

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MULHERES NEGRAS: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DE GÊNERO E DO RACISMO INSTITUCIONAL

OBSTETRIC VIOLENCE IN BLACK WOMEN: AN ANALYSIS UNDER THE GENDER AND INSTITUTIONAL RACISM PERSPECTIVE

Bibiana das Virgens de Castilhos¹

Resumo

A mortalidade materna é uma das consequências da violência obstétrica. No Brasil, as vítimas são majoritariamente mulheres negras e pardas. Dessa forma, através de abordagens documentais e bibliográficas, o artigo analisa a violência obstétrica sob a ótica do racismo institucional onde visa responder a seguinte questão: de que modo a violência obstétrica se faz presente na vida dessas mulheres? Parte-se da hipótese de que a violência obstétrica é uma violência de gênero, fortemente relacionada ao racismo institucional quando vitima mulheres racializadas. Desse modo, a partir do estabelecido no direito internacional, foram trabalhados os conceitos de direitos reprodutivos e saúde reprodutiva, assim como o conceito de violência contra a mulher, conforme dispôs a Convenção CEDAW e Convenção de Belém do Pará. Na sequência, sob o viés crítico-racial e de direitos humanos, a violência obstétrica é apresentada. A morte materna evitável evidencia a influência que o racismo institucional tem nos serviços de assistência à saúde reprodutiva, correlacionando-se com o pensamento de que existem maternidades vistas como inferiores, fazendo com que um grupo específico de mulheres esteja mais propício sofrer a violações de direitos humanos. O Caso Alyne Pimentel e a decisão do Comitê CEDAW sobre a morte materna evitável exemplifica esse pensamento, ao passo que foi reconhecido pelo próprio comitê a existência de múltiplas discriminações que levaram Alyne, mulher negra, gestante e moradora de periferia, à morte. Assim, a hipótese inicial revela-se verdadeira ao entender a partir do Caso Alyne que a violência obstétrica sofrida por mulheres racializadas deriva-se do racismo institucional.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Racismo institucional. O Caso Alyne Pimentel.

Abstract

Maternal mortality is one of the consequences of obstetric violence. In Brazil, the victims are mostly black and brown women. Thus, through documentary and bibliographic approaches, the article analyzes obstetric violence from the perspective of institutional racism, where it aims to answer the following question: how is obstetric violence present in the lives of these women? It starts from the hypothesis that obstetric violence is gender violence, strongly related to institutional racism when it victimizes racialized women. Thus, based on what is established in international law, the concepts of reproductive rights and reproductive health were worked on, as well as the concept of violence against women, as provided for in the

¹ Acadêmica do curso de Direito do Centro Universitário Ritter dos Reis - UniRitter. E-mail: bibianacastilhos1803@gmail.com. Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Direito do Centro Universitário Ritter dos Reis - UniRitter. 2022. Orientadora: Prof^a. Carmen Hein de Campos, Doutora em Ciências Criminais.

CEDAW Convention and the Belém do Pará Convention. In the sequence, under the critical-racial and human rights bias, obstetric violence is presented. Avoidable maternal death highlights the influence that institutional racism has on reproductive health care services, correlating with the thought that there are maternity hospitals seen as inferior, making a specific group of women more likely to suffer violations of rights. humans. The Alyne Pimentel Case and the CEDAW Committee's decision on preventable maternal death exemplifies this thought, while the committee itself recognized the existence of multiple discrimination that led Alyne, a black woman, pregnant and living in the periphery, to death. Thus, the initial hypothesis proves to be true when understanding from the Alyne Case that the obstetric violence suffered by racialized women derives from institutional racism.

Keywords: Obstetric Violence. Institutional racism. The Alyne Pimentel Case.

Introdução

De acordo com o Relatório Anual Socioeconômico da Mulher, no ano de 2020 o índice de mortalidade materna entre mulheres pretas e pardas foi 54,3% e 11,7%, em contraponto com mulheres brancas, cujo mesmo índice foi de 30,1% (RASEAM, 2021). A partir desses dados, mostrou-se necessário abordar a violência obstétrica por meio de uma visão crítico-racial, principalmente quando há o entendimento de que a morte materna evitável é tida como um dos seus possíveis e mais devastadores resultados (DINIZ et al., 2015).

Assim, com objetivo de buscar compreender a maneira como a violência obstétrica se faz presente na vida de mulheres negras, o Caso Alyne Pimentel foi escolhido para ser o paradigma dessa pesquisa, pois além do fato de Alyne se encaixar no perfil clássico daquelas que morrem de morte materna evitável no Brasil, foi também a primeira vez que a questão da mortalidade materna foi analisada por um órgão internacional de direitos humanos: o Comitê CEDAW.

A partir do Caso Alyne, a pesquisa foi desenvolvida sob a premissa inicial de que a violência obstétrica sofrida por mulheres negras está envolvida de outras violências, como a violência de gênero e o racismo institucional.

Para tanto, através de uma abordagem documental e bibliográfica, o artigo foi dividido em duas grandes partes: no primeiro momento, buscou-se compreender conceito de direitos reprodutivos e de saúde reprodutiva estabelecidos, principalmente, pela Conferência Mundial sobre Direitos Humanos de Viena em 1993, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994 e a IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995.

A Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) também foram trazidas nessa primeira parte, tendo em vista a relevância de ambas para a construção e desenvolvimento dos direitos das mulheres. Após isso, foram apresentadas as três principais leis federais existentes no Brasil – a lei 9.263/96 (lei do Planejamento Familiar), a lei 11.108/05 (lei do acompanhante) e a lei nº 11.634/07 (lei sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência pelo Sistema Único de Saúde) - criadas após as conferências de direitos

humanos dos anos 1990 e também após os tratados internacionais aqui já citados e que trazem disposições referentes à proteção direitos reprodutivos e o acesso aos serviços de saúde reprodutiva, mostrando-se relevantes para abordagem da violência obstétrica.

A segunda parte do estudo é dedicada à violência obstétrica, buscando entender o que de fato ela é a partir da perspectiva de gênero. O Caso Alyne e decisão Cedaw vêm para elucidar o modo como a violência obstétrica se relaciona com a maternidade e com os corpos de mulheres pretas e pardas, como também com a mortalidade materna que às atinge.

Por fim, a questão do racismo institucional observado pelo Comitê Cedaw em sua decisão sobre o Caso Alyne é trazida, junto com o conceito de hierarquias reprodutivas, desenvolvido por Laura Davis Mattar e Carmen Simone Grillo Diniz (2012) que concluíram, a partir desse pensamento, que maternidades negras, como a exercida por Alyne, ocupam o degrau mais baixo desses sistemas de hierarquias, colaborando para o entendimento da violência obstétrica enquanto consequência da atuação de diversas discriminações institucionalizadas, especialmente àquelas referentes a perspectiva da raça.

2 DIREITOS REPRODUTIVOS COMO DIREITOS HUMANOS: A IMPORTÂNCIA DAS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS DA DÉCADA 1990

O acesso aos serviços de saúde de qualidade possui influência direta na qualidade de vida das mulheres, podendo a sua falta resultar em graves violações no âmbito da saúde reprodutiva, como a violência obstétrica e a morte materna evitável (ASSIS, 2018). De acordo com Carmen Hein de Campos (2009, p.50): “a ausência de um acesso seguro a serviços de saúde de qualidade torna a saúde reprodutiva das mulheres vulnerável à morte ou suscetível a danos durante o parto [...]”.

Quando falamos em saúde reprodutiva estamos falando necessariamente em direitos reprodutivos. De acordo com Miriam Ventura (2009, p. 19):

Os Direitos Reprodutivos são constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana. É, portanto, o direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza.

Desse modo, parte-se para a contextualização de como os direitos reprodutivos da mulher passaram a ser compreendidos enquanto direitos humanos na esfera do direito internacional, a partir das conferências internacionais de Viena, Cairo e Pequim que aconteceram na década de 1990.

A Conferência Mundial de Direitos Humanos de 1993, realizada em Viena, assim como a sua Declaração e Plano de Ação, serviram de base para as conferências que surgiram nos anos seguintes, pois trouxe aos debates a perspectiva de gênero, entendendo os direitos das mulheres e das meninas como sendo intrínsecos aos direitos humanos universais (BARSTED, 2011). Um ano após a Conferência de Viena, acontecia a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo (CIPD) em 1994, responsável por apresentar pela primeira vez ao cenário internacional compreensões acerca dos direitos

reprodutivos das mulheres e sua relevância quanto a ocupar o panorama global de proteção aos direitos humanos. Para isso, a conferência utilizou o conceito de saúde reprodutiva.

De acordo com a CIPD, a saúde reprodutiva é compreendida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos”. Desse modo, através do seu programa de ação, pode a CIPD determinar o que compreendia como direitos reprodutivos:

Parágrafo 7.3: Os direitos reprodutivos abarcam certo conjunto de direitos humanos reconhecidos pelas leis nacionais, tratados internacionais e documentos internacionais de direitos humanos. Esses direitos repousam no reconhecimento básico de todos os casais e pessoas de decidir livre e responsabilmente o número, o espaçamento e o momento de ter filhos e de obter a informação e os meios para realizá-lo, bem como o direito de atingir o mais alto padrão de saúde reprodutiva. Isto inclui o direito de tomar todas as decisões relativas à reprodução livre de discriminação, coerção e violência, expressos nos documentos de direitos humanos.

Para Denise Almeida de Andrade (2016, p. 54), foi a CIPD do Cairo que demonstrou, de maneira derradeira “[...] a relação dos Direitos Reprodutivos com direitos humanos na ordem jurídica internacional para se garantir o comprometimento dos Estados na busca por seu efetivo exercício”.

Em 1995, foi realizada a IV Conferência Internacional da Mulher em Pequim, que ratificou os entendimentos trazidos pela CIPD do Cairo em 1994 e da Conferência Mundial de Direitos Humanos de Viena de 1993. No parágrafo 94 de seu programa de ação, a Conferência de Pequim traz o conceito de direitos humanos das mulheres, que incluem também a proteção à saúde reprodutiva.

Os direitos humanos da mulher incluem seu direito a ter controle sobre aspectos relativos à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente a respeito dessas questões, sem estar sujeita à coerção, discriminação ou violência.

Ditas conferências foram importantes principalmente por tratarem de temas referentes à saúde sexual e reprodutiva ao reconhecerem os direitos humanos da mulher dentro dessa esfera, afirmando a necessidade de fomento ao empoderamento feminino para promoção de tais direitos (BARSTED, 2011).

O espaço de relevância ocupado pelas conferências internacionais dos anos 1990 revelou-se importante para o estudo da violência obstétrica enquanto violência reprodutiva, o que será abordado por este estudo em momento oportuno.

