

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
FACULDADE DE DIREITO**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
DEBATENDO A DESUMANIZAÇÃO DAS MULHERES NO PARTO DOS DIREITOS**

YASMIN LEMGRUBER VENANCIO

**Rio de Janeiro
2020 / PLE 2020.1**

YASMIN LEMGRUBER VENANCIO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
DEBATENDO A DESUMANIZAÇÃO DAS MULHERES NO PARTO DOS DIREITOS**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação da Professora Dra. Júlia Ávila Franzoni.

**Rio de Janeiro
2020 / PLE 2020.1**

CIP - Catalogação na Publicação

VV448v Venancio, Yasmin Lemgruber
Violência obstétrica: debatendo a desumanização
das mulheres no parto dos direitos / Yasmin
Lemgruber Venancio. -- Rio de Janeiro, 2020.
93 f.

Orientadora: Julia Ávila Franzoni.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade
Nacional de Direito, Bacharel em Direito, 2020.

1. Direito e Gênero. 2. Violência Obstétrica.
3. Direitos Humanos. 4. Violência de Gênero. I.
Franzoni, Julia Ávila, orient. II. Título.

YASMIN LEMGRUBER VENANCIO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
DEBATENDO A DESUMANIZAÇÃO DAS MULHERES NO PARTO DOS DIREITOS**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação da Professora Dra. Júlia Ávila Franzoni.

Data da Aprovação: __ / __ / ____.

Banca Examinadora:

Orientador

Membro da Banca

Membro da Banca

**Rio de Janeiro
2020 / PLE 2020.1**

À minha família e a todas as mulheres que formaram a mulher que sou hoje.

AGRADECIMENTOS

Meu primeiro agradecimento vai à pessoa que por muito tempo idealizei e resumi à figura de “mãe”, porém, com o passar do tempo a idealização caiu por terra e a figura que veio em seu lugar foi a de Lucianne, uma mãe incrível, mas muito mais que isso, uma mulher com seus sonhos e sua história, que sempre me incentivou a buscar minha independência e batalhar por sonhos meus. Embora tenha muitos conflitos com essa figura não idealizada, eles nunca superarão o amor que sinto, sou extremamente grata por tê-la me guiando. Como eu digo desde criança: mãe, te amo do tamanho de todos os mundos e do universo.

Agradeço também ao meu pai, que sempre se dedicou para que as filhas pudessem ter os meios que alcançar seus objetivos, quaisquer que fossem esses, e que sempre me incentivou nos estudos, mesmo quando eu me saía mal nas temidas disciplinas exatas. Sou grata à minha irmã, que, entre tapas e beijos, sempre será minha “mana”.

Também devo agradecer às minhas avós e ao meu avô. Ao Stellio, que é o maior avô que uma neta poderia querer, que sempre me apoiou e sempre foi meu fã número um em qualquer projeto ao qual eu me dedicasse, dono de um coração enorme e de uma tranquilidade invejável. À Naila, uma avó excepcionalmente amorosa, fonte inesgotável de carinho, uma imensa fonte de inspiração, certamente uma das mulheres mais incríveis que tenho o privilégio de conhecer. E à Telma, que me ensinou que mulheres devem ocupar os espaços acadêmicos.

Outras duas mulheres maravilhosas a quem devo infinitos agradecimentos são minha tia, Anna Paula, e minha prima, Luísa. Minha tia, uma segunda mãe para mim, sempre me incentivou a buscar meus sonhos, me dando todo o apoio e me passando confiança, é também minha inspiração para levar a vida de forma mais leve e para me dedicar aos meus objetivos. Luísa é minha segunda irmã, por quem eu tenho um amor inesgotável, e a quem eu sempre quis copiar, é a responsável por meu hábito de leitura que tanto contribuiu para minha vida, pessoal e acadêmica; e graças a ela eu me tornei tia do Francisco, um rapazinho que, mesmo tão pequeno, me enche de alegria, a quem eu agradeço por, desde a barriga, ter iluminado minha vida.

Agradeço também ao meu pequeno grande amor, Harry, que me deixou antes que eu concluísse a faculdade, mas quem eu sinto que está sempre ao meu lado, pois “aqueles que nos amam nunca nos deixam de verdade”. É por ele que eu sinto um amor que não pode ser expressado em palavras, é o responsável pelos melhores 13 anos e meio da minha vida.

Muitas outras pessoas incríveis merecem meus agradecimentos. Ruann, que sempre faz com que eu me sinta especial, e que sempre tem as palavras certas para me animar e me inspirar, sempre afastando minhas inseguranças. Meus amigos de colégio, com os quais eu tive a maravilhosa oportunidade de crescer, e que seguem ao meu lado me passando uma confiança ímpar, especialmente Mayara, minha amiga irmã, companheira de todas as horas, em quem eu sempre pude confiar de olhos fechados; Isadora, que me diverte com seu humor maravilhoso, e sempre levanta debates interessantes para aprendermos juntas, e quem nunca deixou que eu me sentisse sozinha; Matheus, meu amigo irmão, sempre disposto a colocar um sorriso no rosto de todos.

Meus amigos de faculdade também merecem muito reconhecimento por tornarem essa jornada mais interessante. Victor, meu amigo-irmão, companheiro de intercâmbio, com quem dividi experiências incríveis e quem me ensinou muito. Bernardo, Carolina e Natália, que sempre animaram os momentos estressantes e enriqueceram minhas experiências na UFRJ e fora dela.

Por fim, gostaria de agradecer às duas mulheres que tornaram o presente trabalho possível, Prof^a. Dr.^a Hanna Sonkajarvi, que me indicou os melhores caminhos para definir meu tema e iniciar minha pesquisa; e a Prof.^a Dr.^a Júlia Ávila Franzoni, quem me apresentou à teoria da reprodução social e ao trabalho de Donna Haraway, tão essenciais para a conclusão da minha monografia, e que sempre se colocou à disposição para sanar dúvidas.

Embora eu seja mãe, tenho muitos sonhos que são só meus e lembro-me de coisas da minha infância, de quando eu ainda era menina, depois uma mulher jovem, e não me esqueci de nada. Então por que pensamos em Mamãe como uma mãe desde o início?

Shin Kyung-Sook

RESUMO

O objetivo desse trabalho é estudar a forma como a desigualdade de gênero afeta a afirmação e o exercício de direitos, tendo como referencial a violência obstétrica, uma das facetas da violência de gênero, que impede que o parto seja um momento de exercício de direitos, e o transforma em um momento de vulnerabilidade e desumanização da mulher. O tabu que envolve o tema invisibiliza a vivência das mulheres vítimas dessa violência e dificulta a reparação judicial, por isso o Direito, que perpassa a integralidade da vida humana, deve participar da discussão desse tema e repensar sua função enquanto agente de mudanças sociais para atacar o problema da violência obstétrica, de modo a proteger os direitos humanos das mulheres por meio de respostas jurisdicionais satisfatórias. Com o presente trabalho foi possível perceber que a violência obstétrica constitui uma violação dos Direitos Humanos e que o Direito não tem respondido aos anseios feministas relativos ao tema de forma adequada, verifica-se, portanto, a necessidade de aproximar o Direito das questões sociais e a importância de se pensá-lo sob uma perspectiva de gênero de modo a tratar da questão de modo realista, sem a pretensão de fornecer soluções definitivas para um problema estrutural.

Palavras-chave: Direitos Humanos; Violência Obstétrica; Feminismo; Violência de Gênero.

ABSTRACT

The goal of this paper is to study the way in which gender inequality affects rights affirmation and enforcement through the study of obstetric violence, a manifestation of gender-based violence, which turns labor from a moment of exercising rights into a moment of vulnerability and dehumanization of women. The tabu around the topic invisibilizes the personal experiences of women victims to this type of violence and hinders judicial redress, that's why the Law, which traverses the entire human life, must take part in the discussion of this issue and rethink its role as agent of social changes in order to adress obstetric violence by protecting the human rights of women through satisfactory jurisdictional responses. With this paper it was possible to realize that obstetric violence is a violation of Human Rights and that the Law hasn't responded satisfactorily to the feminist expectations and needs regarding the issue. Therefore there's a need to bring the Law closer to social demands and to think it through a gender perspective in order to adress the issue in a realistic manner, without attempting to offer definitive solutions to a structural problem.

Keywords: Human Rights; Obstetric Violence; Feminism; Gender-Based Violence.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CEDAW	<i>Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women</i>
CFM	Conselho Federal de Medicina
CREMESC	Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina
DAW	<i>Division for the Advancement of Women</i>
DPESP	Defensoria Pública do Estado de São Paulo
DPPR	Defensoria Pública do Paraná
ECO-92	Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
INSTRAW	<i>International Research and Training Institute for the Advancement of Women</i>
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PL	Projeto de Lei
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIFEM	<i>United Nations Development Fund for Women</i>

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Relação de Países que ratificaram, assinaram e rejeitaram a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres.....65
- Figura 2 - Relação de Países que ratificaram, assinaram e rejeitaram o Protocolo Opcional à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres...66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Incidência de boas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto.

Brasil, 2011.....25

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Considerações iniciais.....	15
1.2	Sobre o trabalho.....	16
2	O CONTROLE DOS CORPOS FEMININOS.....	19
2.1	Violência obstétrica no Brasil.....	23
2.2	Maternidade compulsória e reprodução social.....	29
2.3	Violência obstétrica e o Direito.....	33
3	A CONSTRUÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	36
3.1	A medicalização e a lógica capitalista no parto.....	39
3.2	Construção do termo “violência obstétrica”.....	42
3.2.1	A concretização da violência obstétrica.....	45
3.3	O reflexo das desigualdades na violência obstétrica.....	47
3.3.1	Racismo e violência obstétrica.....	47
3.3.2	Diferenças entre o setor privado e o SUS.....	49
3.4	Violência obstétrica, parto humanizado e Direitos Humanos.....	51
4	EXCLUSÃO DAS MULHERES ENQUANTO SUJEITOS DE DIREITOS	
	HUMANOS.....	54
4.1	A importância de se falar em “direitos humanos das mulheres”.....	54
4.2	Direitos humanos das mulheres no plano internacional.....	55
4.3	Direitos humanos das mulheres e violência obstétrica no Brasil.....	68
4.4	O judiciário e a violência obstétrica.....	74
5	RECUPERAÇÕES.....	81
6	PARTOS DE DIREITOS.....	83

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações iniciais

Nascida em uma família majoritariamente feminina, vivo cercada de mulheres inspiradoras, e cresci com as questões de gênero muito presentes em minha vida. Na adolescência, ouvindo relatos de familiares, comecei a estranhar a forma natural como cada uma contava suas histórias de violência, e, a partir daí, comecei a questionar o lugar imposto à mulher na sociedade, a pensar de que forma eu poderia contribuir para que as violências de gênero não fossem mais naturalizadas, e a refletir sobre como traçar meu próprio caminho para evitar ser vítima dessas mesmas violências.

Embora eu me sinta honrada por integrar uma família de mulheres fortes, que enfrentaram diversas dificuldades de cabeça erguida, não posso deixar de pensar que esse conceito de mulher heroína é extremamente problemático. Nós não precisamos de heroísmo, ou de uma força sobrenatural, o que precisamos é que de fato exista igualdade, que de fato exista dignidade e humanidade no tratamento conferido à mulher.

Nesse contexto surgiu o tema do presente trabalho. A opressão de gênero se inicia ainda no nascimento, não ter o sonhado menino já é motivo de decepção para muitos pais; na infância as meninas são cobradas quase que exclusivamente para contribuírem nas tarefas domésticas, sendo consideradas prontas para casar caso realizem alguma tarefa muito bem; e na adolescência muitas vezes são desencorajadas de pensar em um grande futuro profissional para focarem em casamento e filhos. Essa desproporcionalidade nas cobranças sobre família e casa que atingem a mulher me fez questionar muito a maternidade, em especial a gestação e puerpério, fases em que a mulher não só se vê refém de comentários e prescrições de seu círculo social, mas também que fica vulnerável às ações dos profissionais de saúde.

Iniciei o trabalho sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Hanna Sonkajärvi, inicialmente com foco em estudar a evolução dos Direitos Humanos por meio de uma visão historiográfica *Deep History* defendida por Lynn Hunt, pesquisei sobre como os Direitos Humanos foram construídos com base em uma ótica exclusivamente masculina, apagando a mulher enquanto

sujeito de direitos. E, a partir desse ponto, dei início ao estudo da violência obstétrica como uma violação de Direitos Humanos, e como a construção da matéria com a exclusão a mulher afeta a forma com que esse problema é tratado pela sociedade.

Já sob orientação da Prof.^a Dr.^a Júlia Ávila Franzoni, fui introduzida à Teoria de Reprodução Social e ao trabalho da bióloga e filósofa Donna Haraway. Essas adições foram essenciais para aprofundar os estudos sobre a violência obstétrica como violência de gênero, esclarecendo sobre como a mulher é vista como um objeto reprodutor, e para solidificar o entendimento dos Direitos Humanos como voltados para o corpo masculino, com a análise de como o gênero influencia na aquisição e exercício de direitos. Com uma multiplicidade de fontes, não necessariamente acadêmicas, redirecionei meu trabalho para um foco mais reflexivo, me pautando em uma epistemologia feminista.

Os seminários, relatos, livros e artigos que consultei para elaborar esse trabalho me auxiliaram a ver o problema da violência obstétrica como um problema complexo, algo que não seria possível se focasse em fontes acadêmicas jurídicas. Dessa forma foi possível questionar o papel do Direito diante desse problema social, reconhecer as formas com as quais ele contribui para a perpetuação do problema, e repensar sua atuação de modo que ele possa atuar como agente de mudança.

1.2 Sobre o trabalho

A violência obstétrica é uma das formas pelas quais o corpo feminino é visto como objeto de controle. Por meio dela, a mulher tem sua autonomia retirada e seus direitos sexuais e reprodutivos violados. É um tópico silenciado, não abordado pela sociedade, mas é um problema mundial e de grande incidência no Brasil, e que possui suas raízes na opressão de gênero, por isso é imprescindível estudá-lo sob a ótica dos Direitos Humanos.

O presente trabalho busca analisar a violência obstétrica como um fenômeno complexo, que não admite um estudo apenas pela visão do Direito, por esse motivo foram utilizadas diversas fontes, jurídicas e não jurídicas, objetivando um tratamento do tema por meio de uma perspectiva feminista. Para compreender essa forma de violência, em um primeiro momento é

preciso analisar como ela se formou e defini-la satisfatoriamente, para depois explorá-la sob a ótica do Direito, pensando em como a atuação do mesmo pode ajudar a perpetuá-la ou combatê-la.

Para tal, o estudo se inicia na apresentação de histórias fictícias que ilustram a vivência de mulheres vítimas de violência obstétrica nos dias atuais, e analisa-se o panorama atual desta violência no Brasil, a forma como a sociedade busca regular os corpos das mulheres. Nesse tema faz-se necessária a apresentação da teoria da reprodução social, que auxilia no entendimento da violência de gênero e de suas causas, especialmente no âmbito da maternidade.

Também busca-se estudar como o desenvolvimento da medicina, unido à visão estatal das mulheres enquanto máquinas reprodutoras, nos levaram à situação que vivemos hoje de perda da autonomia e desumanização da mulher. Com essa análise, trabalha-se na conceituação da violência obstétrica, explorando a polêmica ao redor do termo, e verifica-se de que formas essa violência atinge diferentes grupos de mulheres de acordo com raça e classe.

Procura-se explorar o oposto da violência obstétrica, a ideia de parto humanizado, apresentando os principais movimentos de humanização do atendimento obstétrico no Brasil, e examino o parto humanizado como um direito humano. Assim desenvolve-se um preparo da base para a discussão da violência obstétrica como violação de Direitos Humanos, e do papel que o Direito tem dentro desse tema enquanto agente de mudanças sociais.

No estudo da violência obstétrica como violação de direitos humanos, faz-se necessário abordar a evolução dos chamados “direitos humanos das mulheres” em âmbito internacional, verificando a forma como o pensamento jurídico, sendo voltado à figura do homem, influencia na percepção da mulher enquanto sujeito de direitos, o que a deixa mais vulnerável à violência de gênero. Feito isso, analisa-se de que forma estas conquistas feministas internacionais influenciam o tratamento da violência obstétrica no Brasil e que mecanismos internos temos para atacá-la.

Importante também é a formação da análise do papel do poder judiciário no combate à violência obstétrica. Por meio dela, aborda-se a necessidade de abandonar-se a visão do

Direito como um elemento salvador, a ideia de um progresso linear e triunfal, para então tratar do problema de forma realista, pensando em quais ferramentas temos hoje para lidar com essa questão. As propostas que apresento ao final do trabalho são meramente exemplificativas, sinalizam a necessidade do Direito de se reinventar e repensar seu papel nas questões sociais relevantes.

2 O CONTROLE DOS CORPOS FEMININOS

S. sempre teve o desejo de ser mãe, não sabe se o mesmo surgiu de forma espontânea, ou se foi influenciada ao longo de sua infância e adolescência por sua família extremamente conservadora. Depois de muito planejamento, conseguiu engravidar e determinou que a melhor opção seria um parto vaginal. Verificou as maternidades e médicos aceitos pelo seu plano de saúde e contratou uma profissional doula a fim de acompanhá-la no processo.

