteúdo o princípio da não discriminação, ou seja, a proibição das desigualdades injustificadas e irrazoáveis e, para que as diferenças normativas sejam aceitáveis, deve-se ter uma justificação objetiva ou razoável. Salienta-se que a desigualdade se difere da discriminação, pois a discriminação tem a natureza odiosa do preconceito social desqualificatório, o que é proibido (AÑON, 2001).

A grande diferença entre a igualdade material e formal, é que esta não permite a diferenciação, afirma a igualdade entre as pessoas e tem como seu conteúdo o princípio da igualação, busca criar normas e instituições capazes de lidar com as situações plurais e as necessidades que existem ou devem existir dentro delas; enquanto que aquela, dá mais relevância aos fatores de diferenciação e é a igualdade equitativa entre os seres humanos, pretendendo evitar os efeitos desfavoráveis ou prejudiciais que compõem as diferenças (AÑON, 2001).

Diante disso, Carla Akotirene destaca que: “em tese, caso os instrumentos protetivos do nosso país queiram, de fato, combater as discriminações que impedem o exercício das liberdades fundamentais, precisam averiguar as performances sexistas e racistas de seus expedientes, utilizando a abordagem interseccional” (2019, p. 39).

No Brasil, a nível infraconstitucional, em se tratando da população negra, se encontra a Lei n.º 12.288, de 20 de julho de 2010, conhecida como “Estatuto da Igualdade Racial”, que prevê que:

⁴ Art. 5º 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, nos termos seguintes: I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição (BRASIL, 1988, s.p.)

Art. 2º. É dever do Estado e da sociedade garantir a igualdade de oportunidades, reconhecendo a todo cidadão brasileiro, independentemente da etnia ou da cor da pele, o direito à participação na comunidade, especialmente nas atividades políticas, econômicas, empresariais, educacionais, culturais e esportivas, defendendo sua dignidade e seus valores religiosos e culturais (BRASIL, 2010, s.p.).

Portanto, a promoção da igualdade é direito de todo o cidadão, independentemente de fatores étnico-raciais, sendo dever do Estado e da Sociedade garantirem que todas as pessoas tenham os mesmos direitos.

Ademais, esta lei dispõe que a saúde da população negra será garantida por meio de políticas universais, sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e outros agravos, sendo de responsabilidade dos órgãos e instituições públicas federais, estaduais, distritais e municipais da administração direta e indireta o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS) para a promoção proteção e recuperação da saúde destas pessoas. Ademais, é dever do poder público que o seguimento da população negra vinculado aos seguros privados de saúde seja tratado sem discriminação. Deste modo, afirma que o conjunto de ações de saúde voltadas a essas pessoas constitui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, conforme artigos 6º e 7º, do Estatuto (BRASIL, 2010, s.p.)

É neste contexto que a saúde reprodutiva da mulher negra no processo de parturição e no período de puerpério deve tomar contornos de políticas a serem aplicadas para que haja a tutela das diferenças, o respeito e a igualdade entre todos os seres humanos. De acordo com Cruz (2004, p. 53) é imprescindível “neutralizar o racismo institucional e seu impacto sobre a saúde e bem-estar da pessoa negra”. Para tanto, deve-se promover um contexto político que busque a equidade, a cidadania, a emancipação e que também observe as particularidades da população negra brasileira. Aduz que os conceitos de “mulher” e “negra” foram socialmente definidos e relacionados à submissão. Assim, seria necessário desconstruir as relações de alteridade, que colocam indivíduos de determinados grupos na condição de inessencial, para que se promova a emancipação das pessoas e a construção de laços baseados na liberdade (CRUZ, 2004).

Diante disso, Maria José Anõn (2001) propõe algumas políticas de diferenciação para a igualdade, que podem colaborar para promover a igualdade material entre os indivíduos. Tratam-se de ações positivas, que promovem tratamento distinto para situações efetivamente distintas e que obstam ou impossibilitam a igualdade de oportunidades. Para tanto, deve haver relevância de seus elementos diferenciadores e justificação razoável. As ações positivas

possuem a legitimidade fundada no significado constitucional do princípio da igualdade, não sendo exceção a este, mas sim, uma exigência de sua realização (AÑON, 2001).