Todavia, elas não foram os únicos fenômenos do direito internacional a terem relevância sobre questões pertinentes aos direitos das mulheres, ao passo que o Brasil também é signatário de duas importantes convenções internacionais de direitos humanos, a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecida como “Convenção de Belém do Pará”. Ambas se voltam exclusivamente à luta contra a discriminação e violência de gênero e serão apresentadas no capítulo a seguir.

2.1 A CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER E CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, conhecida também como CEDAW – sigla em inglês, de 1979, foi o primeiro tratado internacional a dispor sobre os direitos humanos das mulheres. A CEDAW vincula estados-partes a tomarem ações que visem à eliminação de todas as formas de discriminação contra mulher e a promoção da igualdade de gênero, atribuindo também aos seus membros, por meio do seu artigo 12, o dever de criar medidas voltadas a eliminação da discriminação da mulher no ambiente da saúde e no acesso adequado aos serviços médicos.

Artigo 12 – Os Estados-Partes 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.

Através desse artigo, o Comitê CEDAW, criado para analisar os avanços dos estados-membros na adoção de medidas de eliminação à discriminação e desigualdade de gênero, redigiu a Recomendação Geral nº 24, onde entendeu que a recusa do Estado em prestar serviços de saúde reprodutiva para mulher é considerado ato discriminatório e atribui aos seus estados membros a obrigação de garantirem as mulheres serviços seguros de obstetrícia de emergência e de maternidade². Destacou também a importância do direito da mulher de consentir com a realização de tratamentos de saúde e sobre o seu direito ser informada sobre todas as possibilidades disponíveis de tratamento, incluindo os seus riscos e benefícios.

Artigo 20 - As mulheres têm o direito a estar totalmente informadas, por pessoal devidamente capacitado, das suas opções ao tratamento ou investigação, incluindo os possíveis benefícios e efeitos potencialmente adversos dos procedimentos propostos e alternativas disponíveis.

Para Silvia Pimentel (2008), a Recomendação Geral nº 24 atualizou e complementou o artigo 12 da Convenção CEDAW ao complementá-lo com os conceitos de saúde reprodutiva e direitos reprodutivos desenvolvidos nas conferências do Cairo de 1994 e de Pequim em 1995.

Outra convenção de direitos humanos que se destaca no cenário internacional é a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Conhecida como Convenção de Belém de Pará, ela exerceu grande influência nos desdobramentos das conferências do Cairo e Pequim, pois de acordo com Flávia Piovesan (s/d, p. 11 apud ANDRADE, 2017, p. 131):

[...] o Plano de Ação da Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo, de 1994, e a Declaração e Plataforma de Ação de Pequim, de 1995, foram melhoramentos da Convenção de Belém do Pará, de caráter não vinculante, mas de extrema importância para a interpretação da Convenção.

Destarte, Convenção de Belém do Pará é vista como um dos principais tratados internacionais do Sistema Interamericano de Direitos Humanos se destacando enquanto um

² 27. Os Estados Partes devem incluir nos seus relatórios em que medida eles prestam serviços gratuitos necessários para garantir gravidezes, partos e períodos de pós-parto seguros para as mulheres. Muitas mulheres correm perigo de morte ou de incapacidade de causas relacionadas com a gravidez quando não têm fundos para obter ou aceder aos serviços necessários, os quais incluem os serviços pré-natal, maternidade e pós-natal. O Comitê nota que é uma obrigação para os Estados Partes garantirem o direito da mulher a serviços de maternidade e de emergência de obstetrícia.

dos principais documentos de direitos humanos ao ter estabelecido logo em seu artigo 1º a violência contra a mulher como uma questão de gênero.

Artigo 1 - Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.

De acordo Flávia Piovesan (2012) a Convenção de Belém do Pará foi o primeiro tratado internacional a reconhecer a violência contra a mulher como uma violência de gênero. Nesse mesmo sentido, complementam Cinthia de Cassia Catoia, Fabiana Cristina Severi e Inara Flora Cipriano Firmino (p. 1, 2020):

A Convenção de Belém do Pará constitui-se como um dos principais tratados do Sistema Interamericano de Direitos Humanos relativos aos direitos humanos das mulheres, sobretudo porque trouxe um aporte jurídico-conceitual importante para a abordagem da violência contra as mulheres em uma perspectiva de gênero.

A preocupação sobre a saúde reprodutiva demonstrada pelas conferências internacionais dos anos 1990 trouxe ao Brasil importantes legislações infraconstitucionais destinadas aos direitos à saúde reprodutiva e materna como também aos direitos da gestante e da parturiente. A Convenção CEDAW também se fez importante nesse mesmo aspecto, haja vista a sua Recomendação Geral nº 24 e os entendimentos que lá saíram relacionados à disponibilização de uma a saúde reprodutiva de qualidade às cidadãs dos estados signatários da referida convenção. No entanto, não é possível ignorar que o entendimento trazido pela Convenção de Belém do Pará da violência contra a mulher como uma questão de gênero, auxilia para o entendimento da violência obstétrica enquanto uma violência oriunda desse mesmo sentido, ao passo de que também se trata de uma violência contra a mulher.