De início, seu obstetra pareceu receptivo ao seu planejamento para o parto, dizendo que realizava muitos partos vaginais, mas, ao longo da gravidez, S. sentiu que o mesmo tentava a influenciar a optar pelo parto por cesariana. “A cesariana é mais rápida”, “você é muito pequena, pode não ter passagem”, “o bebê é muito grande”, foram alguns dos argumentos do médico. No final, S. não cedeu e insistiu pelo parto vaginal.

No início do trabalho de parto, entrou em contato com o obstetra e ligou para a doula, que foi até sua casa para a acompanhar até que o processo avançasse e fosse hora de ir ao hospital. Logo na chegada ao hospital, foram encontradas complicações. S. teve que escolher entre parir acompanhada do marido ou da doula. Ter os dois pontos de suporte psicológico ao seu lado não seria permitido. “Normas do hospital”, disseram.

Mesmo com o parto já em estágio avançado e indo contra seu planejamento de parto apresentado, assim que foi internada, administraram soro intravenoso com ocitocina, a fim de acelerar o processo. Como se não bastasse, foram negados comida e água a paciente, pois disseram que poderia atrapalhar o final do trabalho de parto. Tampouco, pôde parir de cócoras, posição em que se sentia mais confortável. S. foi obrigada a ficar em posição litotômica, sob o argumento de que esta facilitaria o trabalho do médico.

Exausta, já em período expulsivo, vivenciou a manobra de Kristeller. Uma enfermeira da equipe que a atendida subiu em um banquinho ao lado de sua maca e começou a pressionar a parte superior de seu útero, a fim de que o bebê nascesse mais rápido. E, apesar da evolução normal de seu parto, o obstetra realizou uma episiotomia, alegando que era procedimento padrão para facilitar a saída da criança, especialmente nos casos de primeira gravidez.

Finalmente, sua filha nasceu, mas pouco pôde vê-la. Ela foi tirada de seus braços para ser limpa pela equipe de enfermagem e passar por diversos exames, enquanto S. teve a incisão da sua episiotomia suturada. Durante a sutura, o enfermeiro que a atendia riu para o pai de primeira viagem, dizendo que ele não teria com o que se preocupar, pois sua esposa não ficaria “larga”, uma vez que ele daria o “ponto do marido”.

O., aos 25 anos, não sentia que era o momento ideal para engravidar, mas uma falha no método contraceptivo acabou resultando em uma gravidez não planejada. Mesmo preocupada com o sustento do filho, acabou gostando da ideia de ser mãe e passou a pensar que o acidente na verdade seria um plano divino. O namorado, ao saber da notícia, tentou convencê-la a abortar, e, diante de sua recusa, terminou o relacionamento, seguindo com sua vida, como se também não fosse responsável pela criança.

Já com 28 semanas de gravidez, O. sentiu-se mal, e, ao perceber que seu filho não se movimentava em sua barriga, foi, acompanhada de sua mãe ao hospital universitário mais próximo. Assim, foi encaminhada internamente para realizar uma ultrassonografia, mas durante todos os procedimentos, não lhe informaram nada. Os profissionais sequer a olhavam, e O. só descobriu o que havia acontecido quando o médico foi chamado, pois, ao ouvi-lo conversando com o enfermeiro da equipe, descobriu que seu filho estava morto.

Separada de sua mãe, foi encaminhada para a sala de pré parto e ouviu o médico informando ao enfermeiro que seria feita a indução do parto por meio de administração de ocitocina. O. protestou, pois não queria enfrentar todo o trabalho de parto para ter um filho morto. Ela sentia que isso apenas ampliaria o trauma que estava vivenciando e pediu por uma cesariana, mas não a ouviram: a indução foi realizada e a O. só restava aguardar.

Aguardou o momento expulsivo na mesma sala em que outras mulheres aguardavam o nascimento de seus filhos saudáveis, sem comer ou beber, pedindo pela companhia de sua mãe. Embora diversos profissionais fingissem que não a ouviam, uma enfermeira a perguntou se precisava de algo, e, além de providenciar água, discutiu com a equipe para que O. pudesse ser acompanhada por sua mãe pelas longas horas de espera até ver seu filho natimorto.

T., aos 35 anos, nunca quis ser mãe. Ela não sentia a necessidade de ter um filho para se sentir completa, porém, foram anos de pressão familiar para que engravidasse. Sem nunca ter tido o nome do pai no registro, viu os sacrifícios que sua mãe teve que fazer para criá-la, e não conseguia se enxergar fazendo nada parecido. Não via sentido na maternidade, tinha seus projetos profissionais que desejava concluir, prioritariamente e se sentia infeliz tendo que abrir mão de seus planos e, principalmente, de sua independência apenas para cumprir um papel que não sentia que era seu.

Seu marido, embora no início do relacionamento tenha concordado com a decisão de não ter filhos, mudou de ideia após alguns anos. Repetia, como um mantra, as indagações dos demais familiares: “Quem cuidará de nós quando ficarmos velhos?”, “Será que seremos uma família de verdade sem filhos?”, “Será que não nos arrependemos no futuro, quando não for mais possível voltar atrás?”, “Não seria egoísmo não ter uma criança para focar em projetos pessoais?” e “Não seria essa a função que devemos cumprir?”.

Após muita pressão, T. enfim cedeu. Realizou tratamento a fim de engravidar e obteve sucesso. De início quis um parto normal, sem muitas intervenções, para que a recuperação fosse tranquila para si, mas, já na reta final da gravidez, o obstetra a mostrou a ultrassonografia e falou “Está vendo? O bebê é muito grande, e apresenta circular de cordão, não é possível fazer um parto vaginal”.

T. já havia pesquisado que circular de cordão não era necessariamente impeditivo para parto normal e que seu filho não era muito maior do que a média das crianças, portanto, insistiu no assunto, mas sem sucesso. O obstetra iniciou uma sessão de culpabilização, dizendo que o profissional era ele, e que se ela insistisse em ir contra sua recomendação, a criança poderia morrer no parto e a culpa seria dela. Ainda, argumentou que ela deveria pensar na criança e não em si, pois “ser mãe é abrir mão, é colocar a criança antes de si”, se ela não estava disposta a ceder pelo bem de seu filho, não seria uma boa mãe. E assim a cesárea foi agendada.

Já na sala de cirurgia, tudo ocorreu conforme o planejado, sem complicações, mas pouco pôde ver seu filho. Mostraram-lhe rapidamente, parabenizaram o pai, e levaram o bebê para fora da sala de cirurgia. Logo, todos saíram, T. ficou apenas da companhia de

uma enfermeira que a limpava, tratando-a como mero pedaço de carne, e foram horas até que pudesse pegar seu filho no colo.

Ao recebê-lo nos braços, ele dormia, e T. foi informada que, mesmo sem seu consentimento, o bebê já recebera leite artificial. Com o tempo, o marido recebia as visitas que chegavam para conhecer o novo membro da família. Em nenhum momento O. foi consultada se estava em condições físicas ou emocionais de receber visitas. Para todos, parecia irrelevante.

Nas semanas seguintes, já em casa, o marido voltou a trabalhar e O. ficou sozinha cuidando da criança. Quando retornava, não preparava as refeições e pouco fazia suas funções de pai. Também, as tarefas domésticas ficaram todas sob responsabilidade de O. que, recém-operada e descobrindo o mundo da maternidade, contava apenas com o apoio de sua mãe.

H., aos 30 anos, desejava gerar um segundo bebê. Sua ótima experiência, quatro anos antes, com sua primeira filha, somada aos diversos questionamentos sobre quando teria mais uma criança, a fizeram planejar mais uma gravidez. Seu primeiro parto havia sido em uma casa de parto humanizado do SUS, e tudo havia ocorrido perfeitamente, por isso pretendia repetir a experiência.

A gravidez foi tranquila, tudo indicava que mais uma vez pariria de forma natural e humanizada, porém, ao entrar em trabalho de parto e ir para a casa de parto, não pôde ser atendida, vez que as limitadas vagas estavam cheias e eles não teriam estrutura para atendê-la. Dessa forma, foi encaminhada para o hospital público mais próximo. Chegando lá, os enfermeiros já não se mostravam atenciosos como na casa de parto, visivelmente incomodados com os gritos de H., a tratavam com frieza.

Foi encaminhada para uma sala de pré parto onde deveria aguardar a evolução do processo com outras 7 mulheres, separadas apenas por cortinas. Passou as 12 horas que se seguiram entre os seus gritos e os de outras mulheres, com apenas gelatina para comer e sem poder se movimentar livremente para lidar com a dor. Passou por diversos exames de toque como se fosse apenas um modelo para os residentes praticarem, e, em um deles, sem qualquer aviso, romperam sua bolsa.

Viu diversas mulheres terem seus filhos e parecia que seu momento nunca chegaria, quando finalmente chegou a fase final, o médico reclamou que o bebê não estava vindo e realizou a episiotomia sem esperar pelo consentimento da mãe. Finalmente, com seu bebê nos braços, H. sentiu-se feliz pela saúde da criança, mas extremamente humilhada pelo tratamento que recebeu, e acabou decidindo que um terceiro filho estaria fora de questão, pois não valeria a pena arriscar passar novamente por um parto traumático.

2.1 Violência obstétrica no Brasil

As histórias acima são fictícias, mas os fatos narrados são parte da realidade de 1 em 4 mulheres brasileiras que são vítimas de violência obstétrica, conforme dados da Fundação Perseu Abramo¹. Essa violência, invisível aos olhos da sociedade brasileira e menosprezada por boa parte da comunidade médica, é escancarada aos olhos do mundo ao vermos que o Brasil é um dos líderes no número de cesarianas, com um índice assustador de 57%² dos nascimentos, o que demonstra a dimensão do intervencionismo no corpo das mulheres.

Essa porcentagem, ainda que muito alta em comparação aos 15% recomendados pela OMS, só se mantém assim pelo SUS, que realiza 40% dos partos por meio da cesariana, pois na rede privada os números chegam a 84% dos nascimentos. Embora a cirurgia por si só não seja necessariamente uma forma de violência obstétrica, ela representa a medicalização do parto e a perda de autonomia da mulher.³

O índice de cesarianas pode se explicar por má prática de médicos que, seja por comodidade ou lucro, recomendam desnecessariamente o procedimento; por medo das mulheres de sofrerem violência no parto normal; ou por medo da dor do parto, que decorre

1 FUNDAÇÃO PERSEU ÁBRAMO. **Violência no parto: na hora de fazer não gritou**. 2013. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em: 16 set. 2020.

2 ONU. **UNICEF alerta para elevado número de cesarianas no Brasil**. 2017. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/76339-unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil>. Acesso em: 16 set. 2020.

3 Ibid.

não só do terrorismo feito por médicos, mas também da forma como o mesmo é tratado pela mídia como algo primitivo e sanguinolento.

Enquanto no Reino Unido é oferecido apoio psicológico, incluindo tratamento cognitivo-comportamental, quando a mulher se mostra inclinada a escolher a cesariana por medo do parto vaginal⁴, no Brasil até mesmo as mulheres que optaram pelo parto vaginal no início da gravidez acabam mudando para a cesariana, em muito por influência médica. A pesquisa Nascir no Brasil constatou que apenas 28% das mulheres tiveram a cesariana como preferência inicial, porém, ao final da gravidez houve um aumento de 31,5% para primíparas e 16,6% para múltiparas no setor privado, embora em ambos os casos tenha ocorrido uma leve queda no setor público⁵.

O alto número de cirurgias programadas, o que aumenta o risco de o bebê nascer prematuro devido à imprecisão da idade gestacional, fez com que o Conselho Federal de Medicina editasse a Resolução 2.144/2016⁶, permitindo o agendamento apenas a partir da 39ª semana de gestação, de modo a evitar problemas relacionados à prematuridade do bebê.

A pesquisa Nascir no Brasil, de extrema relevância para mostrar como o parto deixou de ser um fenômeno fisiológico e passou a ser um evento médico, constatou que apenas 5% dos partos no Brasil são naturais, ou seja, vaginais e sem qualquer intervenção durante o trabalho de parto e parto, como se observa na Tabela 1.

Enquanto as boas práticas obstétricas recomendadas pela OMS incluem a possibilidade de alimentação; métodos não farmacológicos de redução da dor (ex.:exercícios respiratórios, massagem, banho, entre outros); uso de partograma; estímulo de posições verticalizadas; além do desaconselhamento do uso de ocitocina, amniotomia, episiotomia e manobra de Kristeller, no Brasil o índice das mesmas ainda deixa muito a desejar, enquanto as intervenções a serem

4 REINO UNIDO. NHS. **Cesareans due to birth fear**. 2008. Disponível em: <https://www.nhs.uk/news/pregnancy-and-child/caesareans-due-to-birth-fears/>. Acesso em: 20 set. 2020.

5 DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 101-116, ago. 2014. Mensal. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300017&script=sci_arttext. Acesso em: 16 set. 2020.

6 CFM. **Resolução nº 2.144**, de 22 de junho de 2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Brasília, DF, Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2144>. Acesso em: 16 set. 2020.

evitadas são rotineiramente praticadas, tanto na rede pública quanto na privada. Esses dados também podem ser percebidos pela Tabela 1.

Tabela 1 - Incidência de boas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto. Brasil, 2011

	Risco obstétrico habitual (%)	Risco obstétrico não habitual (%)	Todas as mulheres (%)
Para mulheres que entraram em trabalho de parto			
Boas práticas durante o trabalho de parto			
Alimentação	25,6	24,5	25,2
Movimentação	46,3	41,1	44,3
Procedimentos não farmacológicos para alívio da dor	28,0	24,7	26,7
Uso de partograma	44,2	36,9	41,4
Intervenções durante o trabalho de parto			
Cateter venoso periférico	73,8	76,7	74,9
Ocitocina	38,2	33,3	36,4
Analgesia epidural	31,5	37,8	33,9
Amniotomia*	40,7	36,4	39,1
Para mulheres com parto vaginal			
Intervenções durante o parto			
Litotomia	91,7	91,8	91,7
Manobra de Kristeller	37,3	33,9	36,1
Episiotomia	56,1	48,6	53,5
Para todas as mulheres			
Cesariana	45,5	60,3	51,9
Parto natural**	5,6	4,2	5,0

* Excluídas mulheres com ruptura espontânea de membranas anterior à hospitalização

** Parto vaginal sem qualquer intervenção durante o trabalho de parto e parto

Fonte: LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 17-47, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300005&script=sci_arttext. Acesso em: 21 set. 2020.

Mesmo com os índices alarmantes, e a infinidade de relatos encontrados pela internet, especialmente no portal *violenciaobstetrica.crowdmap.com*, essa violência continua sendo negada por boa parte da comunidade médica, bem como pela onda de conservadorismo e retrocesso que ganhou força nos últimos anos. O Ministério da Saúde, em maio de 2019, afirmou que o termo violência obstétrica é inadequado não agrega valor, pois os profissionais da saúde não tem a intenção de causar dano. Apenas após recomendação do Ministério

Público Federal, que atentou ao fato de que o posicionamento vai contra às recomendações da OMS, o Ministério da Saúde se retratou⁷.

O CFM reverbera esse posicionamento, atuando com viés negacionista, considerando o termo “violência obstétrica” uma agressão à comunidade médica e propondo sua abolição⁸, bem como publicando artigos com o título de “Violência obstétrica ou contra o obstetra?”⁹. Seguindo a onda conservadora, o Conselho, no parecer 32/2018, chama o termo de histeria e aponta o feminismo como o culpado por radicalizar a questão, além de desprezar os esforços do movimento pela humanização do parto.

Desta forma, a expressão “violência obstétrica” tem produzido grande indignação entre os obstetras, pois seu uso tem se voltado em desfavor da nossa especialidade, impregnada de uma agressividade que beira a histeria, e responsabilizando somente os médicos por todo ato que possa indicar violência ou discriminação contra a mulher. (...) Assim, a violência na assistência ao parto, por agora convertida em “violência obstétrica”, tem sua origem enraizada nos movimentos sociais e feministas. Desta forma, em razão da radicalidade desses movimentos em prol de incorporar novas práticas assistenciais às gestantes, e em defesa de sua autonomia, os médicos obstetras estão sendo estigmatizados e processados por realizarem procedimentos que não estejam de acordo com a nova proposta de cuidados.¹⁰

Ademais, o mesmo publicou a Resolução 2.232/2019, que trata a mulher apenas como um útero desprovido de autonomia e individualidade, colocando-a abaixo do médico e do feto. A mulher é reduzida à condição de gestante/mãe, sua recusa a intervenções durante o parto pode ser ignorada pelo médico, que pode até mesmo deixar de atendê-la diante de tal recusa por “objeção de consciência”. Como se não bastasse, a resolução ainda contém uma ameaça velada ao dizer que serão tomadas providências necessárias perante as autoridades competentes.