As ações positivas se tratam de medidas orientadas a remover ou eliminar os obstáculos que impedem a realização concreta da igualdade de oportunidades. Deste modo, por meio de medidas de diferenciação, acabam transformando desigualdade de condições em igualdade de condições. As mesmas se justificam pela justiça retributiva, não encontrando justificção adequada na justiça compensatória. Por isso, favorecem a realização de efetiva igualdade de oportunidades e a conseguir a igualdade de resultados. Assim, trata-se do somatório do reconhecimento das diferenças com a redistribuição de oportunidades e resultados (AÑON, 2001).

As modalidades de ação positiva, podem ser: medidas de conscientização, ou seja, de sensibilização da opinião pública; medidas de promoção da igualdade, que seriam para a eliminação da desvantagem, a promoção ou impulsionamento da igualdade; e as cotas, que privilegiam para a igualdade, proporcionam a distribuição de oportunidades, reservando um número de vagas a determinados grupos, não se sujeitam a prazos ou qualificações, mas também não podem ser incondicionadas (o tratamento desigual está no ponto de partida); e, por fim, as medidas de trato preferencial, que se destinam a realizar a igualdade de oportunidades com efeitos nos resultados, que são os objetivos últimos que se busca alcançar e, por isso, estabelecem qualificações a determinados grupos (o tratamento desigual está no ponto de chegada) (AÑON, 2001).

Neste sentido, para a promoção de igual padrão de saúde reprodutiva para as mulheres negras são necessárias ações afirmativas, que transformem a desigualdade em igualdade de condições por meio de medidas de diferenciação.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra Ministério da Saúde, por meio da Portaria 992, de 13 de maio de 2009 (BRASIL, 2017), buscando a equidade na assistência, que, dentre os objetivos específicos, constam: incluir o debate à discriminação de gênero e orientação sexual, com destaque para as interseções da saúde das pessoas negras na formação e educação dos trabalhadores da saúde e no exercício de controle social; a coleta de dados sobre raça/etnia nos sistemas de informação em saúde no SUS e melhoria no processamento destes dados; monitoramento e avaliação dos indicadores e metas para a saúde da população negra, objetivando reduzir as iniquidades macrorregionais, estaduais e municipais; inclusão das demandas específicas da população negra nos processos de regulação

do sistema suplementar; monitoramento e avaliação das mudanças na cultura institucional, adotando-se princípios antirracistas e não discriminatórios (BRASIL, 2017).

Dentre as estratégias de gestão, encontra-se uma especificamente voltada para a saúde reprodutiva, que seria: “VII – qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos Estados e Municípios” (BRASIL, 2017, p. 33).

Acerca dessa política pública, foi realizado um estudo transversal, exploratório, descritivo, com características quantitativas no município de Juiz de Fora, em Minas Gerais, nas cinco regiões demográficas mais densamente povoadas. A amostra foi composta por 391 indivíduos, de cor preta ou parda, usuários do SUS com idade igual ou superior a 18 anos. Foi aplicado um questionário estrutural composto por 06 questões de cunho socioeconômico e mais 16 questões dicotômicas (com respostas ou sim ou não) sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), acompanhada do TCLE em duas vias. A amostra era composta por 62,1% de pretos e 37,9% de pardos; do total de entrevistados, 61% estudaram além do 9º ano do ensino fundamental e 69,1% possuíam renda menor do que 03 salários mínimos. Em relação ao conhecimento dos entrevistados sobre a política pública, 90,5% deles relataram desconhecer qualquer ação nesse sentido; em relação à necessidade de políticas públicas com essa finalidade 60,9% defenderam sua importância, contudo, 52,7% declararam que a PNSIPN tende a reforçar a discriminação racial. No quesito discriminação, 48,5% dos que possuem renda inferior a 03 salários mínimos e 38,8% dos que têm renda superior a essa consideraram que ocorre discriminação no atendimento à saúde. Em relação à percepção de discriminação nos serviços de saúde, 48,6% dos pretos e 40,5% dos pardos perceberam discriminação, enquanto 7% dos pretos e 6,1% dos pardos relataram já a terem sofrido. O estudo conclui que uma grande parcela da amostra estava insatisfeita com o acesso e a qualidade dos serviços prestados na rede pública daquela localidade (CHEUEN NETO *et al*, 2015).