2.2 AS GARANTIAS LEGAIS DA MULHER BRASILEIRA QUANTO À PROTEÇÃO DOS SEUS DIREITOS REPRODUTIVOS: LEIS Nº 9.263/96, 11.108/05 E 11.634/07

É necessário lembrar que o Brasil estabeleceu o direito à saúde como direito fundamental, conforme observado no artigo 6º na Constituição Federal de 1988. De acordo Márcia Barbieri, Rosa Aurea Quintella Fernandes e Nádia Zanon Narchi (2013), a constituição brasileira, ao inserir o direito à saúde no rol dos direitos fundamentais, instituiu também ao Estado o dever de garantir às mulheres acesso aos serviços de saúde de qualidade. Todavia, mesmo o Brasil compreendendo constitucionalmente a importância do direito à saúde como direito universal, somente após as realizações das conferências e convenções citadas no capítulo anterior que é que foi elaborado no país legislações infraconstitucionais sobre direitos reprodutivos.

Para Emanuelle Goés (2022), a violência obstétrica é a uma violência legitimada pela sociedade e que se faz presente nas práticas de cuidado na atenção ao pré-natal, parto, aborto e puerpério. A partir desse pensamento é possível compreender a importância que a lei nº 9.263/96, conhecida Lei do Planejamento Familiar, tem para o estudo da violência obstétrica. A lei foi responsável por vincular o Estado por meio do seu Sistema Único de Saúde (SUS) o dever de assistir à saúde materna e reprodutiva das mulheres, conforme bem dispôs o parágrafo único do seu artigo 3º:

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em

todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras: I - a assistência à concepção e contracepção; II - o atendimento pré-natal; III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis; V - o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis.

No mesmo sentido do que definiu Góes (2022) acerca do contexto em que a violência obstétrica se faz presente na vida das mulheres, também se fazem relevantes as leis 11.108/05 e 11.634/07, pois instituem, respectivamente, no âmbito do SUS, o direito da mulher a um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e do pós-parto, e o direito da mulher ao conhecimento e vinculação prévia acerca maternidade em que receberá assistência médica durante a gestação, intercorrendo os períodos do pré-natal, parto e puerpério.

Para Vera de Oliveira Nunes Figueiredo e Sônia Lansky (2014), a busca de gestantes por vagas em hospitais em decorrência do trabalho de parto ou por problemas durante a gravidez pode vir a ser um dos fatores determinantes para os fenômenos da mortalidade materna, fetal e infantil evitáveis, tornando a lei 11.634/07 uma medida essencial para contrapor esse triste cenário. Nesse mesmo aspecto, a lei 11.108/05 também se faz relevante, pois de acordo com Tomasi et al., (2021) a presença de um acompanhante durante o período gravídico-puerperal contribui para redução da mortalidade materna e infantil, além de trazer a mulher conforto e segurança durante esse período.

No capítulo a seguir, o estudo se aprofundará no conceito de violência obstétrica, bem como nas múltiplas situações em que ela se configura quando as mulheres gestantes, parturientes e puérperas tem seus direitos violados, mesmo tendo alguns desses direitos estabelecidos formalmente nas legislações aqui abordadas.

3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENQUANTO VIOLAÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS DA MULHER

Expressões como “violência de gênero no parto”, “violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto” e “violência institucional de gênero no parto e aborto” já foram utilizadas para designar o fenômeno da violência obstétrica (TESSER et al., 2015). Desse modo, para adentrarmos nas digressões acerca da violência obstétrica, é necessário entender o que é violência de gênero.

De acordo com a Recomendação Geral nº 19 do Comitê CEDAW (ONU, 1992), a violência de gênero pode ser compreendida como “manifestações de violência dirigidas contra as mulheres enquanto mulheres ou que afetam desproporcionalmente as mulheres.” Ainda, segundo o comitê, as manifestações incluem “atos que infligem danos ou sofrimento físico, mental ou sexual, ameaças de tais atos, coerção e outras formas de limitação da liberdade” (ONU, 1992).

Vale ressaltar que o Comitê CEDAW por meio da Recomendação Geral nº 28 enfatizou que os estados-partes possuem o dever de condenar todas as formas de discriminação contra a mulher, indo para além daquelas suscitadas pela Convenção em seu

artigo segundo³ (ONU, 2010). Conforme se verá ao longo desse estudo, tal entendimento do comitê acerca de múltiplas discriminações se refletirá no seu julgamento do caso Alyne Teixeira da Silva Pimentel, vítima de morte materna evitável, cujo falecimento se deu em decorrência de discriminações ligadas ao gênero e à raça.

Assim, retornando ao contexto de direitos e saúde reprodutiva, é possível afirmar que a violência obstétrica é, sobretudo, uma forma de violência de gênero, infringida contra as mulheres por meio de intervenções institucionais abusivas ou indevidas, voltadas ao corpo e ao processo seu reprodutivo (MARIANI; NETO, 2016).

Outra maneira de compreender o que seria a violência obstétrica é através do conceito trazido pelas autoras Fabiana D'almas Rocha Paes e Alessandra Caligiuri Calabresi Pinto (2020, p. 165), que dizem:

Entende-se por violência obstétrica toda ação ou omissão direcionada à mulher durante o pré-natal, parto ou puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, praticada sem o seu consentimento explícito, ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, e aos seus sentimentos e preferências. A expressão engloba condutas praticadas por todos os prestadores de serviço da área de saúde, não apenas os médicos.

De maneira consubstancial, práticas de episiotomia, cesárias eletivas, toques e exames não comunicados à mulher durante o processo gravídico-puerperal e também negligências, inclusive dentro de um contexto de abortamento, são consideradas maneiras de violência obstétrica (TESSER et al., 2015). A morte materna evitável também pode ser considerada violência obstétrica (DINIZ et al., 2015).