-
- 7 MINISTÉRIO da Saúde reconhece legitimidade do uso do termo 'violência obstétrica'. **G1: Ciência e Saúde.** [S. L.]. 10 jun. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/06/10/ministerio-da-saude-reconhece-legitimidade-do-uso-do-termo-violencia-obstetrica.ghtml>. Acesso em: 16 set. 2020.
- 8 CFM. Nota à imprensa e à população, 9 de maio de 2019. CFM apoia MS em decisão sobre o termo violência obstétrica. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28210:2019-05-09-18-50-35&catid=3. Acesso em 21 set. 2020.
- 9 MORAIS, R. M. **Violência obstétrica ou contra o obstetra?**. 2016. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26009:2016-02-26-15-10-10&catid=46. Acesso em: 21 set. 2020.
- 10 Id. **Parecer nº 32**, de 23 de outubro de 2018. A expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética. Brasília, DF, Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32>. Acesso em: 21 set. 2020.

Art. 5º A recusa terapêutica não deve ser aceita pelo médico quando caracterizar abuso de direito.

§ 1º Caracteriza abuso de direito:

(...)

§ 2º A recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto.

Art. 6º O médico assistente em estabelecimento de saúde, ao rejeitar a recusa terapêutica do paciente, na forma prevista nos artigos 3º e 4º desta Resolução, deverá registrar o fato no prontuário e comunicá-lo ao diretor técnico para que este tome as providências necessárias perante as autoridades competentes, visando assegurar o tratamento proposto.¹¹

O Ministério Público Federal, com vistas a proteger a autonomia da mulher, requereu a revogação dos artigos 5º §2º, 6º e 10 dessa Resolução por meio da Ação Civil Pública de nº 5021263-50.2019.4.03.6100, e, deferida medida liminar em 17 de dezembro de 2019, os mesmos foram suspensos. A revogação de tais artigos é essencial para a preservação do direito de escolha da mulher e para a promoção da humanização do parto, é preciso reforçar que o parto não deve ser evento médico, mas sim um processo natural, a medicina não deve protagonizá-lo.

E o retrocesso não tem fim na discussão quanto à utilização do termo, o conservadorismo brasileiro, diante da polêmica do aborto realizado em uma menina de 10 anos vítima de estupros constantes — procedimento esse que sofreu diversos empecilhos pela atuação de grupos de extrema direita¹² — conseguiu dificultar ainda mais o acesso ao aborto seguro. Publicada em Agosto de 2020 pelo Ministério da Saúde, a Portaria nº 2.282 consolida mais uma violência contra a mulher, especialmente contra as sobreviventes de violência sexual, sendo alvo de apelo à ONU por parte de deputadas, que solicitam uma visita do Grupo de Trabalho e Relatores Especiais para avaliar a atual situação do Brasil¹³.

11 CFM. **Resolução nº 2.232**, de 17 de julho de 2019. Brasília, DF, Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370>. Acesso em: 21 set. 2020.

12 PAULUZE, T.; VALADARES, J.. Menina de dez anos entrou em hospital em porta-mala de carro enquanto médico distraía religiosos. **Folha de São Paulo**. São Paulo e Recife, Pe. 18 ago. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/08/menina-de-dez-anos-entrou-em-hospital-na-mala-do-carro-enquanto-medico-distraia-religiosos.shtml>. Acesso em: 21 set. 2020.

13 CHADE, J. Medidas do governo contra aborto legal levam deputadas a recorrer à ONU. **UOL Notícias**. [S.I.] 31 ago. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/jamil-chade/2020/08/31/medidas-do-governo-sobre-aborto-legal-levam-deputadas-a-recorrer-a-onu.htm?fbclid=IwAR0W0sNNhen63Q6KUAgz1H0la44EmB28gvKj5r2Phv4fN0Se2C0ryk7Ydms>. Acesso em: 21 set. 2020.

A portaria versa sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, prevendo comunicação do fato à autoridade policial pelos profissionais de saúde, com coleta de possíveis provas, quando houver indício de violência sexual, e cria quatro fases para que seja realizado o aborto. Essas fases consistem em um termo circunstanciado, devendo a vítima reviver seu trauma, narrando-o aos profissionais de saúde; um parecer técnico com a concordância de, pelo menos, três profissionais; além de um termo de consentimento que informa os riscos do procedimento, a ser assinado pela mulher violentada.¹⁴

A portaria também ampliou a tortura da mulher sobrevivente de violência sexual ao prever o oferecimento de ultrassonografia para a vítima ver o feto ou embrião antes do procedimento, claramente querendo a incentivar desistir do aborto. Após muita polêmica e diversas manifestações contrárias, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.561 de Setembro de 2020¹⁵, alterou o dispositivo anterior, retirando a previsão do oferecimento de ultrassonografia.

A informação acerca dos riscos do procedimento parece inofensiva a primeira vista, porém, a mulher vítima de violência sexual não é informada dos riscos de seguir com a gravidez, não apenas os psicológicos, mas os físicos, especialmente se for considerado que mais da metade das vítimas de estupro no Brasil tem até treze anos¹⁶, sendo quatro novas vítimas nessa faixa etária por hora, idade em que o corpo não está pronto para uma gravidez. A intenção da portaria é claramente culpabilizar a vítima de violência sexual e criar empecilhos à interrupção legal da gravidez, atendendo aos interesses antiaborto da extrema direita.

A pandemia ampliou esse problema, a violência contra a mulher aumentou nesse período, e, com o aumento da violência sexual, cresce o número de casos que se encaixam nas

14 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília, DF, Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>. Acesso em: 21 set. 2020.

15 Id. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.561**, de 23 de setembro de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília, DF, Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-de-setembro-de-2020-279185796>. Acesso em: 21 set. 2020.

16 FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Estatísticas**. 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 5 set. 2020.

hipóteses de interrupção da gravidez autorizadas por lei. Porém, na cruzada conservadora contra o aborto, uma nota técnica do Ministério da Saúde que recomendava continuidade dos serviços de acesso a métodos contraceptivos de emergência e aborto legal durante o isolamento social foi retirada do ar, e os servidores responsáveis foram exonerados após protesto do Presidente Jair Bolsonaro.¹⁷

2.2 Maternidade compulsória e reprodução social

No debate sobre violência obstétrica é importante abordar a maternidade como um todo, especialmente a maternidade compulsória. Na pesquisa *Nascer no Brasil* constatou-se que 30% das mulheres entrevistadas não desejaram a gestação, 9% ficaram insatisfeitas com a mesma, e 2,3% tentaram abortar.¹⁸ Esses números significativos revelam um outro viés da violência de gênero, afinal, obrigar uma mulher a gestar uma criança não seria também uma violência?

Os corpos das mulheres são alvo de constante intervenção por parte da sociedade, a mulher é vista apenas por seu útero, e com que objetivo? A gravidez não é somente um processo de intensas mudanças fisiológicas, ela resulta em mudanças permanentes, físicas, corporais, e na vida como um todo. Obrigar a mulher a engravidar ou a manter uma gravidez constitui uma violência que perdura por toda a vida dela.

Segundo o IBGE, mulheres dedicam praticamente o dobro do tempo em tarefas domésticas e cuidados de pessoas¹⁹ em relação aos homens, e 80% das crianças tem uma mulher como principal responsável²⁰, somado a isso, em 2018 o IPEA constatou que 45% dos

17 MARIZ, R. Ministro da Saúde exonera autores de nota sobre acesso a aborto legal durante pandemia. **O Globo**. Brasília, p. 0-0. 5 jun. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/ministro-da-saude-exonera-autores-de-nota-sobre-acesso-aborto-legal-durante-pandemia-1-24464481>. Acesso em: 21 set. 2020.

18 FIOCRUZ. **Nascer no Brasil**: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. pesquisa revela número excessivo de cesarianas. 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>. Acesso em: 23 out. 2020.

19 IBGE. **Mulheres dedicam quase o dobro do tempo dos homens em tarefas domésticas**. 2019. Disponível em: <https://censos.ibge.gov.br/agro/2017/2012-agencia-de-noticias/noticias/24267-mulheres-dedicam-quase-o-dobro-do-tempo-dos-homens-em-tarefas-domesticas.html>. Acesso em: 22 set. 2020.

20 PODVAL, R.; BRANCO, L. Uma provocação aos pais que cada vez mais não são presentes na vida das crianças. **Folha de São Paulo**. [S. L.]. 9 ago. 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/empreendedorsocial/2019/08/uma-provocacao-aos-pais-que-cada-vez-mais-nao-sao-presentes-na-vida-das-criancas.shtml>. Acesso em: 21 set. 2020.

lares brasileiros são comandados por mulheres²¹. Desta forma, as mulheres enfrentam uma jornada tripla de trabalho.

Diante dessa realidade, é essencial abordar a teoria da reprodução social²² e, preliminarmente, o conceito de trabalho reprodutivo. Essa forma de trabalho, entendida primeiramente como trabalho doméstico, é essencialmente a produção e regeneração da força de trabalho, sendo executado desproporcionalmente por mulheres. Não se fala apenas dos cuidados com a casa, mas de um trabalho físico, emocional e sexual; a mulher é responsável por produzir novos trabalhadores, cuidar dos que não podem mais trabalhar, e ainda pela manutenção da atual força de trabalho, provendo comida, roupas limpas e apoio emocional. Portanto, o capital não existe sem a opressão de gênero, e, embora ele não a tenha criado, ele a tem em sua estrutura, se beneficiando dela, pois para haver a produção de lucro é necessária a produção de pessoas.

O trabalho doméstico é extremamente desvalorizado e foi naturalizado como um atributo natural feminino, algo que promove a completude da mulher, e que, sendo natural, é fácil de ser executado por ela. Ao ser chamado de ato de amor ou de cuidado, e ao não ser remunerado — vez que muitos sequer o consideram trabalho — sua desvalorização se torna evidente. Federici²³ dá um grande enfoque na ausência de remuneração do trabalho doméstico, vez que o salário é mais do que dinheiro, ele expressa uma relação de poder dentro do capitalismo, se não há remuneração, não se fala em trabalho “ela não trabalha, é apenas dona de casa”, o que mascara a real duração da jornada de trabalho das mulheres.

A teoria da reprodução social, segundo Bhattacharya²⁴, defende que as esferas da reprodução e produção estão integradas dentro do capitalismo, a divisão entre elas é estritamente espacial, a reprodução é, ao mesmo tempo, condição de existência e um segundo estágio do trabalho de produção. Essa visão permite ampliar o espectro do que seria a classe

21 COSTA, D.; BARBOSA, D. Número de lares chefiados por homens cai pelo terceiro ano seguido. **O Globo** [online]. Rio de Janeiro. 22 maio 2019. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/numero-de-lares-chefiados-por-homens-cai-pelo-terceiro-ano-seguido-23683005>. Acesso em: 21 set. 2020.

22 Para mais sobre esse assunto, ler o livro editado por Thiti Battacharya, “Social Reproduction Theory: Remapping Class, Recentring Opression” Londres: Pluto Press, 2017; e o artigo de Rhaysa Ruas “Teoria da Reprodução Social: apontamentos para uma perspectiva unitária das relações sociais capitalistas”. Revista Direito e Práxis, Ahead of print, Rio de Janeiro, 2020. DOI: 10.1590/2179-8966/2020/46086

23 FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019. Tradução: Coletivo Sycorax.

24 BHATTACHARYA, T. *et al* (ed.). **Social Reproduction Theory**: remapping class, recentring oppression. Londres: Pluto Press, 2017.

trabalhadora, sendo essa composta por todos que participam da reprodução da sociedade, independentemente de pagamento. A classe trabalhadora não interrompe sua jornada de trabalho ao sair do local formal do emprego pelo qual é remunerada, as principais funções de reprodução da classe são executadas fora do local de trabalho, não havendo uma separação real entre trabalho e casa. O trabalho reprodutivo não é livre, ele se sujeita às condições impostas pelas relações de produção.

A relevância desse trabalho não remunerado na sociedade foi exposta pelo movimento grevista feminista, iniciado na Polônia em 2016 e espalhado pelo mundo em 2017, após décadas de sucateamento da qualidade de vida pelo neoliberalismo. Esse movimento ampliou a noção de trabalho, abrangendo tanto o trabalho tradicional remunerado quanto o essencial trabalho não remunerado, o trabalho doméstico. Além de rejeitarem a subvalorização dos trabalhos das mulheres, as grevistas incluíram em suas pautas a justiça reprodutiva e o aumento da oferta de serviços sociais.²⁵

Assim, embora o capitalismo rejeite o trabalho doméstico, vez que nesse tempo os trabalhadores não estão gerando lucro diretamente, sua dependência em relação a ele faz com que o capital busque regular a sexualidade das mulheres por meio do Estado, controlando sua capacidade biológica e garantindo a manutenção da força de trabalho. Essa relação faz com que Bhattacharya²⁶ defenda que a luta por direitos reprodutivos é uma luta da classe trabalhadora, pois falar em justiça reprodutiva é falar de dar controle à mulher sobre o próprio corpo, permitindo-a decidir se e quando quer ter filhos, como cuidar deles, e garantir as condições de criação dignas de modo que as mulheres possam ter sua própria vida, e não viver em função dos trabalhos produtivos e de reprodução.

Por essa dependência investiu-se em serviços sociais sob o viés do “bem-estar social”, foi uma forma de balancear a reprodução social com o processo produtivo, tornando o capitalismo sustentável a longo prazo. Porém, na segunda metade do século XX, a busca por mais lucro desestabilizou essa relação, com a precarização dos serviços sociais houve uma grande inserção das mulheres no mercado de trabalho, e, ao aumentar da carga de trabalho das

25 ARRUZZA, C.; BHATTACHARYA, T.; FRASER, N. **Feminismo para os 99%**: um manifesto. [S.I.]: Boitempo Editorial, 2019. Tradução: Heci Regina Candiani.

26 BHATTACHARYA, T. et al (ed.). **Social Reproduction Theory**: remapping class, recentring oppression. Londres: Pluto Press, 2017.

mulheres, a reprodução social se tornou quase inexecutável. Essa, segundo Fraser²⁷, é a grande contradição do capitalismo, em sua busca pelo acúmulo de capital ele acaba por pressionar de forma a desestabilizar o processo do qual depende para sobreviver, por isso a autora defende que hoje vivemos uma “crise do cuidado”.

Embora essa grande inserção da mulher no mercado de trabalho tenha sido apresentada como uma emancipação, ela não só representa a adição de mais um turno de trabalho, como significa que parte do trabalho reprodutivo foi terceirizado, mas quem o executa ainda é a mulher, sob baixa remuneração, revelando que a subvalorização desse trabalho persiste. Enquanto no Norte global a terceirização ocorreu pelo emprego de imigrantes, no Sul global esse “empoderamento” se deu por meio do aprofundamento da opressão de uma classe já desfavorecida, mulheres pobres são contratadas para realizar as tarefas domésticas de mulheres privilegiadas, e, como não podem cuidar de suas próprias casas, acabam por contratar mulheres ainda mais pobres, criando “cadeias globais de cuidado”.²⁸

A pandemia, ao exacerbar as desigualdades de gênero dentro dos lares brasileiros, mostra a fragilidade das conquistas obtidas pelas minorias nas últimas décadas dentro do neoliberalismo. A ascensão da mulher no mercado de trabalho representa apenas a busca por oportunidades iguais de dominação para uma parcela seleta de mulheres, “um mundo onde a tarefa de administrar a exploração no local de trabalho e a opressão no todo social seja compartilhada igualmente por homens e mulheres da classe dominante”²⁹, tratando a desigualdade de gênero como se fosse mera questão de sub-representação e não um problema estrutural.

Essas mulheres, em regra já detentoras de privilégios sociais, que antes terceirizavam seus trabalhos não remunerados a outras mulheres incapazes de “se empoderarem” dentro do sistema capitalista, hoje, na pandemia, percebem que não foram verdadeiramente emancipadas, vez que não houve mudança na estrutura da sociedade. Com o isolamento social e a pressão por conciliar a produtividade no trabalho com as tarefas domésticas e a educação das crianças, especialmente com o ensino remoto, fala-se em síndrome de *burnout* materno,

27 FRASER, N. Crisis of Care? On the Social-Reproductive Contradictions of Contemporary Capitalism. In: BHATTACHARYA, Tithi (ed.). **Social Reproduction Theory: remapping class, recentring oppression**. London: Pluto Press, 2017. p. 21-36.

28 ARRUZZA, Cinzia; BHATTACHARYA, Tithi; FRASER, Nancy. **Feminismo para os 99%**: um manifesto. (Locais do Kindle 1062-1063) [S.I.]: Boitempo Editorial, 2019. Tradução: Heci Regina Candiani.

29 Ibid. Locais do Kindle 202-205.

ou seja, contata-se que o trabalho reprodutivo continua desproporcionalmente sob responsabilidade da mulher.

Com a necessidade de reprodução e manutenção da força de trabalho e a desproporcionalidade com que essa tarefa é colocada sob responsabilidade das mulheres, alimenta-se a ideia de que a mulher é incompleta sem a maternidade, como se essa fosse uma necessidade biológica. Toda a socialização da mulher é feita guiando-a para esse caminho, desde as brincadeiras destinadas às meninas aos filmes que pregam que a mulher só é feliz quando casa e tem filhos, perpetuando a noção de maternidade compulsória.