Logo, esta política é desconhecida de seu destinatário, que ainda considera a possibilidade de ocorrência de discriminação nos serviços de saúde, denotando-se insatisfação com o acesso e qualidade dos serviços prestados pelo SUS no lugar em que eram atendidos.

Em outra pesquisa realizada em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro, que teve o índice de morte materna mais elevado no ano de 2016, situada em uma área periférica da cidade, o qual se baseou em 15 (quinze) entrevistas semiestruturadas entre

gestoras e profissionais das áreas de Serviço Social, enfermagem e medicina, buscando-se relacionar a violência obstétrica e o viés racial. A partir das percepções das gestoras, a pesquisa concluiu que nos sentidos atribuídos à diversidade e à particularidade das mulheres, evidencia-se apenas o viés socioeconômico, de modo que o caráter racial não se relaciona a tais aspectos. Contudo, considerando-se a interseccionalidade, é possível compreender o viés racial: ao se referirem à aparência das usuárias, qual seria favorável? Quais mulheres seriam menos instruídas? Qual cor/raça das usuárias de pouca idade que chegam em processo de abortamento ou trabalho de parto? Qual cor/raça das mulheres de classe média, universitárias, fisioterapeutas e professoras atendidas na maternidade? (SANTOS, 2021)

Diante disso, conclui que é urgente a necessidade de incorporar e efetivar ações como a Política Nacional de Saúde Pública Integral da População Negra, que é resultado da luta política das mulheres negras. Esta política pública fornece subsídios para tal incorporação, porém, a efetivação desta política pública em todas as instâncias do SUS encontra barreiras no racismo estrutural, necessitando-se de estratégias que garantam a integração das pessoas negras nos serviços de saúde. Assim, no que se refere ao período gravídico puerperal, sugere a articulação entre a educação permanente em saúde e saúde das mulheres negras, materializando-se, assim, os princípios fundamentais do SUS, como a integralidade e intersetorialidade. Ademais, se necessita de investimento na gestão e execução da assistência obstétrica baseada em evidências, a fim de que os profissionais e gestores repensem suas ações para melhorar o cuidado de saúde, tornando-se eficaz a experiências das mulheres negras, em uma perspectiva de justiça reprodutiva. Outrossim, em um contexto de participação comunitária, não se pode desconsiderar a participação das mulheres negras (SANTOS, 2021).

Portanto, evidencia-se que já existe no Brasil uma política de ação afirmativa de promoção da saúde da população negra, que, dentre as medidas, se incluem a melhoria na assistência obstétrica a essas pessoas, mas que, contudo, necessita de maior efetividade. Isso se explica, pois a portaria que institui a Política Nacional de Saúde da População Negra foi estabelecida em 2009, porém, após isto, os usuários consideram que ainda ocorre racismo no atendimento de pessoas negras nos serviços de saúde, bem como desconhecem a criação desta política e ainda avaliam que esta política é importante, mas que pode aumentar a discriminação, conforme a pesquisa realizada em Juiz de Fora/MG.

Ademais, em relação à assistência obstétrica, após a criação da política pública o fator “raça/etnia” não é percebido pelos profissionais e gestores de saúde, mesmo em se tratando de

uma maternidade em que houve o maior índice de mortalidade materna em 2016 no Rio de Janeiro, o que demonstra maior necessidade de efetivação da política pública e integração do fator racial nos serviços do SUS.

Diante disso, tornam-se relevantes as reflexões de Carla Akotirene (2019, p. 35):

No campo jurídico, podemos identificar a exclusão racial por critério de gênero promovida pelo universalismo das políticas públicas relacionadas, o fato das mulheres e meninas negras estarem situadas em pelo menos dois grupos subordinados que, frequentemente, perseguem agendas contraditórias, dando a impressão de que todas as violências policiais dilatadas para o sistema penal são contra homens negros. Todas as violências domésticas dilatadas para o encarceramento feminino ou feminicídios são impostas às mulheres brancas.