Com o objetivo de demonstrar de maneira fática situações em que a violência obstétrica se faz presente, relacionando aos direitos por ela violados, os autores Tesser et al., (2015) elaboraram o quadro abaixo, onde dividem a violência obstétrica em categorias.

Quadro 1 - Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde

Categoria	Direito Correspondente	Situações Correspondentes
------------------	-------------------------------	----------------------------------

³ Artigo 2º da Convenção Sobre A Eliminação De Todas As Formas De Discriminação Contra A Mulher: “Os Estados-Partes condenam a discriminação contra a mulher em todas as suas formas, concordam em seguir, por todos os meios apropriados e sem dilações, uma política destinada a eliminar a discriminação contra a mulher, e com tal objetivo se comprometem a: a) consagrar, se ainda não o tiverem feito, em suas constituições nacionais ou em outra legislação apropriada, o princípio da igualdade do homem e da mulher e assegurar por lei outros meios apropriados à realização prática desse princípio; b) adotar medidas adequadas, legislativas e de outro caráter, com as sanções cabíveis e que proíbam toda discriminação contra a mulher; 3 c) estabelecer a proteção jurídica dos direitos da mulher numa base de igualdade com os do homem e garantir, por meio dos tribunais nacionais competentes e de outras instituições públicas, a proteção efetiva da mulher contra todo ato de discriminação; d) abster-se de incorrer em todo ato ou a prática de discriminação contra a mulher e zelar para que as autoridades e instituições públicas atuem em conformidade com esta obrigação; e) tomar as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher praticada por qualquer pessoa, organização ou empresa; f) adotar todas as medidas adequadas, inclusive de caráter legislativo, para modificar ou derrogar leis, regulamentos, usos e práticas que constituam discriminação contra a mulher; g) derrogar todas as disposições penais nacionais que constituam discriminação contra a mulher”.

Abuso físico.	Direito a estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos.	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias. Imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente “já está sentindo dor mesmo”.
Imposição de intervenções não consentidas. Intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa, e respeito pelas escolhas e preferências, incluindo acompanhantes durante o atendimento de maternidade.	Mulheres que verbalmente e por escrito, não autorizam uma episiotomia, mas esta intervenção é feita à revelia da sua desautorização. Recusa à aceitação de planos de parto. Indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, “pós-datismo” na 40a semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para “prevenir danos sexuais”, etc.). Não informação dos danos potenciais de longo prazo dos modos de nascer (aumento de doenças crônicas nos nascidos, por exemplo).
Cuidado não confidencial ou privativo.	Confidencialidade e privacidade.	Maternidades mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem sequer um biombo separando os leitos, e ainda usam a falta de privacidade como justificativa para desrespeitar o direito a acompanhantes.
Cuidado indigno e abuso verbal.	Dignidade e respeito.	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda. Humilhações de caráter sexual, do tipo “quando você fez você achou bom, agora está aí chorando”
Discriminação baseada em certos atributos.	Igualdade, não discriminação, equidade da atenção.	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casadas, com gravidez planejadas, adultas, brancas, mais escolarizadas, de classe média, saudáveis, etc.) depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobres, não-escolarizadas, mais jovens, negras, e as que questionam ordens médicas)
Abandono, negligência ou recusa de assistência.	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde.	Estudos mostram o abandono, a negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, descompensadas ou demandantes, e nos casos de assistência ao aborto incompleto, frequentemente são deixadas por último, com riscos importantes à sua segurança física.
Detenção nos serviços.	Liberdade, autonomia.	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços

Fonte: TESSER et al., (2015)

A partir do Quadro 1, em atenção a Categoria “discriminação baseada em certos atributos”, Tesser et al., (2015) observam que a violência obstétrica age através de tratamentos diferenciados, privilegiando mulheres de atributos positivos, isto é, brancas, casadas, escolarizadas e de classe média, e depreciando as mulheres que possuem atributos

considerados negativos, como negras, jovens, pobres e com baixo nível de escolaridade. Isto nos coloca no fio central desse estudo: a violência obstétrica em mulheres negras.

A questão dos atributos positivos e negativos também é trabalhada por Mattar e Diniz (2012) que entendem que tais atributos constituem as chamadas “hierarquias reprodutivas”. Conforme as autoras, quanto mais atributos positivos uma mulher tiver, mais valorizada será a sua maternidade, sua reprodução e o exercício dos seus direitos humanos (MATTAR; DINIZ, 2012). Para Mattar e Diniz (2012, p.8): “[...] existem maternidades [...] mais prestigiadas e respeitadas, enquanto outras podem ser consideradas ilegítimas, subalternas ou marginais, fonte de preconceito, discriminação e violação a direitos”.

Sob esse aspecto, Mattar e Diniz (2012) afirmam que mulheres negras fazem parte uma hierarquia reprodutiva desprivilegiada, sendo mais suscetíveis a sofrer violências no âmbito da reprodução e da maternidade em decorrência das suas condições raciais e também sociais. Desse modo, considerando o elemento racial trazido, o próximo capítulo irá trazer à discussão da violência sob a ótica do racismo institucional.