Há essa constante idealização da maternidade, com a mídia constantemente tratando do tema como uma fase necessária da vida da mulher, e apenas dela, a única responsável pela reprodução e pelos métodos contraceptivos. Fala-se muito em um falso relógio biológico, e que as mulheres que não tem filhos se arrependem e ficarão sozinhas no futuro, ao mesmo tempo que se trata com naturalidade um homem que não é pai aos 40 anos. É dessa forma que a sociedade mantém o peso da reprodução social de forma quase exclusiva na mulher, e é por isso que é extremamente relevante levantar o debate sobre maternidade compulsória quando falamos em violência obstétrica, essa é a primeira violência que vitima a mulher dentro da maternidade e é muito representativa do controle social exercido sobre a mulher.

A teoria da reprodução social e as lutas feministas que a envolvem são essenciais para entendermos o contexto no qual os direitos humanos das mulheres foram conquistados e construídos. Essa visão da mulher enquanto máquina destinada a produzir e manter trabalhadores é o aspecto mais amplo da desumanização da mulher na maternidade, ao percebê-la como um objeto, como um meio de se manter o sistema econômico em pleno funcionamento, a sociedade a apaga enquanto sujeito de direitos, e é esse apagamento que serve de base para a ocorrência da violência obstétrica.

2.3 Violência obstétrica e o Direito

Por mais que o governo e a comunidade médica rejeitem o termo violência obstétrica, é inegável que há um problema estrutural grave no tratamento dado às mulheres grávidas.

Porém, elaborar uma lista de intervenções a serem comprimidas dentro do termo não é suficiente, é preciso primeiro questionar de que forma a medicina e Estado intervém no corpo feminino e com que propósito, para só então analisar os diferentes contornos que a violência obstétrica assume.

A construção do termo, com a consequente categorização do que constitui a violência obstétrica tem sua importância para o reconhecimento do problema enquanto questão de saúde pública, sendo essencial para a elaboração de políticas públicas. As incertezas relativas ao que de fato seria a violência obstétrica tornam a regulamentação ao redor do tema um impasse, qualquer tentativa de normatização sem um consenso sobre o que constitui a violência obstétrica se torna vaga e de difícil aplicação, por isso o Direito deve atravessar essa discussão, estabilizando o conflito e protegendo as vítimas.

A violência obstétrica é apenas uma das facetas da violência de gênero, e alguns avanços foram obtidos nacional e internacionalmente no combate a ela, por meio da luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, muitos direitos foram positivados e políticas públicas foram criadas. Porém, as estatísticas não mentem, essas conquistas têm um poder limitado, elas não conseguem acabar com a opressão de gênero sozinhas. Não basta criar direitos se o judiciário não irá reforçá-los, e políticas públicas são inúteis se a sociedade não estiver disposta a respeitá-las, é equivocado pensar que as leis, polícia e tribunais possuem autonomia em relação à estrutura de poder capitalista para contestar sua tendência a gerar violência de gênero.³⁰

Embora existam críticas em relação à associação entre direitos das mulheres e direitos humanos, não é possível ignorar as conquistas femininas ao longo da História dentro dessa área. Os Direitos Humanos representam um viés essencial para se tratar a violência obstétrica, esta deve ser considerada uma violação direta de direitos fundamentais, é uma agressão à dignidade humana, e é a desumanização da mulher com a retirada de sua autonomia.

Por mais que seja necessário pontuar suas limitações e fragilidades, os direitos das mulheres conquistados dentro do capitalismo e o reconhecimento dos mesmos enquanto Direitos Humanos são de grande relevância. Dessa forma, não se deve menosprezar a

30 ARRUZZA, C.; BHATTACHARYA, T.; FRASER, N. **Feminismo para os 99%**: um manifesto. (Locais do Kindle 351-353). Boitempo Editorial.

positivação de direitos, o que deve ser questionado é possibilidade real de implementação, tendo em mente que as vitórias obtidas dentro do capitalismo são frágeis em sua base, pois em um sistema calcado em opressão de gênero, dentre outras, só há mudança real com uma reforma estrutural. A importância do discurso de direitos é tratada por Williams:

Isso ressalta meu senso de importância dos direitos: direitos são para a lei o que compromissos assumidos conscientemente são para a psique. Os piores momentos históricos desse país não são atribuídos à afirmação de direitos, mas à falha no compromisso com esses direitos. Por essa perspectiva, o problema com o discurso dos direitos não é que o mesmo seja restritivo, mas sim que esse discurso existe em um universo referencial restritivo.³¹ (WILLIAMS, 1992, p. 159, tradução nossa)

31 “This underscores my sense of the importance of rights: rights are to law what conscious commitments are to the psyche. This country's worst historical moments have not been attributable to rights assertion but to a failure of rights commitment. From this perspective, the problem with rights discourse is not that the discourse is itself constricting but that it exists in a constricted referential universe.”

3 A CONSTRUÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O parto é um evento universal, além de biológico, é cultural; embora cada sociedade o encare com suas particularidades, tal fenômeno social constitui um rito de passagem, marcando mudanças físicas e sociais. Até o fim do século XVIII não era um evento associado à ideia de doença, era visto como algo natural e feminino, com atuação quase exclusiva de parteiras e comadres. Por ser um evento cotidiano e não valorizado pela medicina, não se falava em profissionalização nos moldes médicos das parteiras, tais mulheres atuavam em partos por terem experiência conhecida nas comunidades, com técnicas de alívio, conforto e apoio à parturiente.

Segundo Fabíola Rohden, a onda de reformas do século XVIII, com seus ideais de igualdade e liberdade, não foi capaz de revolucionar as representações médicas, pelo contrário, reforçou a condição biológica e os papéis sociais atribuídos a cada sexo.³² O corpo masculino era visto como o modelo, enquanto o feminino foi concebido como um corpo faltoso, desequilibrado:

Em primeira análise, parece possível distinguir, a partir do século XVIII, quatro grandes conjuntos estratégicos, que desenvolvem dispositivos específicos de saber e poder a respeito do sexo. [...] Histerização do corpo da mulher: tríplice processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado — qualificado e desqualificado — como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual, este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é a "mulher nervosa", constitui a forma mais visível desta histerização.³³

Foi nessa época de redefinição da posição da mulher na sociedade que surgiram as primeiras representações do esqueleto feminino, porém, os interesses da ciência recaíram sobre as partes do corpo politicamente relevantes. Portanto, a medicina do fim do século

32 ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8m665>. Acesso em: 24 abr. 2020.

33 FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988. p.98. Tradução: M. T. da C. A. e J. A. G. A.

XVIII se estabeleceu como uma ciência da diferença³⁴, sedimentando a restrição ao papel social da mulher à maternidade.

Esse reforço dos papéis sociais não se deu por acaso, o maior interesse em regravar o corpo da mulher na época das Revoluções Liberais é o grande retrato de como o capitalismo integrou a opressão de gênero em sua estrutura para se beneficiar dela por meio da reprodução social. Retirou-se o caráter privado e cultural do parto, e transformou-o em um evento inorgânico, em uma etapa do processo de produção do qual a mulher é a máquina a ser regulada e gerida.

Com a chegada do século XIX a medicina se consolidou com a ideia de fisiopatologia de François Magendie³⁵ – que propôs uma medicina experimental que une a fisiologia do homem saudável à fisiopatologia do homem doente – bem como com o avanço da química farmacêutica. Com o progresso nas noções de assepsia, no desenvolvimento de vacinas e na descoberta da anestesia ao longo do século, os médicos passaram a gozar de maior prestígio na sociedade.

Assim, a medicina passou a se relacionar de forma mais próxima com o Estado, que visava uma intervenção sanitária, combatendo os flagelos sociais por meio do controle dos corpos. Nesse contexto, o controle da reprodução ganhou importância, conseqüentemente a medicina voltou sua atenção ao nascimento, antes atribuído às parteiras e comadres. O desenvolvimento da medicina acabou por ser o artifício que o capital precisava para atuar de forma mais incisiva no corpo da mulher, e, utilizando-se do poder do Estado, ele o fez.

Desta forma, foi a partir do século XIX que a ginecologia se constituiu, pautada na suposta relação intrínseca entre natureza feminina e patologia, e que as técnicas tradicionais de parturição começaram a sofrer mudanças de forma intensa, de modo a tornar o parto um processo cada vez mais homogeneizado pela medicina ocidental moderna. Antes processo natural, o parto passou a ser visto majoritariamente pela perspectiva da biomedicina, ou seja, um evento médico a ser controlado por meios tecnológicos e cirúrgicos³⁶.

34 ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8m665>. Acesso em: 24 abr. 2020.

35 Ibid.

36 MONTICELLI, M. **O nascimento como um rito de passagem**: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos. 1994. 260 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

Essa mudança de perspectiva ocorreu na época em que, segundo Federici³⁷, após lutas proletárias escancararem a inviabilidade de conciliar jornadas de trabalho extenuantes com a manutenção da força de trabalho, o capital organizou a família nuclear como o centro da reprodução da força de trabalho. Gradativamente as intervenções na maternidade foram se intensificando de modo a permitir o controle da quantidade e qualidade da força de trabalho pelo capital.

No Século XX as pesquisas sobre a reprodução feminina avançaram muito, e, junto com o desenvolvimento e popularização de cirurgias e técnicas de redução de mortalidade materna, como, por exemplo, a descoberta da penicilina, a intervenção nos corpos das mulheres se intensificou. A medicalização do parto e a visão mecanicista do corpo feminino, por meio das intervenções e da idealização da maternidade, contribuíram para a manutenção da ordem social com a reposição demográfica após as duas guerras mundiais.

Nesse século também houve o desenvolvimento e popularização de métodos contraceptivos, dando às mulheres maior controle sobre sua fecundidade, porém, como tais descobertas representaram uma ameaça à ordem social estabelecida, a ciência se encarregou de examinar as diferenças entre homens e mulheres que justificariam seus papéis sociais. Segundo Rohden³⁸, pode se dizer que a ciência se aproxima da ideologia por ser a expressão da visão de mundo de um grupo, ela é afetada pelo contexto social. A biologia feminina foi usada para se pensar a ordem social baseando-se na natureza, e assim delimitar o papel da mulher pela valorização da maternidade.

Na segunda metade do século XX, com a maior inserção da mulher no mercado de trabalho, Federici³⁹ fala em três tendências em relação ao trabalho doméstico: redução, redistribuição e socialização. Especialmente a tendência da redução foi em muito influenciada pelas novas descobertas da medicina, com a possibilidade de controle da fecundidade, percebeu-se a redução dos tamanhos das famílias. Dessa forma, mesmo que no início do século a medicina tenha tentado justificar e reforçar o papel social da mulher como mãe,

37 FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019. Tradução: Coletivo Sycorax.

38 ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8m665>. Acesso em: 24 abr. 2020.

39 FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019. Tradução: Coletivo Sycorax.

décadas depois esse esforço se mostrou infrutífero com a drástica queda nas taxas de natalidade.

Outro exemplo de intervenção médica a serviço da manutenção da ordem social é a esterilização, como ocorreu com leis de esterilização compulsória nos Estados Unidos, tendo como alvo majoritário mulheres negras. Por mais que tenha interesse na reprodução social, o capital quer ter o controle quantitativo e qualitativo da mão de obra reproduzida, enquanto tenta forçar uma parcela das mulheres a se reproduzir, utiliza a esterilização como forma de “assistência social” para mulheres de grupos minoritários.

Essas são representações das contradições socio-reprodutivas do capitalismo, embora ele precise da reprodução social para existir, ele a despreza, em ciclos o sistema estimula a maternidade para garantir sua manutenção ao longo prazo, e a dificulta ou inviabiliza para buscar maior lucro. O progresso da medicina permite essa gestão da fecundidade, ele viabiliza a instrumentalização do corpo para atender aos interesses da ordem social, e, por meio da regulamentação, os processos biológicos se tornam objeto de controle.

Esses processos de disciplinarização e regulamentação do corpo passam pelo Direito, pois esse se tornou responsável pela regulação do mesmo enquanto espaço de liberdade, regulando sua autonomia⁴⁰, o corpo é, além de físico, jurídico e político. Por isso o Direito deve atravessar o debate sobre violência obstétrica, essa é a expressão da perda da autonomia da mulher por meio da patologização do corpo feminino e do parto.

3.1 A medicalização e a lógica capitalista no parto

O conceito de normalidade dentro do trabalho de parto e parto não é universal, no Brasil pensa-se em parto enquanto intervenção, e não em parto enquanto cuidado, a OMS acusou em 2018 que, ao redor do mundo, houve um aumento substancial no uso de técnicas para iniciar, acelerar, terminar, regular e monitorar a parturição; essa sobremedicalização do processo que deveria ser natural impacta de forma negativa a experiência de parto. Mulheres saudáveis,

40 MORAES, M. C. B.; CASTRO, T. D. V. A autonomia existencial nos atos de disposição do próprio corpo. *Pensar: Revista de Ciências Jurídicas*, Fortaleza, v. 19, n. 3, p. 779-818, set/dez. 2014.

sem risco envolvido na gravidez, são submetidas rotineiramente à práticas ineficazes e potencialmente danosas, segundo a médica Maria Esther Vilela, que participou do seminário *Nascer no Brasil*⁴¹, o parto deve ser o deixar de fazer, ou seja, a observação e o cuidado, não a introdução de tecnologias interventivas desnecessárias.

A medicalização do parto está intrinsecamente ligada à patologização do mesmo, enquanto a primeira coloca o médico em posição central, em um processo intervencionista, a segunda faz com que o parto deixe de ser um processo natural, fisiológico, para ser uma patologia, um problema a ser resolvido pelo médico, e não um processo a ser enfrentado pela parturiente com autonomia⁴². Assim o parto passa ser um processo essencialmente hospitalar, em que a mulher perde seu protagonismo em detrimento do médico, que, utilizando-se de sua figura de autoridade, coloca a vítima em uma posição de impotência e assume o controle de todos os aspectos do evento.

Essa retirada de autonomia é evidenciada pela imposição de rotinas no parto, com interferências desnecessárias que atrapalham o desenvolvimento natural do mesmo, bem como pela imposição da posição ginecológica, a posição litotômica, por exemplo, que serve apenas para facilitar o trabalho do médico, sendo antinatural para a mulher, vez que ao parir deitada ela acaba por inibir a ação da gravidade, que auxilia na descida do bebê.

O treinamento do médico é voltado à identificação e tratamento de patologias, e quando o médico entra no contexto do parto, ele passa a encarar peculiaridades do corpo de cada mulher, como a demora de dilatação, como um problema a ser resolvido, realizando diversas intervenções desnecessárias, e, muitas vezes, infundadas⁴³. A OMS⁴⁴ atualizou suas recomendações em 2018, sugerindo que há indícios de que o tempo esperado para o trabalho de parto seja mais lento do que o considerado desde 1950, e afirmando que a progressão da dilatação não segue a evolução de 1 cm por hora como esperado por médicos, essas novas

41 SEMINÁRIO *Nascer no Brasil* (Parte 3/5). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. **Youtube**. 2 jun. 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=AHdpPtJTGFY>. Acesso em: 27 set. 2020.

42 ÁVILA, L. **Parto: outro lado invisível do nascer**: como a violência obstétrica afeta 1 em 4 mulheres no Brasil. 2016. 91 f. TCC (Graduação) - Curso de Jornalismo, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2017.

43 Ibid. p. 11.

44 OMS. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: OMS, 2018. Color. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 25 set. 2020.

recomendações evidenciam que o parto não é dotado de precisão, ele não se encaixa nos índices de diagnóstico de patologias.

A posição social que o médico ocupa na sociedade faz com que a violência obstétrica revele também um abuso de poder, a formação engessada e retrógrada da medicina obstétrica faz com que os médicos realizem rotineiramente procedimentos desnecessários e dolorosos, desumanizando a mulher, que passa a ser vista como um objeto parindo. Os médicos, em suas posições de poder no parto, não aprendem que a paciente tem direito à escolha ou recusa informada, e ignoram a autonomia corporal das parturientes, muitas vezes usando a mulher como objeto de prática de técnicas médicas.⁴⁵

A medicalização do parto traz consigo a lógica mercantil da medicina, inserindo a mentalidade capitalista no nascimento. Com o protagonismo do médico, sua imensa carga de trabalho não apenas impede que se atualize, mas torna seu tempo mais valioso, prezando pela rapidez. Com o parto normal sendo imprevisível, exigindo do profissional disponibilidade de agenda, vez que o evento pode se iniciar dentro de uma janela ampla de tempo e não há como prever quanto tempo durará, os médicos, para otimizarem seu tempo, acabam desencorajando as parturientes a seguirem o caminho do parto vaginal.

Além de serem infinitamente mais rápidas e garantirem ao médico maior previsibilidade para planejarem suas agendas pessoais e profissionais, as cesarianas são melhor remuneradas pelos planos de saúde em relação ao parto normal. Como resultado, o Brasil se mostra nos rankings como um País cesarista, com as cirurgias cesarianas atingindo níveis alarmantes de 57%, quando o recomendado pela OMS é de 15%.⁴⁶

A cesárea deixou de ser uma intervenção para salvar mãe e bebê para se tornar um produto de consumo, um fator de conveniência para médico e paciente, mesmo quando a mulher opta livremente pelo procedimento, os médicos pouco fazem para desmistificar o parto vaginal. Para o médico é mais conveniente e lucrativo realizar cesáreas, segundo o

45 DINIZ, C. S. G. *et al.* A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 253-259, 2016. Anual. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832016000100253&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 5 nov. 2019.