Assim, verifica-se que no Brasil, as políticas públicas se tornam ineficazes às mulheres negras vítimas de violência obstétrica, pois não há uma abordagem interseccional na sua formulação, havendo uma política para a população negra e outras políticas para a humanização do parto e do nascimento, todas carecendo de efetividade para a promoção da equidade da assistência às mulheres negras.

Considerações Finais

Os direitos reprodutivos são garantidos a todas as pessoas infraconstitucional e constitucionalmente, por meio do livre planejamento familiar. Dentre estes direitos, está o de saúde reprodutiva, que também encontra respaldo no direito fundamental à saúde. Logo, há igualdade formal na garantia destes direitos.

Contudo, evidencia-se que ao se analisar a violência obstétrica sofrida pela mulher negra, esta acaba tendo seus direitos reprodutivos violados de forma mais grave, havendo altos índices de mortalidade materna da população negra por motivos que poderiam ser evitados; impossibilidade de acesso aos serviços de saúde (peregrinação); agressões verbais; abuso físico pela falta de anestesia em cirurgias; impedimento de entrada do acompanhante; e diversas formas de violência institucional, motivadas pela discriminação e racismo. Neste sentido, os marcadores sociais de raça/etnia e gênero se entrecruzam, causando a dupla vulnerabilidade da mulher negra nos serviços de saúde.

Deste modo, visando a redução das desigualdades no atendimento e a igualdade material, foram utilizadas as ações afirmativas como mecanismo de promoção da diversidade. Atualmente, o Brasil possui a Política Nacional de Saúde da População Negra, de 2009, que visa a saúde em geral e ainda a humanização de assistência obstétrica à mulher negra e políticas

de humanização da assistência, como a Rede Cegonha do SUS (2011) e o Capítulo 4, do Humaniza SUS.

Contudo, estas políticas não têm sido plenamente eficazes para o combate à violência obstétrica contra a mulher negra, pois pesquisas realizadas após a criação de dita política, demonstram a ocorrência de discriminação e racismo no atendimento obstétrico, tal como a pesquisa “Nascer no Brasil” (LEAL et al, 2017), bem como a desconsideração do quesito raça/etnia na percepção dos profissionais e gestores de saúde no atendimento obstétrico, como no artigo “Enfrentamento à violência obstétrica: contribuições do movimento de mulheres negras brasileiras” (SANTOS, 2021).

Assim, no atendimento obstétrico, torna-se necessária a abordagem interseccional e a integração das políticas públicas já existentes, de modo que considerem a dupla vulnerabilidade das mulheres negras gestantes, parturientes ou puérperas em processo de parturição nos serviços de saúde no Brasil, visando a humanização da assistência e, por conseguinte, a promoção da dignidade da pessoa humana destas mulheres.

Referências

AGUIAR, Janaína Marques de. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. 2010. 215 f. Tese (Doutorado em Ciências). – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

AÑON, Maira José. *Igualdad, Diferencias y Desigualdades*. México: Biblioteca de ética, filosofía del derecho y política, 2001.

AKOTIRENE, Carla. *Interseccionalidade*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019, coleção Feminismos Plurais, ISBN 978-85-98349-69-5.

BARROSO, Luis Roberto. *A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial*. 3ª impr. Belo Horizonte: Fórum, 2014.

BELTRÃO, Silvio Romero. *Direitos da Personalidade*. 2. ed. São Paulo. Atlas, 2014.

BITTAR, Carlos Alberto. *Os direitos da personalidade*. 8. ed. Rev. aum. e mod. por Eduardo C. B. Bittar. São Paulo: Saraiva, 2015.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei 878/2019*. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.

2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2192345>> Acesso em: 22. out. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 30. nov. 2020.

BRASIL. *Decreto nº 1973, de 1º de agosto de 1996*. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Brasília, DF, [1996a]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm>. Acesso em: 10. dez. 2020.