3.1 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O RACISMO INSTITUCIONAL

De acordo com o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI, 2006, p. 8), o racismo institucional é “o fracasso coletivo de uma organização em prover um serviço profissional e adequado às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica”. Nessa mesma linha de pensamento, para o autor Silvio Luiz de Almeida (2019) o racismo institucional pode ser compreendido como o resultado do funcionamento de instituições que atuam sob a perspectiva de vantagens e desvantagens através do estigma da raça.

No tange ao estudo da violência obstétrica, para Catoia, Severi e Firmino (2020, p. 8): “abordar a questão da saúde das mulheres de forma interseccional implica compreender também a centralidade do racismo e das diferentes discriminações na violação de direitos humanos das mulheres”. Sob tal prisma, entende-se que a discussão acerca da violência obstétrica atrelada à questão do racismo institucional revela-se fundamental para se compreender as dimensões sociorraciais das violações reprodutivas sofridas por mulheres negras (ASSIS, 2018).

Dessa forma, ao trazermos a perspectiva racial para o estudo da violência obstétrica, é imprescindível trazermos ao debate a questão da morte materna. Segundo Diniz et al., (2015) a morte materna pode ser considerada uma das possíveis consequências da violência obstétrica. De acordo com o Ministério da Saúde, a morte materna é qualquer morte que ocorre durante a gestação, parto ou até 42 dias após o parto (RASEAM, 2021). O Relatório Socioeconômico da Mulher aponta que 92% das mortes maternas são consideradas evitáveis e no ano de 2020 a mortalidade materna em mulheres brancas foi 30,1%, em mulheres pardas de 54,3% e 11,7% em mulheres pretas (RASEAM, 2021).

O Brasil foi o primeiro país a ser condenado por um órgão internacional de direitos humanos por morte materna evitável e, haja vista a taxa de mortalidade materna acima apresentada, não coincidentemente vítima desse caso concreto foi uma mulher negra.

3.2 O CASO ALYNE PIMENTEL

Alyne Teixeira da Silva Pimentel era uma jovem mulher, mãe, negra, moradora de Belford Roxo, um município pobre da região metropolitana do Rio de Janeiro. Em 11 de novembro de 2001, Alyne, grávida de seis meses, sofrendo de fortes náuseas e dores abdominais, procurou ajuda médica em uma clínica saúde particular vinculada ao SUS instalada. No primeiro momento, Alyne foi atendida por uma médica que a receitou somente cremes vaginais, remédios para náuseas e vitaminas. Devido à piora de seu estado de saúde, Alyne retornou à maternidade dois dias depois situação em que, atendida por outro médico, recebeu a notícia que o seu bebê não possuía mais batimentos cardíacos.

Tendo em vista o avançado estado da gravidez, Alyne teve que passar por um parto induzido e deu à luz a um bebê natimorto. Após 14 horas, Alyne foi submetida a uma cirurgia para retirar o que restou da placenta em seu corpo. No entanto, mesmo após a cirurgia, ela acabou sofrendo de hemorragia digestiva severa e os médicos decidiram transferi-la para o Hospital Geral, localizado no município de Nova Iguaçu – RJ. Contudo, não havia ambulância disponível naquele momento, o que fez com que Alyne tivesse que esperar várias horas para ser transferida. Após um período demasiado de espera, a transferência para o Hospital Geral foi feita, porém sem a disponibilização de sua ficha médica, sendo o seu estado de saúde comunicado à nova equipe hospitalar de maneira oral.

Ao chegar ao Hospital de Geral de Nova Iguaçu, o estado de saúde de Alyne era tão grave que ela sofreu uma parada cardíaca, tendo que ser ressuscitada pela equipe médica. Após isso, Alyne foi colocada no corredor para aguardar atendimento, haja vista que hospital alegou não ter leito disponível mesmo ela apresentando um estado de saúde extremamente delicado. Após a violação sistemática de direitos humanos a qual foi submetida, Alyne não resistiu e veio a falecer no dia 16 de novembro do ano 2001.

Inconformada com a morte e com as circunstâncias acerca do falecimento precoce de Alyne, a família ajuizou uma ação contra o estado brasileiro, pleiteando uma indenização por danos morais e materiais sofridos em virtude do acontecido. Após quatro anos sem resposta do poder judiciário, o caso chega às mãos do Comitê Cedaw em 2007 por meio da denúncia internacional realizada pelo *Center Reproductive Rights* (Centro por Direitos Reprodutivos) em conjunto com a ONG brasileira Advocacy - Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos.

Em 2011, o Comitê CEDAW reconheceu a morte de Alyne como morte materna evitável e atribuiu ao estado brasileiro a responsabilidade, visto que não foram garantidos à Alyne serviços de saúde obstétrica adequados. O Centro por Direitos Reprodutivos (2018) entende que a decisão do comitê sobre Caso Alyne Pimentel demonstrou de forma expressa a obrigação que os Estados signatários da Convenção CEDAW tem para com redução da mortalidade materna, o que inclui em sua essência a obrigação do fortalecimento dos direitos reprodutivos da mulher, além de ter demonstrado que as múltiplas discriminações, como as sofridas por Alyne tendo em vista a sua condição de mulher negra e de classe social desprivilegiada, tem o poder de afetar diretamente a qualidade de serviços de saúde materna e reprodutiva.

Quanto ao mérito da decisão, o Comitê CEDAW entendeu que o Brasil violou o disposto no artigo 1º da Convenção, em consonância com as recomendações gerais nº 24 e nº 28, que versam sobre o acesso à saúde e o acesso à justiça, tendo em vista a demora brasileira em dar seguimento jurídico ao processo ajuizado pela família. Além disso, o comitê entendeu

também violações feitas pelo Brasil nas obrigações dispostas no artigo 2º, alínea ‘c’⁴ e artigo 12⁵.