46 ONU. **UNICEF alerta para elevado número de cesarianas no Brasil**. 2017. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/76339-unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil>. Acesso em: 16 set. 2020.

DATASUS, o valor recebido por um parto cesariano para gestação de risco normal é de R\$ 545,73, enquanto o valor de para um parto normal de mesmo risco é de R\$ 443,40; já no sistema privado, tendo como referência os honorários praticados pelo Bradesco Saúde, maior rede suplementar de saúde do Brasil, com índice de 87,1% de cesáreas em 2019⁴⁷, o parto cirúrgico é remunerado com R\$ 714,52 e o parto vaginal com R\$ 870,85⁴⁸.

Considerando que o parto vaginal dura diversas horas, com apenas a fase ativa do trabalho de parto, de acordo com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, durando uma média de 8 horas para primíparas e 5 para multíparas, enquanto um parto cesáreo dura, em média, menos de 1 hora, é claramente mais vantajoso para o médico incentivar a cirurgia. E mesmo quando o parto vaginal é realizado na assistência suplementar, as intervenções se mostram financeiramente vantajosas, levando em consideração os valores praticados pelo Bradesco Saúde, uma episiotomia incorre em honorários de R\$ 287,17, portanto, além de serem intervenções remuneradas, elas aceleram o processo, tornando o parto vaginal menos desvantajoso financeiramente em relação ao cesáreo.

Sendo assim, a medicalização e patologização do parto são a visão do parto enquanto uma doença, um evento hospitalar que requer intervenções, causam a elevação do médico a figura central do evento e retira a autonomia da mulher nesse evento. Essa concepção de parto, somada à lógica capitalista de busca pelo lucro e otimização do tempo, constituem a base para a violência obstétrica.

3.2 Construção do termo “violência obstétrica”

A utilização do termo violência obstétrica se revela um tabu, em parte devido ao alto posto que a figura do médico ocupa na sociedade, pois as mulheres temem acusar os indivíduos de quem podem precisar eventualmente, e também porque os médicos resistem ao termo, em grande parte devido ao engessamento do estudo da medicina. Também há um forte

47 ANS. **Taxas de partos cesáreos por operadora de plano de saúde.** Disponível em: <http://ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>. Acesso em: 26 set. 2020.

48 SANCOOP. **Bradesco Saúde: Honorário – Outubro 2019.** Disponível em: <http://www.sancoop.com.br/faturamento/informacao/especialidade/1/convenios>. Acesso em: 26 set. 2020.

corporativismo da comunidade médica, que, por meio de uma postura negacionista, rejeita qualquer crítica que coloque sua reputação em risco, como se vê pela nota de 2019 do CFM:

A adoção desse termo conturba a relação médico-paciente; quebra o princípio da harmonia nas equipes multiprofissionais; não promove qualquer mudança significativa no quadro de desproteção às gestantes; e transfere de modo inconsequente sobre os médicos a responsabilidade por todas as mazelas da saúde (pública ou privada), como se fossem culpados pelos graves indicadores de mortalidade e de morbidade maternos e infantis;⁴⁹

A comunidade médica, seja pelo ensino conservador ou pelo corporativismo, não consegue se enxergar como parte de um sistema de violência, por isso encaram as críticas como uma ofensa contra a pessoa do médico e da profissão, e não como a contatação de um problema inegável na prática médica. Conforme a médica Denise Ornelas pontua, a instituição prefere encarar essas queixas como um problema externo, como uma questão de pressão por parte dos planos de saúde e do aparelho hospitalar, como se os médicos estivessem submetidos ao sistema violento, e não como se fossem parte dele.⁵⁰

Diante de forte resistência, o termo violência obstétrica ainda se encontra em construção. A legislação brasileira em nível federal é omissa no tema, entretanto, utilizando-se como parâmetro o Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, é possível defini-la 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.⁵¹

49 CFM. Nota à imprensa e à população, 9 de maio de 2019. CFM apoia MS em decisão sobre o termo violência obstétrica. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28210:2019-05-09-18-50-35&catid=3. Acesso em 21 set. 2020.

50 FOLHA DE SÃO PAULO. **Mulheres negras sofrem mais com a violência obstétrica**: ouça debate. ouça debate. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/podcasts/2020/05/mulheres-negras-sofrem-mais-com-a-violencia-obstetrica-ouca-debate.shtml>. Acesso em: 30 set. 2020.

51 REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Violência Obstétrica “Parirás com Dor”. Dossiê da Violência Obstétrica. CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em 5 nov. 2019.

Já as Defensorias Públicas de São Paulo e do Paraná, por exemplo, lançaram cartilhas sobre o tema, definindo violência obstétrica respectivamente como:

Apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.⁵²

Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital público ou privado, Unidades de Saúde ou consultórios médicos especializados em obstetria, que ofenda, de forma verbal ou física, mulher gestante, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério.⁵³

A violência obstétrica, embora seja associada ao trabalho de parto, não se restringe ao mesmo, ela se faz presente em todas as etapas e acontecimentos da gestação, englobando todas as fases do pré-natal ao pós-parto, podendo se concretizar por ação ou omissão. As situações de aborto também são incluídas no escopo da violência obstétrica, se concretizando pela negativa ou demora no atendimento médico, realização de procedimentos invasivos sem consentimento, e, muitas vezes, sem anestesia, além da culpabilização da mulher.

A criminalização do aborto torna as mulheres ainda mais vulneráveis, isso pode ser percebido pela possibilidade de o médico, por objeção de consciência, se negar a atender pacientes em situação de aborto nos termos do Código de Ética Médica⁵⁴, pois, mesmo que a paciente consiga atendimento com outro médico, tal recusa já se revela com a culpabilização da mulher, causando-lhe dano psíquico.

Embora o enfoque da violência obstétrica esteja relacionado ao tratamento oferecido pelos profissionais de saúde, a definição apresentada pela Rede Parto do Princípio se mostra mais completa do que as oferecidas pelas Defensorias Públicas supracitadas. Ao incluir civis como possíveis perpetradores dessa violência e ao falar em exercício de saúde sexual e

52 DPESP. **Violência obstétrica: você sabe o que é?**. São Paulo: EDEPE, 2013. Color. Parceria com: Associação Ártemis. Disponível em: [tps://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf). Acesso em 5 nov. 2019

53 DPPR. **Violência obstétrica**. Curitiba: EDEPAR, 2018. Color. Disponível em: http://www.edepar.pr.def.br/arquivos/File/Cartilha/Cartilha_sobre_violencia_obstetrica.pdf. Acesso em 5 nov. 2019

54 CFM. Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. **Código de Ética Médica**. Brasília, DF, Modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2019.

reprodutiva da mulher de modo geral, retira-se a ideia de que a violência obstétrica é exclusiva do parto, e abre-se espaço para incluir a maternidade compulsória dentro de seu escopo. Porém, como esse é um debate ainda a ser travado, nesse trabalho se abordará a violência obstétrica priorizando a ocorrência durante a gravidez, pré-parto, parto e puerpério.

3.2.1 A concretização da violência obstétrica

A violência obstétrica se concretiza pela desumanização no tratamento das mulheres desde a gestação até o pós-parto é uma das faces da violência contra a mulher, é a violação da dignidade humana pelo ataque à integridade física e psíquica da vítima. Tal violação se inicia ainda no pré-natal, pelo constante desencorajamento para que as mulheres optem por um parto normal, pela difusão da ideia de parto natural como sofrimento, buscando induzir a gestante a realizar uma cesárea.

Quando praticada por omissão, se materializa pela negligência das necessidades das mulheres, seja pela negação de bebidas e alimentos durante o trabalho de parto; desconsideração de pedidos das parturientes por anestesia; desrespeito ao plano de parto; proibição da presença de familiares; abandono da mulher após o parto, ou ainda pela negação do contato com o bebê após o nascimento. A mulher não é tratada como indivíduo, mas sim como um objeto, como se percebe por inúmeros relatos.

“Ela é mãe dos natimortos” - alguém da equipe de enfermagem cochichava. Sentiu-se parte de um show de horrores. Via aquelas pessoas falando sobre ela como se não estivesse ali, como se não estivesse ouvindo. Alguém brigava para participar da cirurgia, já que “era uma situação que rara e que quase nunca acontecia no hospital”, ela ouviu. Bárbara estava nua, já que a camisola do hospital era aberta; não tinha privacidade alguma.⁵⁵

A peregrinação no anteparto e parto, ou seja, a busca por atendimento médico nesses momentos, é o tipo de violência obstétrica que parte do próprio Estado, é um problema

55 ÁVILA, L. **Parto: outro lado invisível do nascer**: como a violência obstétrica afeta 1 em 4 mulheres no Brasil. 2016. 91 f. TCC (Graduação) - Curso de Jornalismo, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2017.

estrutural de precariedade do sistema de saúde e desvalorização da saúde da mulher. A falta de leitos e as grandes distâncias que as parturientes precisam percorrer para buscar atendimento, além de anular seus direitos, coloca em risco as vidas delas e de seus filhos.

Já a violência obstétrica por comissão se concretiza pelas ações que desrespeitam os direitos da mulher, representada pelos xingamentos proferidos pelos médicos, uso desnecessário de intervenções como a ocitocina sintética; fórceps; episiotomia; manobra de Kristeller, entre outros, usados rotineiramente. São intervenções desaconselhadas pela medicina, que causam sofrimento à mulher, e colocam mãe e bebê em risco.

Essa é a forma de violência mais fácil de se identificar, e também é marcada pela desconsideração da mulher enquanto sujeito de direitos, reduzindo-a muitas vezes a objeto de estudo pelos médicos e residentes, como relatado no seminário “A vagina-escola”:

Mary Dias, estudante universitária, negra, relatou que, em um hospital escola, recebeu duas episiotomias em um mesmo parto. Ela conta que ouviu um dos profissionais falar para dois alunos: “você corta à direita e o outro corta à esquerda”, supostamente para que ambos tivessem a oportunidade de treinar o corte e a sutura em sua vagina. O ensino de obstetrícia no Brasil, tradicionalmente, requer que o aluno realize um certo número de procedimentos para que seja avaliado. Em outros países, a episiotomia e o fórceps, por exemplo, são treinados, preferencialmente, em modelos sintéticos e peças específicas, ao passo que, no Brasil, muitos profissionais relatam começar seu treinamento das habilidades cirúrgicas nas pacientes, via de regra usuárias do SUS. Vários autores mostram a cultura disseminada do ensino do uso não informado, não consentido, das vaginas das parturientes pobres pelos alunos de medicina e outras profissões, para fins de treinamento de habilidades.⁵⁶

Desta forma, a violência obstétrica pode ser entendida como o tratamento desumanizado e mecânico conferido às mulheres no contexto da gestação, com o desrespeito às boas práticas preconizadas pela OMS e à medicina baseada em evidências. Abarca as violências físicas, verbais e psicológicas causadas pelos atos e omissões dos profissionais de saúde, bem como da negligência da saúde feminina pelo Estado e pela sociedade em geral.

56 DINIZ, C. S. G. *et al.* A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 253-259, 2016. Anual. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832016000100253&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 5 nov. 2019.

3.3 O reflexo das desigualdades na violência obstétrica

A discussão sobre violência obstétrica foi ganhando espaço na sociedade pela militância branca, especialmente de classe média-alta, que passou a compartilhar suas experiências de parto, porém, a violência obstétrica não atinge todos os grupos sociais de forma homogênea. A violência obstétrica contra grupos minoritários é mais silenciada e mais esquecida dos debates.

Apesar da grande cobertura da assistência pré-natal, superando os 90%, a desigualdade é grande. As mulheres pretas, pardas, indígenas, com menor escolaridade, bem como as gestantes adolescentes, são as que tem menor acesso à tal assistência⁵⁷. Esses grupos também são os mais suscetíveis a serem utilizados para treinamento de procedimentos pelos médicos, que criam uma hierarquia de pacientes.

3.3.1 Racismo e violência obstétrica

Embora a igualdade seja garantida pela Constituição, é inegável a existência de racismo estrutural no Brasil. A abolição da escravidão em 1888 apenas marcou a transição de um modelo racista de dominação para um de exclusão. É possível atestar a ocorrência de um racismo institucional no País pela falta de políticas públicas efetivas que proporcionem visibilidade e busquem soluções para a desigualdade racial existente.

O racismo institucional no Brasil torna a população negra mais vulnerável, precarizando seu acesso à saúde⁵⁸. Enquanto o racismo institucional se manifesta pelo acesso reduzido a políticas públicas de qualidade e menor acesso à informação, o racismo internalizado e interpessoal afetam de forma ainda mais clara o parto da mulher negra. O racismo internalizado é representado pela passividade, que leva à negligência, enquanto o racismo interpessoal é desumanização da mulher negra.

57 DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015.

58 GELEDÉS. **Guia de enfrentamento do racismo institucional**. Brasil: Trama Design, 2013. 35 slides, color. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/335>. Acesso em: 11 nov. 2020.

O racismo afeta tanto a qualidade do cuidado pré-natal, quanto o parto em si, resultando em uma mortalidade materna 2 vezes maior para as mulheres negras em comparação às mulheres brancas, além de maiores chances de um pré-natal inadequado e ausência de acompanhante no parto, por exemplo. O pré-natal precarizado faz com que as mulheres negras fiquem mais suscetíveis à peregrinação no anteparto, ou seja, encontrem mais dificuldades para serem atendidas no momento do parto, o que aumenta a possibilidade de intercorrências e complicações.

Ainda, de acordo com o estudo do Fiocruz “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”⁵⁹, embora sofram menos intervenções obstétricas no parto, as mulheres pretas e pardas recebem menos anestesia local na realização de episiotomia. Esse menor número de intervenções, embora pareça algo positivo a primeira vista, na verdade é uma expressão do racismo, pois em um país onde o parto é essencialmente intervencionista, essa discrepância mostra a negligência que essas mulheres sofrem por parte do sistema de saúde. O menor índice de analgesia aplicado em mulheres pretas e pardas também decorre do racismo, remete às ideias eugenistas, com a defesa de que corpos negros seriam estruturalmente diferentes “uma suposta melhor adequação da pelve das mulheres pretas para parir, fato que justificaria a não utilização de analgesia”⁶⁰ e de que teriam maior resistência à dor.

No ambiente obstétrico o racismo também se faz presente com a privação de elementos estéticos culturais, a médica Denise Ornelas⁶¹ relata que são cada vez mais frequentes queixas de mulheres negras que são obrigadas a retirar suas tranças e apliques sintéticos sob a falsa alegação de que são materiais potencialmente inflamáveis em casos de eventual cesárea. Além disso, a médica aponta que, após o nascimento da criança, a mulher negra se vê alvo de comentários por parte de profissionais de saúde, que questionam sua fidelidade a seu companheiro, vez que é natural que a criança nasça com um tom de pele mais claro do que terá no futuro.

59 LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 1-17, jan. 2017. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>. Acesso em: 26 nov. 2019.

60 Ibid.

61 FOLHA DE SÃO PAULO. **Mulheres negras sofrem mais com a violência obstétrica**: ouça debate. ouça debate. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/podcasts/2020/05/mulheres-negras-sofrem-mais-com-a-violencia-obstetrica-ouca-debate.shtml>. Acesso em: 30 set. 2020.

Dessa forma, retornando ao que Rohden defende, a ciência é a expressão da visão de mundo de um grupo em um contexto social, e, por vivermos em uma sociedade construída em cima do racismo e com uma medicina que se desenvolveu nesse contexto, as mulheres pretas e pardas, tem seus corpos disciplinados pelo Estado de forma diferente das mulheres brancas. A partir do momento em que essas mulheres entram em uma maternidade, seu tratamento é diferenciado com base em sua raça, como defende a socióloga e doula Daniela Rosa:

A hora que eu me coloco diante de um ser humano, e percebo que existem camadas, que existem véus que tão estão envolvendo aquele ser para mim, eu já vou dispensar a ele o tratamento que eu julgo ser compatível com aquele corpo, com aquele ser humano, e infelizmente aquilo que se julga compatível com os corpos negros no Brasil é a violência.⁶²

3.3.2 Diferenças entre o setor privado e o SUS

Embora todas as gestantes sejam suscetíveis a sofrerem violência obstétrica, a mesma possui diferentes formas de manifestação no setor privado e no SUS, demonstrando a face social da desigualdade no Brasil. Pagar um médico particular não é garantia de um parto humanizado, muito pelo contrário, mas altera substancialmente a forma de violência, demonstrando a face social da desigualdade no Brasil.

O caso mais prevalente de violência obstétrica no setor privado é a indução da gestante a optar por um parto cesário desde o início do pré-natal⁶³. Muitas vezes a mulher busca um profissional particular para ter um parto humanizado e ao longo da gestação o profissional, que inicialmente pode ter se mostrado favorável ao parto natural, começa a apontar diversos empecilhos que direcionem a mulher ao parto cesário. Sem evidências médicas, mencionando a estrutura corporal da mãe, e em situações comuns, como o caso de circular cervical de cordão — presentes em 20 a 37% dos bebês⁶⁴ — os médicos se usam de sua posição de poder

62 FOLHA DE SÃO PAULO. **Mulheres negras sofrem mais com a violência obstétrica**: ouça debate. ouça debate. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/podcasts/2020/05/mulheres-negras-sofrem-mais-com-a-violencia-obstetrica-ouca-debate.shtml>. Acesso em: 30 set. 2020.