BRASIL. *Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002*. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. Brasília, DF, [2002]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm>. Acesso em: 11. jun. 2020.

BRASIL. Governo Federal. Parto do Princípio- Mulheres em Rede Pela Maternidade Ativa. *Violência obstétrica: "parirás com dor"*. Brasil, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2020.

BRASIL. *Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996*. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF, Presidência da República, 1996b [2014] [s.p.]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm>. Acesso em: 11. jun. 2020.

BRASIL. *Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010*. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm>. Acesso em: 09. jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 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 [2013]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 06. jun. 2020.

BRASIL. 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 do SUS*. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf>. Acesso em: 10. dez. 2020.

CANTALI, Fernanda Borghetti. *Direitos da personalidade: disponibilidade ativa, direitos da personalidade e dignidade humana*. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009.

CHEHUEN NETO, José Antônio et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 20, n. 6, pp. 1909-1916, jun/2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 30. maio 2021.

CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e recursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza (org.). *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas, SP: Unicamp, 2003.

CORRÊA, Sonia. PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, n. 1, p. 147-177, 1996, traduzido por Márcio Acselrad. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/1996.v6n1-2/147-177/pt/>>. Acesso em: 30. Nov. 2020.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 448-457, dez./2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 dez. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000400011>.

KALCKMANN, Suzana et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. *Saude soc.*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, Aug. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Dec. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, e00078816, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

[311X2017001305004&lng=en&nrm=iso](https://doi.org/10.1590/0102-311x00078816)>. Acesso em: 30 Nov. 2020. Epub July 24, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00078816>.

LIMA, Tatiane Michele Melo de. *Violência obstétrica: as disputas discursivas e a luta das mulheres*. Recife – PB, 2019. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019.

MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos Sexuais – uma análise comparativa com os Direitos reprodutivos. *SUR – Revista Internacional de Direitos Humanos*. a. 5, n. 8, p. 61-83, jun. 2008.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface*, Botucatu [online], 2012, vol.16, n.40, pp.107-120, Mar 06, 2012. ISSN 1414-3283. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>>. Acesso em: 11. out. 2020.

MORAES, Maria Celina Bodin de. A caminho de um Direito Civil Constitucional. *Revista Estado, Direito e Sociedade*, v. 1, 1991, Departamento de Ciências Jurídicas da PUC-Rio.

OLIVEIRA, José Sebastião de. *Fundamentos Constitucionais do Direito de Família*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

OLIVEIRA, Luaralica Gomes Souto Maior de; ALBUQUERQUE, Aline. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. *Revista CEJ*, Brasília, ano XXII, n. 75, p. 36-50, maio/ago. 2018. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-CEJ_n.75.03.pdf>. Acesso em: 11. jun. 2020.

SANTOS, Jussara Francisca de Assis dos. Enfrentamento à violência obstétrica: contribuições do movimento de mulheres negras brasileiras. *Revista em pauta*, n. 47, v. 19, p. 154-169, jan-jun./2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/rep.2021.56082>>. Acesso em: 03. jun. 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. In: Idem (org.). *Dimensões da Dignidade: ensaios de filosofia do direito constitucional*. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do advogado Editora, 2009, p. 15-43.

SCHEREIBER, Anderson. *Direitos da personalidade*. 3. ed. rev. atual. São Paulo: Atlas, 2014.

SILVA, Lucília Mendes de Oliveira e. Políticas Públicas contra a violência obstétrica no Brasil: o HumanizaSUS. In: *V SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS*, 2018, Londrina. Anais do V Simpósio Gênero e Políticas Públicas. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2018, p. 2-14. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/VSGPP-%20GT5-%20Lucilia%20Mendes_ANAIS.pdf>. Acesso em: 05.12.2020.

SZANIAWSKI, Elimar. *Direitos de Personalidade e sua Tutela*. 2. ed. São Paulo: Revistas dos Tribunais, 2005.

TEPEDINO, Gustavo. A Tutela da Personalidade no Ordenamento Civil-constitucional Brasileiro. In: Idem. *Temas de direito civil*. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.