Sem mensurar valores, o Comitê reconheceu à família de Alyne a existência dos danos causados pelo Estado, devendo este garantir reparações a mãe e filha de Alyne, incluindo reparações financeiras. Por fim, em resposta as múltiplas violações coletivas que se mostraram evidentes no Caso Alyne, o Comitê CEDAW elaborou recomendações ao Estado brasileiro com intenção de reduzir a mortalidade materna e também melhorar o acesso aos serviços saúde materna e reprodutiva. Em suma, o Comitê determinou que o Brasil: a) proveesse meios de garantir uma assistência de saúde reprodutiva de qualidade a mulher, o que inclui serviços de emergência obstétrica; b) treinamento sobre saúde reprodutiva aos profissionais de saúde, bem como sanções àqueles que violem o direito à saúde reprodutiva da mulher; c) reduzisse a mortalidade materna por meio de implementações de políticas públicas específicas; d) obrigasse instituições de saúde pública e privada a seguir os padrões de saúde reprodutiva estabelecidos internacionalmente; e) garantisse meios para que mulheres que tenham a sua saúde reprodutiva acessem o poder judiciário, oferecendo também aos operadores do direito treinamento específico para lidar com tais situações.

Em que pese a decisão do Comitê CEDAW não utilize de maneira expressa o termo “violência obstétrica” para designar as violências sofridas por Alyne, é flagrantemente possível observar que o tratamento e o modo como os serviços de saúde reprodutiva foram disponibilizados à Alyne adequam-se nas categorias de violência obstétrica definidas por Tesser et al., (2015) apresentadas no Quadro 1, sobretudo nas categorias “abandono, negligência ou recusa de assistência” e “discriminação baseada em certos atributos”, estando essa última categoria extremamente relacionada ao pensamento de Mattar e Diniz (2012) acerca das hierarquias reprodutivas e modo como os atributos considerados negativos tendem a subalternizar maternidades, como a maternidade de mulheres negras, impedindo-as de vivenciar a maternidade em consonância plena com os seus direitos humanos. Nas palavras de Catoia, Severi e Firmino (p.9, 2020):

A decisão do Comitê CEDAW [...] é significativa no debate sobre violência institucional e racismo institucional, ao reconhecer que a morte materna evitável é uma violação do direito humano à saúde sexual e reprodutiva das mulheres e que a violência de gênero contra Alyne Pimentel resultou da discriminação interseccional (de raça, status, classe social e gênero) por ela.

Portanto, é possível compreender que o que aconteceu com Alyne trouxe à tona o modo como às violações institucionais se refletem nos serviços de saúde materna e

⁴ Artigo 2º, alínea ‘c’ da Convenção CEDAW: “Os Estados-Partes condenam a discriminação contra a mulher em todas as suas formas, concordam em seguir, por todos os meios apropriados e sem dilações, uma política destinada a eliminar a discriminação contra a mulher, e com tal objetivo se comprometem a: c) estabelecer a proteção jurídica dos direitos da mulher numa base de igualdade com os do homem e garantir, por meio dos tribunais nacionais competentes e de outras instituições públicas, a proteção efetiva da mulher contra todo ato de discriminação;”.

⁵ Artigo 12 da Convenção CEDAW: “1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em 6 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-Partes 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.”.

reprodutiva, tendo a decisão do Comitê CEDAW um papel importante para a discussão acerca desse triste cenário imposto às mulheres brasileiras, sobretudo às mulheres negras e pardas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica faz parte do espectro da violência de gênero. A violência de gênero tem o poder de alcançar todas as mulheres, sem distinção. O diferente está na intensidade em que ela é capaz de atingir determinados grupos de mulheres, conforme demonstrado na peregrinação vivida por Alyne Pimentel em busca de atendimento de saúde digno e que infelizmente lhe foi negado das mais diversas formas. Assim, entende-se que tal negativa a direitos expressamente estabelecidos na esfera internacional dos direitos humanos e também em leis brasileiras específicas, se dá como uma consequência de violências institucionais presentes no Brasil.

O índice de mortalidade materna apresentado não deixa mentir que as vítimas de violência obstétrica possuem um perfil bem delineado, o que faz a violência obstétrica em mulheres negras seja não só resultante das discriminações interseccionais oriundas de múltiplas violências já institucionalizadas, como age também a partir delas, principalmente do racismo institucional.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Silvio Luiz de. *Racismo Estrutural*. 1º Edição. São Paulo: Jandaíra, 2019.
- ANDRADE, Denise Almeida de. *Planejamento Familiar: igualdade de gênero e corresponsabilidade*. 1º Edição. São Paulo: Lumen Juris, 2017.
- ANDRADE, Evelyn Lima de. **Os Direitos Sexuais e Reprodutivos como Modo de Desconstrução da Cultura do Estupro**. *Gênero na Amazônia*, Belém, n. 7-12, jul./dez., 2017.
- ASSIS, Jussara Francisca de. **Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica**. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 133, p. 547-565, set./dez. 2018.
- BARBIERI, Márcia; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella (org); NARCHI, Nádia Zanon (org). *Enfermagem e Saúde da Mulher*. Barueri: Manole, 2013.
- CAMPOS, Carmen Hein de (org); OLIVEIRA, Guacira Cesar de (org). *Saúde Reprodutiva das Mulheres – direitos, políticas públicas e desafios*. Brasília: CFEMEA, 2009.
- BARSTED, Leila Linhares. *Autonomia econômica e empoderamento da mulher: textos acadêmicos*. – Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2011.
- 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. **Diário Oficial da União**. 15 de jan. 1996.