63 ÁVILA, L. **Parto: outro lado invisível do nascer**: como a violência obstétrica afeta 1 em 4 mulheres no Brasil. 2016. 91 f. TCC (Graduação) - Curso de Jornalismo, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2017.

64 SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **Femina**, [S. L.], v. 38, n. 10, p. 505-516, set. 2010.

para induzir a mulher ao parto cesário, em alguns casos até mesmo insinuando que a mesma seria negligente ao negar a cirurgia.

As parturientes do sistema privado que realizam o parto natural não estão imunes aos casos de episiotomias desnecessárias, aplicação de ocitocina sintética, uso de fórceps, e manobra de Kristeller, entre outros, até mesmo porque tais procedimentos agilizam o nascimento, sendo a manifestação da lógica capitalista no parto. Outro motivo que faz com que as mulheres com maior renda sofram mais intervenções é a associação entre intervenção e cuidado nos partos no Brasil, se relaciona o protagonismo do médico com um melhor serviço.

Os padrões de violência obstétrica sofridos pelas parturientes assistidas pelo SUS não são os mesmos, mas ainda assim são alarmantes. Embora a forte indução ao parto cesário não se faça presente no SUS, responsável por tornar a taxa de cesárias menos alarmante no Brasil, o sistema público revela o grande problema da peregrinação no anteparto, que consiste na necessidade de busca da parturiente por atendimento em mais de uma unidade de saúde. Mesmo que a vinculação à maternidade seja garantida pela Lei 11.634/2007⁶⁵, a insuficiência de leitos obstétricos, falta de médicos plantonistas e de equipamentos dificultam o atendimento da mulher no SUS.

A parturiente assistida pelo sistema público sofre com a crueldade de ser submetida à condição de objeto de prática de técnicas por residentes, sendo vítima de diversas intervenções não consentidas que deveriam ser praticadas em modelos sintéticos, e não por meio da desumanização da mulher. E mesmo nos casos de intervenções, a paciente do SUS tem menos chances de receber analgesia. Também é mais corriqueira a negativa de acompanhante no parto, mesmo que consista em direito garantido pela Lei 11.108/2005⁶⁶, e a ausência de acompanhante deixa a mulher ainda mais vulnerável à violência obstétrica, especialmente agressões verbais.

Portanto a menor incidência de intervenções no sistema público não é significado de menor índice de violência obstétrica, é apenas o retrato da negligência, com as dificuldades de obter pré natal adequado e as maiores chances de peregrinar no anteparto e parto pela

65 BRASIL. Lei federal nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 DEZ; 2007. Seção 1, p. 2.

66 Id. Lei federal nº 11.108 de 7 de abril de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 ABR.; 2005. Seção 1, p. 7

negligência da saúde da mulher pelo Estado, essas parturientes passam por maior risco de complicações, que colocam em risco a vida delas e de seus filhos. A negação de direitos, com total desrespeito às leis, também é uma característica mais forte da violência obstétrica no sistema público, e pela própria burocracia estatal essas mulheres encontram dificuldade para denunciar essas violações e ver resultados.

3.4 Violência obstétrica, parto humanizado e Direitos Humanos

O parto humanizado é tido como o oposto da violência obstétrica, sendo este o que preserva a vida da mulher e da criança, respeitando a fisiologia da mulher e a colocando como sujeito ativo e central no processo de parto, é um parto de direitos, que proíbe intervenções desnecessárias. Ao contrário do imaginário popular, o parto humanizado não é sinônimo de parto natural, ou seja, sem nenhum tipo de intervenção, mas sim aquele que respeita as escolhas da mulher dentro das possibilidades.

A Medicina Baseada em Evidências⁶⁷ é a base do parto humanizado, ela preza pelo parto como evento natural que deve ser protagonizado pela mulher, e eventuais intervenções devem ter segurança e efetividade comprovadas cientificamente, sem ignorar a influência do poder econômico nas pesquisas científicas. Não há um conceito específico de parto humanizado, ele abarca do parto natural à cesariana, é a observância dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher por meio do respeito à sua autonomia.

Diversas organizações atuam pela promoção do parto humanizado e combate à violência obstétrica no Brasil, a Rede Pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), atuante desde 1993, contribui para a difusão de conhecimento, processo de formação de profissionais e é referência na consultoria de políticas públicas, tendo participado dos Comitês de Especialistas de Mobilização Social da Rede Cegonha. A associação Artemis também é de excepcional relevância no combate à violência obstétrica, por meio da promoção da autonomia feminina, ela luta pela erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres, tendo participado de diversas audiências públicas e, em parceria com a Defensoria

67 DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciências e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 627-637, jan. 2005.

Pública do Estado de São Paulo, elaborado um modelo de plano de parto, importante instrumento no combate à violência obstétrica.

A Rede Parto do Princípio também é um dos principais agentes na luta pela humanização do parto no Brasil, sua principal atuação é pela promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Além de promover seminários e atuar em audiências públicas, em 2012 a organização elaborou o dossiê “Parirás com Dor” para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, que reuniu informações sobre a violência institucional obstétrica e denunciou a inércia do Estado, que ignora os dados quantitativos e não elabora as políticas públicas pertinentes.

O Brasil conta com algumas casas de parto que atuam como referência de parto humanizado pelo SUS, entre elas está o Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, onde as grávidas de risco habitual são acompanhadas por uma enfermeira obstetra, e, no caso de intercorrências, a parturiente é transferida para a maternidade do hospital para ser atendida por um médico. A Casa Angela, em São Paulo, é outro exemplo de centro de parto humanizado, inaugurada em 2009, tem sua origem em 1997, com a antiga Casa de Parto Monte Azul, fundada pela Associação Comunitária Monte Azul e pela parteira alemã Angela Gehke da Silva. Inicialmente a casa atuava com trabalho voluntário e recursos de parceiros, mas em 2015 passou a receber recursos do SUS por meio de convênio com a prefeitura.

Em 2003 o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH), também conhecido como HumanizaSUS, com o objetivo de melhorar a qualidade e dignidade no serviço de saúde, articulando avanços tecnológicos e acolhimento. O HumanizaSUS possui diversos cadernos informativos, e trata da humanização do parto e do nascimento em seu 4º volume, onde fala da restituição do protagonismo à mulher, visão interdisciplinar do parto — parto como um evento humano que ultrapassa o aspecto biológico — e trata da Medicina Baseada em Evidências.

O Ministério da Saúde identifica três modelos básicos na atenção ao parto e ao nascimento, os paradigmas tecnocrático, humanista e holístico. O modelo tecnocrático é a visão cartesiana, a separação entre corpo e mente, a visão do paciente como um objeto; o modelo humanista entende o corpo como organismo, trata o parto como “fenômeno

integrativo que engloba aspectos emocionais, psicológicos, fisiológicos, sociais e espirituais”⁶⁸; já o modelo holístico entende o corpo como campo energético em constante integração com outros campos de energia. Nesse caderno se reconhece que o modelo vigente é o tecnocrático e que o modelo almejado é o humanista.

Embora o próprio governo nesse mesmo documento reconheça a existência de uma “violência institucional corrente na atenção obstétrica”⁶⁹, ressalte que essa é uma violência de gênero, e coloque a atenção humanizada e respeitosa como solução, enquanto for tabu dar nome ao problema, usar abertamente o termo “violência obstétrica”, será muito difícil buscar uma forma eficaz de lidar com essa questão. A conceituação oficial do termo, e seu uso independentemente de resistência corporativista são essenciais para usá-lo como parâmetro de saúde pública.

É imprescindível tratar o direito ao parto humanizado como um direito humano, e a violência obstétrica como uma violação do mesmo, por isso faz-se necessário explorar como se deu a conquista dos direitos humanos das mulheres e quais são suas limitações. Ainda que muitos direitos sexuais e reprodutivos que se apliquem à violência obstétrica tenham sido positivados, especialmente por meio de tratados internacionais, direitos positivados sem aplicação real são apenas palavras bonitas, por isso é importante definir o que constitui violência obstétrica, para poder haver segurança jurídica para se traduzir esses direitos em questões reais, fáticas.

68 BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. **Cadernos HumanizaSUS; v. 4.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 111. Disponível em: <http://redehumanizausus.net/acervo/cadernos-humanizausus-volume-4-humanizacao-do-parto-e-nascimento/>. Acesso em 30 set. 2020.

69 Ibis. p. 113.

4 EXCLUSÃO DAS MULHERES ENQUANTO SUJEITOS DE DIREITOS HUMANOS

4.1 A importância de se falar em “direitos humanos das mulheres”

Adotando-se uma visão historiográfica denominada *Deep History*⁷⁰, em detrimento de uma visão revisionista, os Direitos Humanos, nas palavras de Arendt⁷¹ “o direito a ter direitos”, tem início no Século XVIII, com a Revolução Francesa. Com este marco, observa-se que o desenvolvimento da ideia de Direitos Humanos se deu com o surgimento do conceito de direitos universais, tal universalização, criada por uma ótica exclusivamente masculina, se escondeu sob um viés de neutralidade, fazendo com que os sujeitos de direitos universais tomassem a forma do homem branco, dificultando a reivindicação de direitos iguais, vez que sugere que os próprios direitos, ou, pelo menos, como e onde são exercidos, dependem das características físicas do ser humano⁷².

Confirmando a ideia de que os Direitos Humanos foram criados tendo como base a figura masculina, a Declaração Universal dos Direitos Humanos faz referência à família enquanto objeto a ser protegido, porém, esse modelo de família considera o homem como seu chefe, se falando, então, em um sistema de direitos também acessado por meio das relações familiares. Diante disso, o sistema de Direitos Humanos acaba por marginalizar os direitos das mulheres, visto que, integra os direitos das mulheres sem desafiar ou mudar as estruturas e políticas consideradas fontes de discriminação⁷³.

Desta forma, embora os Direitos Humanos se proponham a uma concepção universal, aplicáveis a todas as pessoas sem distinção, diante da específica violação dos mesmos em função do gênero, faz-se necessária a criação de uma categoria de Direitos Humanos das

70 HUNT, L. **Inventing Human Rights: a history**. New York: W. W. & Norton Company, 2007.

71 ARENDT, H. **Origins of Totalitarianism**. USA: Harvest, 1973. p. 296.

72 SCOTT, J. W. French Feminists and the Rights of 'Man': olympe de gouges's declarations. **History Workshop**, Oxford, v. 28, n. 1, p. 1-21, 1989.

73 JOACHIM, J. **Women's Rights as Human Rights**. 2010. Oxford Research Encyclopedia of International Studies. Disponível em: <https://oxfordre.com/internationalstudies/internationalstudies/view/10.1093/acrefore/9780190846626.001.0001/acrefore-9780190846626-e-430>. Acesso em: 20 maio 2019.

mulheres. Essa posição reflete a mudança da percepção de igualdade, enquanto no início a proteção de Direitos Humanos se guiava pela igualdade formal, com a expansão do movimento feminista e contribuição de diversas vertentes, passou-se a falar em igualdade material⁷⁴. Segundo H. Charlesworth:

O modelo de não discriminação pode mudar a linguagem formal de poder e oferecer a indivíduos particulares remédios limitados contra a desigualdade. Tentar balancear a natureza de gênero do sistema internacional de Direitos Humanos ao definir uma categoria de direitos das mulheres pode alterar a concepção monolítica de desigualdade. E o entendimento das relações de poder e subordinação apoiadas pela lei pode abrir caminho para uma reforma que não caia na mesma armadilha. Ao mesmo tempo, devemos permanecer realistas e, de certa forma, céticas, em relação à importância de qualquer lei, nacional ou internacional, para se atingir mudanças sociais.⁷⁵ (CHARLESWORTH, 1994. p. 68, tradução nossa)

A reivindicação dos direitos das mulheres, seguindo o ponto de vista ocidental, sempre teve como foco a positivação de direitos, seguindo um formalismo traiçoeiro, na medida em que as relações de poder se mostram um obstáculo à efetivação dos mesmos. Como diz Hoffmann⁷⁶, os direitos humanos são convicções da nossa sociedade, tidos como verdades inquestionáveis no que se pode definir como uma moralidade universal, por esse motivo, a grande questão no tema dos Direitos Humanos é como implementá-los.

4.2 Direitos humanos das mulheres no plano internacional

74 PIOVESAN, F. A Proteção Internacional dos Direitos Humanos das Mulheres. **Revista EMERJ**, Rio de Janeiro, vol. 15, nº 57 (Edição Especial), pp. 70-89, jan-mar. 2012. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/16041527.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

75 “The model of nondiscrimination can change the formal language of power and offer particular individuals limited remedies against inequality. Attempting to balance the thoroughly gendered nature of the international human rights system by defining a category of women's rights can alter a monolithic conception of inequality. And understanding the relations of power and subordination endorsed by the law can suggest methods of reform that will not fall into the same trap. At the same time, it is necessary to remain realistic and somewhat skeptical about the importance of any law, national or international, in achieving social change.”

76 HOFFMANN, S.L. **Human Rights in the Twentieth Century**. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

No âmbito internacional, conforme Joachim⁷⁷, os direitos das mulheres podem ser analisados em 3 fases. A primeira abrange o período entre 1900 e a década de 1950, a segunda entre a década de 1960 e o final da década de 1980, e, por fim, a terceira abarca o período entre o início da década de 1990 e os dias atuais. As duas primeiras buscavam tratar os direitos das mulheres de forma independente, apenas na terceira o pensamento mudou.

A primeira fase se limitou aos direitos civis e políticos, com enfoque no direito ao voto, trabalho e nacionalidade. Essa geração refletiu as demandas burguesas europeias e estadunidenses, vez que apenas a classe burguesa dispunha de tempo e recursos financeiros para lutar por direitos em âmbito internacional. Como diz Davis sobre a Convenção de *Seneca Falls* nos Estados Unidos, ainda no século XIX, que impulsionou a organização de mulheres em busca por direitos em nível internacional:

A importância inestimável da Declaração de Seneca Falls residia em seu papel como expressão da consciência sobre os direitos das mulheres em meados do século XIX. Tratava-se do resultado teórico de anos de contestações inseguras e muitas vezes silenciosas, voltadas a uma condição política, social, doméstica e religiosa que era contraditória, frustrante e claramente opressiva para as mulheres da burguesia e das classes médias emergentes. Entretanto, enquanto consumação exata da consciência do dilema das mulheres brancas de classe média, a declaração ignorava totalmente a difícil situação das mulheres brancas da classe trabalhadora, bem como a condição das mulheres negras tanto do Sul quanto do Norte. Em outras palavras, a Declaração de Seneca Falls propunha uma análise da condição feminina sem considerar as circunstâncias das mulheres que não pertenciam à classe social das autoras do documento.⁷⁸

Após a Primeira Guerra Mundial as mulheres, embora com pouco sucesso, reivindicaram direitos na Conferência de Paz de Paris, em 1919, momento de fundação da Liga das Nações e da Organização Internacional do Trabalho. Maior avanço foi obtido na Carta das Nações Unidas de 1945, que foi a primeira declaração internacional a reconhecer a igualdade de gênero enquanto direito humano; tal concepção foi reforçada em 1948, na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Em 1946 a ONU criou a Comissão sobre o Status da Mulher (CSW) para promover a igualdade de gênero, porém, nessa época os direitos das mulheres eram preteridos, foi apenas com a segunda onda do feminismo, iniciando na

77 JOACHIM, J. **Women's Rights as Human Rights**. 2010. Oxford Research Encyclopedia of International Studies. Disponível em: <https://oxfordre.com/internationalstudies/internationalstudies/view/10.1093/acrefore/9780190846626.001.0001/acrefore-9780190846626-e-430>. Acesso em: 20 maio 2019.

78 DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016. p. 64.

década de 1960, que a ONU começou a dar devida importância ao tema. Nas palavras de Zinsser sobre essa primeira fase:

De sua fundação até 1975 e a declaração do Ano Internacional da Mulher, as Nações Unidas pouco fizeram para avançar a causa dos direitos das mulheres [...] Mas, apesar desses reconhecimentos ideológicos e estruturais das necessidades específicas das mulheres, a condição dessas ao redor do mundo nunca foi uma prioridade de ação em qualquer parte do sistema das Nações Unidas.⁷⁹ (ZINSSER, 2002, p. 139, tradução nossa)

Nessa primeira fase, sendo um movimento dominado pelas demandas burguesas europeias e estadunidenses, e por apresentar apenas um princípio de internacionalização, o movimento feminista não se apresentava como algo subversivo e ameaçador à ordem social, isso explica o menor interesse das Nações Unidas em autá-lo. Essa foi uma época em que a questão da reprodução social gozava de maior estabilidade, conferida pela centralização da mesma ao redor da família nuclear — como se vê na Declaração Universal dos Direitos Humanos — e pelo Estado do Bem Estar Social, que promovia o equilíbrio entre o trabalho remunerado e o trabalho reprodutivo, evitando tensões sociais.

A segunda fase, em seu início, foi marcada pela organização de mulheres fora do âmbito intergovernamental, vez que elas buscavam evitar que seus direitos fossem relegados a segundo plano diante do conflito da Guerra Fria. Essa fase também foi marcada pela expansão do movimento, que foi gradativamente incluindo as demandas de mulheres de países em desenvolvimento e recém-descolonizados, deixando de ser um movimento exclusivamente burguês. Com a expansão e enriquecimento do movimento, bem como com a segunda onda do feminismo, o *lobby* das mulheres na ONU conseguiu maiores resultados.

Já na década de 1970 a Assembleia Geral da ONU declarou o ano de 1975 como o Ano Internacional das Mulheres, organizando a Conferência Mundial sobre as Mulheres (Conferência do México) também em 1975, que culminou com a criação da Década da Mulher (1976-1985). A Década da Mulher consistiu em um Plano de Ação com orientações aos Estados e à Comunidade Internacional para atingir os objetivos da Conferência do

⁷⁹ “From its founding until 1975 and the declaration of the International Women's Year (IWY), the United Nations did little to advance the cause of women's rights. [...] But despite these ideological and structural acknowledgments of women's separate needs, the condition of women worldwide was never a priority for action in any part of the United Nations system.”

México, ou seja, igualdade de gênero, integração das mulheres no processo de desenvolvimento e participação das mesmas na busca pela paz.

A Conferência do México de 1975⁸⁰ reconheceu que o subdesenvolvimento atinge as mulheres de forma desproporcional aos homens, e que a maternidade não deveria ser causa de desigualdade e discriminação, porém, o documento não trata a desigualdade de gênero como algo estrutural, fala apenas em distribuição das responsabilidades entre homens e mulheres e criação de oportunidades iguais. Quando se fala em implementar políticas de desenvolvimento para países, se fala na manutenção do sistema econômico que mantém a desigualdade de gênero, a modernização da agricultura mencionada, por exemplo, representa a retirada da subsistência das mulheres, aprofundando sua opressão.

No documento também é possível perceber o reforço à ideia de família nuclear como centro da reprodução da força de trabalho, isso ocorre em um momento de desequilíbrio da reprodução social em que a capacidade do sistema capitalista de se autorreproduzir era questionada⁸¹. A Declaração do México não aborda os direitos sexuais e reprodutivos, apenas fala da liberdade sobre o planejamento familiar, e também nota-se um vazio no texto em relação à violência contra mulher, tendo essa ausência sendo corrigida pela Convenção de Belém do Pará em 1994.

Um grande marco foi a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher em 1979 (CEDAW), vez que não apenas buscou a positivação de direitos, mas também propôs ações afirmativas para acelerar a igualdade entre homens e mulheres. A convenção, também chamada de “Carta Internacional dos Direitos da Mulher”, embora tenha sofrido reservas, foi amplamente ratificada; além dela foi elaborado um Protocolo Facultativo, que, embora tenha encontrado mais resistência que a Convenção, tanto em ratificações quanto em reservas, propôs mecanismos de efetivação dos direitos previstos, incluindo visitas *in loco* e possibilidade de petição individual por parte das vítimas de discriminação de gênero. Diz a ONU sobre a CEDAW:

80 ONU. **Declaration Of Mexico On The Equality Of Women And Their Contribution To Development And Peace**. Cidade do México, 1975. Disponível em: <http://www.un-documents.net/mex-dec.htm>. Acesso em: 5 nov. 2019.

81 FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019. Tradução: Coletivo Sycorax.

“Em seus 30 artigos, a Convenção define claramente a discriminação contra mulheres e estabelece uma agenda para ação nacional para pôr fim a tal discriminação. **A Convenção considera a cultura e a tradição como forças influentes para moldar os papéis de gênero e as relações familiares [...].**”⁸² (grifo nosso)

A CEDAW, embora não fale explicitamente em direitos reprodutivos e sexuais, trata em seu artigo 12 sobre a eliminação da discriminação contra a mulher na esfera da saúde, tratando da adequada assistência à gravidez, parto e puerpério. É um primeiro passo na associação entre parto e Direitos Humanos, com base nesse artigo o Brasil foi responsabilizado pela morte de Alyne da Silva Pimentel Teixeira pelo Comitê CEDAW em agosto de 2011⁸³, sendo a primeira vez em que uma morte materna evitável foi levada ao Sistema de Direitos Humanos das Nações Unidas.

Zinsser⁸⁴ fala da importância da linguagem dos documentos como sinal da mudança da situação da mulher em âmbito internacional, ressaltando a diferença entre os documentos da Conferência do México em 1975 e a de Nairóbi em 1985. Enquanto a primeira usou termos dentro da estrutura patriarcal, falando em “integração” e “participação”, sem dar a devida atenção às diferenças de raça e classe e sem desafiar essa estrutura, a Conferência de Nairóbi, por sua vez, revela que a mulher tomou para si a linguagem, se apropriando de vocabulário e procedimentos internacionais de forma mais incisiva. No lugar de vítimas, as mulheres se tornaram agentes ativos na criação de instituições e políticas internacionais.

A Conferência de Nairóbi diversificou o espectro de mulheres, prestando mais atenção nas diferenças regionais, de classe e raça, bem como, no lugar de apenas definir estratégias básicas, propôs medidas de implementação de tais estratégias. Os direitos sexuais e reprodutivos ainda não foram pauta de destaque, em relação à saúde da mulher, as únicas abordagens feitas pelo documento foram em relação à mortalidade materna e disponibilidade dos serviços de saúde e de planejamento familiar. Antes o foco da ONU era a ideia de

82 PIOVESAN, F. A Proteção Internacional dos Direitos Humanos das Mulheres. **Revista EMERJ**, Rio de Janeiro, vol. 15, nº 57 (Edição Especial), pp. 70-89, jan-mar. 2012. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/16041527.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

83 DHESCA BRASIL. **Relatório sobre Mortalidade Materna no contexto do processo de implementação da decisão do Comitê CEDAW contra o Estado brasileiro no caso Alyne da Silva Pimentel**. Redação: Beatriz Galli, Helena Rocha e Jandira Queiroz. 1. ed. Brasília: UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas, 2015.

84 ZINSSER, Judith P. **From Mexico to Copenhagen to Nairobi: The United Nations Decade for Women, 1975-1985**. Journal of World History, Vol. 13, nº 1, pp. 139-168. Honolulu: University of Hawai'i Press, 2002.

desenvolvimento, e os direitos das mulheres ficavam em segundo plano, em Nairóbi se reconheceu o papel central da mulher no desenvolvimento, o que foi um sinal da reestruturação de instituições essencialmente masculinas.

É preciso reconhecer que esses marcos foram conquistados por muita luta das mulheres, mas não é possível ignorar que essas vitórias ocorreram dentro de um contexto em que era interessante para as Nações Unidas adentrar na luta feminista, portanto as condições para esses avanços eram mais favoráveis do que na primeira fase. Com a expansão das pautas e internacionalização do movimento feminista, somado à maciça inserção da mulher no mercado de trabalho, as tensões causadas pelas contradições do capitalismo, ou seja, a desestabilização da relação entre trabalhos remunerado e reprodutivo, fizeram com que o movimento se tornasse mais subversivo e, portanto, mais ameaçador à estrutura capitalista, desta forma, o direcionamento das pautas do movimento por um organismo internacional se mostrou uma opção interessante para a manutenção da ordem social.

Verifica-se isso pelo próprio posicionamento das Nações Unidas em relação à CEDAW, nessa Convenção se reconheceu que a cultura e tradição são forças que moldam os papéis de gênero e relações familiares, porém, convenientemente se ignorou a responsabilidade do capitalismo na perpetuação da opressão de gênero, em uma manobra que permitiu adequar as pautas do movimento feminista aos interesses do capital internacional. Segundo Federici⁸⁵, no final da década de 1970 o feminismo se tornou uma força social tamanha que não poderia mais ser ignorado ou derrotado, e isso fica evidente pela diferença de linguagem usada em Nairóbi, portanto, sem poder derrotar ou ignorar o movimento, a ordem social buscou na ONU uma forma de domesticá-lo, aceitando as reivindicações feministas, mas dentro dos limites aceitos pelo capital, e essa busca se intensificará na terceira fase.

Enquanto as duas primeiras fases, para evitar a marginalização da demanda, trataram os direitos das mulheres isoladamente, a terceira fase buscou uni-los aos Direitos Humanos, finalmente reconhecendo que a desigualdade de gênero é resultante de estruturas socioeconômicas. No início da década de 1990, as ativistas pelos direitos das mulheres passaram a atuar nas mais diversas conferências, não apenas de Direitos Humanos, entre elas

85 FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019. Tradução: Coletivo Sycorax.

a ECO-92, colocando a desigualdade de gênero como obstáculo a ser vencido para se atingir os demais objetivos.

Um grande marco dessa fase foi a Conferência de Direitos Humanos de Viena, em 1993, vez que nela os direitos das mulheres foram reconhecidos como direitos humanos. Em Viena as ativistas focaram em caracterizar a violência contra a mulher enquanto violação de direitos humanos, demandando a ressignificação da forma como direitos humanos são personificados, ou seja, deixando de ser uma matéria pensada para o homem, para ser uma matéria que de fato abarque todos os gêneros.

Para Friedman⁸⁶, outro importante progresso conquistado em Viena foi a mudança de enquadramento da proteção dos Direitos Humanos, ressaltou-se a importância de combater violações não apenas na esfera pública, demandando a responsabilidade dos Estados, mas também na privada, vez que as violações dos Direitos Humanos das mulheres ocorrem em grande parte por particulares, dentro de casa. Confrontou-se também o foco anterior em direitos políticos e civis, pregando pela indivisibilidade dos Direitos Humanos, pois, ao analisar o histórico de opressão de gênero, viu-se a necessidade de promover os direitos políticos, civis, sociais e econômicos simultaneamente. Conforme se lê na Declaração e Programa de Ação de Viena:

Os Direitos Humanos das mulheres e das crianças do sexo feminino constituem uma parte inalienável, integral e indivisível dos Direitos Humanos universais. A participação plena das mulheres, em condições de igualdade, na vida política, civil, econômica, social e cultural, aos níveis nacional, regional e internacional, bem como a erradicação de todas as formas de discriminação com base no sexo, constituem objetivos prioritários da comunidade internacional. A violência baseada no sexo da pessoa e todas as formas de assédio e exploração sexual, nomeadamente as que resultam de preconceitos culturais e do tráfico internacional, são incompatíveis com a dignidade e o valor da pessoa humana e devem ser eliminadas. Isto pode ser alcançado através de medidas de caráter legislativo e da ação nacional e cooperação internacional em áreas tais como o desenvolvimento socioeconômico, a educação, a maternidade segura e os cuidados de saúde, e a assistência social. Os Direitos Humanos das mulheres deverão constituir parte integrante das atividades das Nações Unidas no domínio dos Direitos Humanos, incluindo a promoção de todos os instrumentos de Direitos Humanos relativos às mulheres. A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos insta os Governos, as instituições e as organizações intergovernamentais e não governamentais a intensificarem os seus esforços com vista à proteção e à promoção dos Direitos Humanos das mulheres e das meninas.⁸⁷

86 FRIEDMAN, E. J. Gendering the agenda: the impact of the transnational women's rights movement at the UN conferences of the 1990. **Women's Studies International Forum**, Vol. 26, nº 4, pp. 313-331. Estados Unidos: Elsevier Science Ltd, 2003.

O reconhecimento do direito das mulheres enquanto direitos humanos provocou mudanças institucionais, a ONU passou a dar maior ênfase ao tema, com Relatores Especiais, que consistem em procedimentos especiais, e cooperação entre o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos e a Comissão sobre o Status da Mulher. Ademais, organizações de Direitos Humanos, como a Anistia Internacional e a *Human Rights Watch* estabeleceram diretrizes e investigações voltadas ao tema.

A Conferência do Cairo em 1994 também teve grande importância, as mulheres alargaram a abrangência da mesma, tirando o foco em controle de crescimento populacional e transferindo-o, segundo Friedman⁸⁸, para uma visão holística, abrangendo direito à saúde e direitos reprodutivos das mulheres, associando-os, junto ao investimento em planejamento familiar, ao desenvolvimento sustentável. Embora o tema tenha encontrado resistência em relação ao abortamento, a conferência consolidou um discurso de direitos reprodutivos e sexuais, bem como a ideia de maternidade segura, que constituem uma base essencial para se discutir violência obstétrica.

A proteção aos direitos sexuais e reprodutivos é essencial para o pleno exercício da cidadania, segundo Corrêa e Petchesky⁸⁹, as mulheres não tomam decisões reprodutivas livremente, de forma isolada, elas são intensamente pressionadas por fatores sociais e econômicos, e esses direitos criam uma base para a autonomia feminina, incluindo fatores materiais, de infraestrutura, culturais e políticos que permitem que a mulher faça suas escolhas sexuais e reprodutivas com menos interferência externa. A ausência de transporte pode implicar no aumento da mortalidade materna; o tratamento desumanizado pode interferir nas escolhas de parto, como é o caso do medo de um parto vaginal violento que leva muitas mulheres a optarem por uma cesárea; a ausência de educação sexual causa não apenas gravidez indesejada, mas prende a mulher ao papel social da maternidade, a proteção dos direitos sexuais e reprodutivos visa eliminar essas variáveis para permitir uma escolha mais

87 PIOVESAN, F. A Proteção Internacional dos Direitos Humanos das Mulheres. **Revista EMERJ**, Rio de Janeiro, vol. 15, nº 57 (Edição Especial), pp. 70-89, jan-mar. 2012. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/16041527.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

88 FRIEDMAN, E. J. Gendering the agenda: the impact of the transnational women's rights movement at the UN conferences of the 1990. **Women's Studies International Forum**, Vol. 26, nº 4, pp. 313-331. Estados Unidos: Elsevier Science Ltd, 2003.

89 CORREA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: revista de saúde coletiva** [online]. 1996, vol.6, n.1-2, pp.147-177. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73311996000100008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 set. 2020

livre, por isso a Conferência do Cairo é vista como um grande avanço para a autonomia da mulher.

No mesmo ano ocorreu a Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher), que reforçou a importância de se reconhecer e combater a violação aos Direitos Humanos das Mulheres tanto na esfera pública quanto na privada. Segundo Piovesan⁹⁰, a crescente democratização do espaço público, permitindo às mulheres participação ativa na sociedade, contrasta com a necessidade de se democratizar o espaço privado. O reconhecimento da violência de gênero nessas duas esferas é fundamental em uma sociedade patriarcal em que os papéis sociais ainda relacionam a mulher à noção de família e casa.

Essa convenção é de grande relevância para o debate da violência obstétrica, vez que dá atenção à violência tolerada ou perpetrada pelo Estado ou seus agentes, além de criar o compromisso com a criação de políticas públicas de combate à violência, incluindo o treinamento judiciário e policial para lidar com essa questão. Ao consagrar o direito a uma vida sem violência, e firmar o compromisso de alteração de padrões sociais e culturais que alimentam a violência de gênero, o documento auxilia no reconhecimento da violência obstétrica como uma violência de gênero e fornece uma base para atacá-la.

A Conferência de Pequim em 1995, que resultou na Plataforma de Ação de Pequim, refletiu fortemente essas mudanças, vez que todos os temas passaram a integrar a questão da desigualdade de gênero, abarcando pobreza, educação, saúde, violência contra mulher, entre outros, em especial o feito de conflitos armados dentro da perspectiva de gênero, tema de grande relevância na década. É o que Friedman⁹¹ chama de *gendering the agenda*, o movimento transnacional pelos Direitos Humanos das Mulheres mudou a forma de se entender os assuntos globais.

Além disso, a Conferência de Pequim também marcou de forma significativa a mudança da linguagem, transferiu-se o foco em “mulheres” para se falar mais em “gênero”, e, segundo

90 PIOVESAN, F. A Proteção Internacional dos Direitos Humanos das Mulheres. **Revista EMERJ**, Rio de Janeiro, vol. 15, nº 57 (Edição Especial), pp. 70-89, jan-mar. 2012. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/16041527.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

91 FRIEDMAN, E. J. Gendering the agenda: the impact of the transnational women's rights movement at the UN conferences of the 1990. **Women's Studies International Forum**, Vol. 26, nº 4, pp. 313-331. Estados Unidos: Elsevier Science Ltd, 2003.

a ONU⁹², reconheceu a necessidade de mudança da sociedade como um todo. A Declaração e a Plataforma de Ação de Pequim não apenas mudar o *status* da mulher na sociedade, mas reestruturar instituições e ações políticas e econômicas na sociedade.