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

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. 28 de dez. 2007.

CATOIA, Cinthia de Cassia; SEVERI, Fabiana Cristina; FIRMINO, Inara Flora Cipriano. **Caso ‘Alyne Pimentel’: Violência de Gênero e Interseccionalidades**. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 28, n. 2, e60361, 2020.

CENTRO DE DIREITOS REPRODUTIVOS. Caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira (“Alyne”) v. Brasil. **Center for reproductives rights**, 2018. Disponível em: <https://reproductiverights.org/wpcontent/uploads/2018/08/LAC_Alyne_Factsheet_Portuguese_10-24-14_FINAL.pdf>. Acesso 20 de mai. de 2022.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “Convenção de Belém do Pará”**. 1994. Disponível em: <<http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm>>. Acesso em 31 de mar. de 2022.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015.

FIGUEIREDO, Vera de Oliveira Nunes; LANSKY, Sônia. **Acolhimento e Vinculação: diretrizes para acesso e qualidade do cuidado perinatal**. Caderno HumanizaSUS. Brasília - DF, 2014.

GOÉS, Emanuelle. Violência obstétrica no SUS: a urgência da abordagem interseccional para redução da mortalidade materna. **Casa Fluminense**, 11 de março de 2022. Disponível em <<https://casافلuminense.org.br/violencia-obstetrica-no-sus-a-urgencia-da-abordagem-interseccional-para-reducao-da-mortalidade-materna/>>. Acesso em 28 de mai. de 2022.

MARIANI, Adriana Cristiana; NETO, José Osório do Nascimento. **Violência Obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: Breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres**. Cad. Esc. Dir. Rel. Int.(Unibrasil)| Vol. 2, No 25, Jul/Dez 2016, P. 48-60.

MATTAR, Laura Davis. **Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais – uma análise comparativa com os direitos reprodutivos**. Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos, São Paulo, ano 5, n. 8, p. 60-82, jun. 2008.

MATTAR, L.D.; DINIZ, C.S.G. **Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.40, p.107-19, jan./mar. 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Recomendação Geral n. 19 (violência contra as mulheres)**. Comitê CEDAW, 1992.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Recomendação Geral n. 24 (as mulheres e a saúde)**. Comitê CEDAW, 1999.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Recomendação Geral n. 28 (*Proyecto de Recomendación general N° 28 relativa al artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*)**. Comitê CEDAW, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Cairo, 1994.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Declaração e Programa de Ação de Viena, Conferência Mundial sobre Direitos Humanos**. Viena, 1993.

ONU MULHERES. **Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher**. 1979. Disponível em < https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw1.pdf>. Acesso em 31 de mar. de 2022.

ONU MULHERES. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Pequim, 1995.

PAES, Fabiana D'almas Rocha; PINTO, Alessandra Caligiuri Calabresi (org). **Direitos das mulheres : igualdade, perspectivas e soluções**. 1º Edição. São Paulo: Almedina Brasil, 2020.

PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. 5ª Edição. São Paulo: Saraiva, 2012.

PIMENTEL, Silvia. **Experiências e Desafios: Comitê sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW/ONU) - relatório bienal de minha participação**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. 92p. (Série Documentos).

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

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher de 2020 (RASEAM)**. Brasil, 2021.

TESSER, C. D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H. F. de A.; DINIZ, S. G. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer**. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1–12, 2015.

TOMASI, Y. T; SARAIVA, S.S; BOING, A. C; DELZIOVO, C.R; WAGNER, K.J.P; BOING, A.F. **Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019**. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 30(1):e2020383, 2021.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3ª Edição. Brasília: UNFPA, 2009.

TRABALHO DE CURSO
PARECER DO(A) PROFESSOR(A) ORIENTADOR(A)NOME DO(A) ALUNO(A): BIBIANA DAS VIRGENS DE CASTILHOS

TÍTULO DEFINITIVO DO TC: _____

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MULHERES NEGRAS: UMA ANÁLISE SOB A
PERSPECTIVA DE GÊNERO E DO RACISMO INSTITUCIONAL**PROFESSOR(A) ORIENTADOR(A): CARMEN HEIN DE CAMPOS

Na condição de Professor(a) Orientador(a), em função da submissão do texto final do Trabalho de Curso de Direito identificado acima, da análise relativa ao desenvolvimento e aos resultados apresentados no âmbito do referido Trabalho, e em atenção às exigências acadêmico-científicas e institucionais aplicáveis à temática em questão,

MANIFESTO-ME:

pelo ENCAMINHAMENTO do Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido pelo(a) aluno(a) à arguição perante Banca Examinadora de TC, ressalvando que esta indicação não garante a aprovação do aluno pelos examinadores.

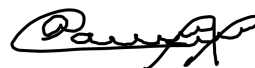


pelo NÃO ENCAMINHAMENTO do Trabalho de Curso apresentado (O parecer do orientador pelo não encaminhamento, não obsta que o aluno submeta o trabalho à Banca Examinadora).

OBSERVAÇÕES

COMPLEMENTARES: _____

Data: _____



PROFESSOR(A) ORIENTADOR(A)