Em 2010 a Assembleia Geral da ONU criou a ONU Mulheres, órgão que fundiu o Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM), a Divisão para o Avanço das Mulheres (DAW), o Escritório de Assessoria Especial em Questões de Gênero (OSAGI) e o Instituto Internacional de Treinamento e Pesquisa para a Promoção da Mulher (INSTRAW), buscando uma frente única para atingir a igualdade de gênero. A ONU Mulheres atua como um secretariado da Comissão sobre a Situação das Mulheres e busca integrar o sistema das Nações Unidas e a sociedade civil, empresas, universidades e os Três Poderes para implementar as declarações e convenções conquistadas até hoje.⁹³

Embora enormes avanços tenham sido conquistados, os Direitos Humanos das Mulheres ainda são muito contestados, principalmente sob a alegação de que se devem respeitar aspectos culturais e religiosos, visando manter a concepção tradicional de gênero. Segundo Friedman, enquanto as conferências mais antigas não focavam explicitamente nos direitos das mulheres, a partir da Conferência do Cairo, com a força do movimento feminista, não havia mais um disfarce para se debater os Direitos Humanos das Mulheres, eles passaram a ser debatidos de forma central e marcar forte presença em documentos oficiais, fato esse que abriu espaço para maior resistência.⁹⁴ Segundo Piovesan, não se deve considerar a evolução dos direitos das mulheres como algo linear:

Enquanto um construído histórico, os direitos humanos das mulheres não traduzem uma história linear, não compõem uma marcha triunfal, nem tampouco uma causa perdida. Mas refletem, a todo tempo, a história de um combate, mediante processos que abrem e consolidam espaços de luta pela dignidade humana, como invoca, em sua complexidade e dinâmica, o movimento feminista, em sua trajetória plural.⁹⁵

92 ONU. **The Four Global Womens' Conferences 1975 - 1995: historical perspective.** Historical Perspective. 2000. Disponível em: <https://www.un.org/womenwatch/daw/followup/session/presskit/hist.htm>. Acesso em: 26 set. 2020.

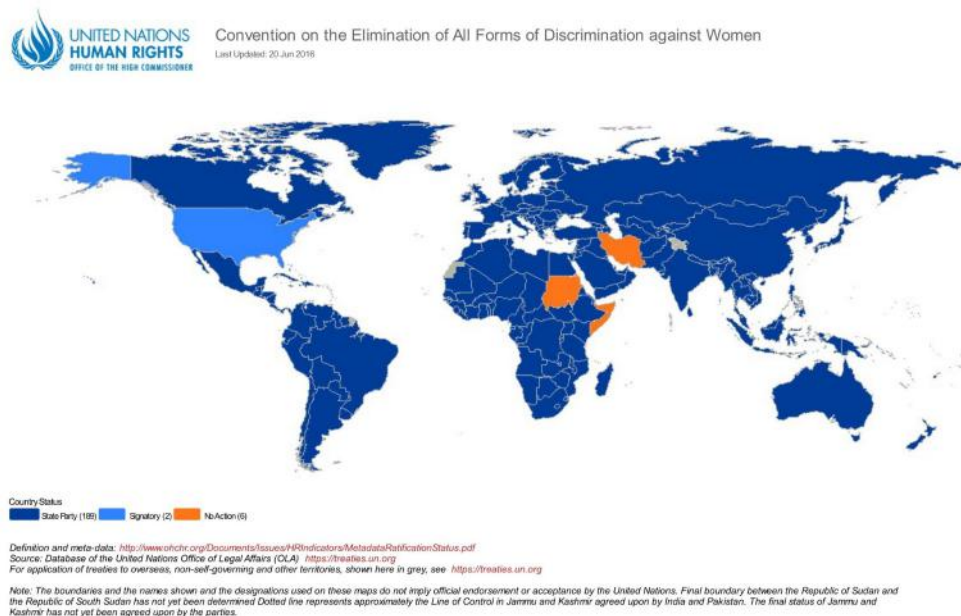
93 Id. **Sobre a ONU Mulheres: Garantir os direitos humanos das mulheres no Brasil e no mundo.** Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/onu-mulheres/sobre-a-onu-mulheres/>. Acesso em 10 nov. 2019.

94 FRIEDMAN, E. J. Gendering the agenda: the impact of the transnational women's rights movement at the UN conferences of the 1990. **Women's Studies International Forum**, Vol. 26, nº 4, pp. 313-331. Estados Unidos: Elsevier Science Ltd, 2003.

95 PIOVESAN, F. A Proteção Internacional dos Direitos Humanos das Mulheres. **Revista EMERJ**, Rio de Janeiro, vol. 15, nº 57 (Edição Especial), pp. 70-89, jan-mar. 2012. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/16041527.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

Uma das formas de exercer essa resistência é pela negação do uso da linguagem feminista, especialmente quanto ao uso da expressão gênero no lugar de sexo, vez que a mesma presume a separação entre sexo biológico e os papéis sociais designados a cada um deles, essa foi uma objeção forte de setores religiosos, em especial do Vaticano. As reservas representam outra forma de contestação muito usada, feitas muitas vezes sob o pretexto de se proteger a “família tradicional”, ou seja, uma família patriarcal que perpetua a desigualdade e a violência de gênero.

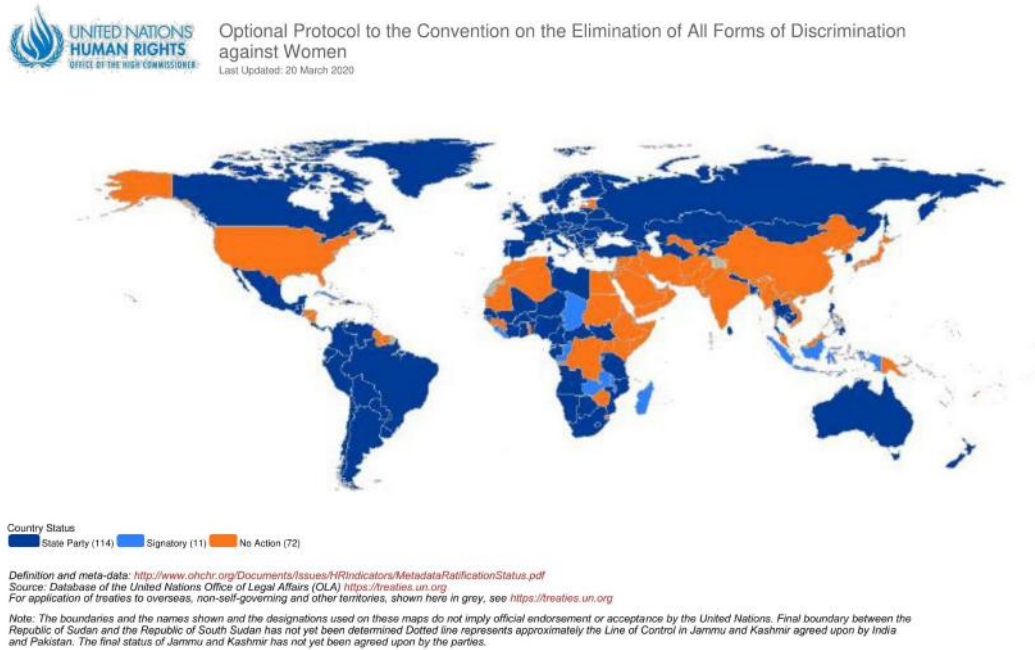
As reservas são essencialmente limitações da aplicação de determinados direitos, os Estados se exoneram de responsabilidade em relação a pontos específicos de um tratado, segundo Smith, elas são uma praga dos Direitos Humanos, vez que corroem a eficácia do documento em questão, minando a ideia de universalidade de direitos.⁹⁶ O ponto de Smith pode ser comprovado ao se analisar a diferença entre o número de ratificações da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, a Convenção de Direitos Humanos com o maior número de reservas, e o número de ratificações de seu Protocolo Facultativo, respectivamente.



Fonte: ONU. **Status of Ratification**: interactive dashboard. Interactive Dashboard.

Disponível em: <https://indicators.ohchr.org/>. Acesso em: 10 maio 2020.

96 SMITH, R. K. M. **Textbook on International Human Rights**. 6ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2014.



Fonte: ONU. **Status of Ratification**: interactive dashboard. Interactive Dashboard.

Disponível em: <https://indicators.ohchr.org/>. Acesso em: 10 maio 2020.

O grande desafio atual é implementar os avanços conquistados, vez que tais documentos possuem poucos instrumentos de implementação e os Estados, por meio de subterfúgios como as reservas, podem se esquivar de cumpri-los. É preciso reconhecer as limitações de tais documentos internacionais e analisar de que forma eles efetivamente contribuem para o pleno exercício dos Direitos Humanos das Mulheres.

Esse desafio provoca grandes críticas de feministas quanto a forma como se deu a internacionalização do movimento, especialmente nessa terceira fase. Federici⁹⁷ critica o enquadramento dos direitos das mulheres enquanto direitos humanos, apontando que privilegiar a reforma jurídica significa deixar de questionar a ordem econômica internacional, que essencialmente é a causa da exploração das mulheres. A autora aborda como a globalização triunfa apenas com o ataque sistemático às condições materiais da reprodução social, consequentemente atacando as mulheres, portanto, a reforma jurídica não bastaria para atacar a raiz da discriminação de gênero.

97 FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019. p. 139. Tradução: Coletivo Sycorax.

Com o gradativo crescimento do movimento feminista e de seu potencial antissistêmico, a ONU assumiu a posição de defensora da emancipação de mulheres, esse processo, que começou ainda na segunda fase, se intensificou em 1990. Visando domar o potencial revolucionário do feminismo, ela cooptou o movimento, segundo Federici⁹⁸, de forma semelhante à que fez com a luta anticolonial. Por meio da institucionalização das atividades pela política de conferências internacionais, a ONU passou a ditar as pautas do movimento, e, se aproveitando da reivindicação do feminismo liberal por igualdade de oportunidades, ela restringiu a luta feminista a uma questão de sub-representação, como se a solução fosse universalizar a condição masculina, debilitando a autonomia do movimento e causando a desarticulação das mulheres.

De fato houve essa cooptação do movimento, e as restrições à aplicação dos direitos positivados refletem isso, esses instrumentos internacionais, ao mesmo tempo são fruto de muita luta e representam um avanço no combate a desigualdade de gênero, eles tem seu potencial restrito pelo sistema que os criou. Por mais que esses documentos prevejam direitos fundamentais para as mulheres, eles são de difícil aplicação, não apenas pela possibilidade de reservas, mas também pela ausência de sanções.

Mas, por mais que não produzam mudanças estruturais e possuam diversas restrições em seu potencial, seja pela possibilidade de reservas ou pela influência do capital no movimento feminista por meio da ONU, tratados internacionais são formas de lidar com o problema diante da realidade atual. As mulheres que sofrem hoje não podem se dar ao luxo de esperar uma mudança estrutural incerta, elas precisam que respostas agora, e esses tratados fornecem algumas respostas, mesmo que limitadas.

Essa tese de que o uso da linguagem dos direitos pode levar à cooptação dos movimentos sociais, podendo-os fazer contribuir para que posições contrárias a seus interesses sejam legitimadas também é defendida por Peter Gabel, mas essa é uma ideia atacada pela teoria racial crítica, que defende que esse posicionamento de negar o potencial transformação da busca por direitos só faz sentido para um grupo já privilegiado, para quem abrir mão de direitos privilegiados não causa dano algum⁹⁹. Williams defende que, enquanto o

98 FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019. p. 207. Tradução: Coletivo Sycorax.

99 NERIS, N. Um efeito alquímico: sobre o uso do discurso dos direitos pelas/os negras/os. **Direito & Práxis**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 250-275, jan. 2018.

direito pode ser visto como alienante para grupos privilegiados, para grupos minoritários o direito é uma ferramenta de igualdade:

[...] o Olimpo do discurso de direitos pode ser uma altura apropriada para se pular para aqueles que estão no extremo rico da desigualdade, aqueles já empoderados [...]. Para aqueles historicamente impotentes, a aquisição de direitos simboliza todos os aspectos negados de sua humanidade: direitos implicam um respeito que os coloca no espectro referencial próprio e alheio, os elevando do *status* de corpo humano para o de ser social.¹⁰⁰ (WILLIAMS, 1992, tradução nossa)

4.3 Direitos humanos das mulheres e violência obstétrica no Brasil

Essas limitações explicitam que o Direito não pode ser considerado a única via de mudança social, pois a positivação de normas relativas aos direitos das mulheres, sem mudanças estruturais, acaba resultando em normas vazias. Porém, abordados os problemas, é preciso reconhecer os ganhos obtidos com esses documentos internacionais, por meio do controle de convencionalidade, os direitos humanos consagrados nos tratados internacionais ratificados passam a ser parâmetro de validade para a produção normativa nacional.

Além da busca por responsabilização pelas violações, o referencial teórico dos direitos humanos pode ser utilizado para o desenho e a implementação de políticas públicas; para o monitoramento através de indicadores de progresso para avaliação de políticas e programas de saúde materna; e para a definição de critérios que devem orientar a prática de profissionais de saúde. Tais indicadores é que vão poder mensurar se de fato, e em que medida, existem políticas implementadas e eficazes para garantir a igualdade no acesso a saúde para todas as mulheres, sem discriminação, incluindo as mulheres que fazem parte dos segmentos mais vulneráveis.¹⁰¹

100 “[...] the Olympus of rights discourse may indeed be an appropriate height from which those on the resourced end of inequality, those already rights-empowered, may wish to jump. [...] For the historically disempowered, the conferring of rights is symbolic of all the denied aspects of their humanity: rights imply a respect that places one in the referential range of self and others, that elevates one's status from human body to social being.”

101 DHESCA BRASIL. **Relatório sobre Mortalidade Materna no contexto do processo de implementação da decisão do Comitê CEDAW contra o Estado brasileiro no caso Alyne da Silva Pimentel**. Redação: Beatriz Galli, Helena Rocha e Jandira Queiroz. 1. ed. Brasília: UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas, 2015

Na Conferência de Pequim, em 1995, por exemplo, o Brasil assumiu o compromisso de basear suas políticas públicas com base nos direitos sexuais e reprodutivos firmados no Cairo e em Pequim, abandonando a noção de metas populacionais, conceptivas e contraceptivas para focar na igualdade de gênero como promotora de qualidade de vida e saúde¹⁰². Um ano após esse compromisso foi sancionada a lei n.º 9.263¹⁰³, que trata do planejamento familiar e regula a esterilização, um importante passo para evitar que mulheres vulneráveis sejam esterilizadas para fins de controle populacional.

Quanto à violência obstétrica, em âmbito federal o Brasil conta apenas com portarias do Ministério da Saúde. Em 2000 foi publicada a Portaria n. 569, que instituiu a Política de Humanização do Parto e Nascimento, que ressaltou o atendimento digno e de qualidade a gestantes como direito inalienável da cidadania, fixando os seguintes princípios:

- a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
- c - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;
- e - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;
- f - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.¹⁰⁴

Essa portaria surgiu após a Recomendação Geral n. 24 da CEDAW que dá destaque ao compromisso de eliminar a discriminação contra mulheres por meio do acesso à saúde,

102 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

103 Id. Lei federal nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 JAN; 1996. Seção 1, p. 561.

104 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569**, de 1 de junho de 2000. Brasília, DF, Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 3 out. 2020.

incluindo a saúde reprodutiva, com destaque para a necessidade de se atacar o problema da mortalidade materna. Essa preocupação foi reforçada em 2000, na Cúpula do Milênio das Nações Unidas, que fixou como um dos Objetivos do Milênio melhora da saúde das gestantes.

Em 2004 foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que busca consolidar os avanços dos direitos sexuais e reprodutivos sob uma perspectiva de gênero, buscando a melhora da atenção obstétrica, planejamento familiar, e no combate à violência doméstica e sexual. Além disso, reconhece que raça e pobreza são variáveis que deixam algumas mulheres ainda mais vulneráveis, por isso tem como objetivos incluir o enfoque de raça e de classe em suas políticas.

As portarias 1.067¹⁰⁵ de 2005 e 1.820¹⁰⁶ de 2009 do Ministério da Saúde continuaram na busca pela humanização do serviço de saúde, a primeira instituiu o a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, estabelecendo diretrizes e princípios para melhorar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal, e a segunda trata dos direitos e deveres dos usuários do SUS de modo geral. E em 2011 foi criada a Rede Cegonha, por meio da Portaria n. 1.459, com o objetivo de assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, demonstrando em seus princípios a influência que o debate sobre direitos humanos exerceu sobre a criação de políticas públicas.

Art. 2º A Rede Cegonha tem como princípios:

I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;

II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;

III - a promoção da equidade;

IV - o enfoque de gênero;

V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;

VI - a participação e a mobilização social; e

105 Id. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.067**, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 JUL; 2005. Seção 1, p. 25.

106 Id. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 AGO; 2009. Seção 1, p. 80.

VII -a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.¹⁰⁷

A polêmica ao redor do termo impede a criação de uma lei específica em âmbito federal para abordar o tema no Brasil, as vítimas de violência obstétrica não têm muitas ferramentas com as quais podem garantir seu direito a um parto humanizado. Fora os dispositivos constitucionais¹⁰⁸, prevendo o princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º III), o direito a não ser submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante (art. 5º, III), e a inviolabilidade da intimidade, da vida privada e da honra (art. 5º, X) e o próprio direito à saúde (art. 196), as mulheres carecem de proteção legislativa específica.

São escassas as leis federais que atacam problemas relativos à violência obstétrica, duas delas tratam da proibição de acompanhantes, são as Lei 11.108/05 e 12.895/13, que alteraram a redação da Lei 8.080/90 para a seguinte:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no caput deste artigo. (Incluído pela Lei nº 12.895, de 2013).¹⁰⁹

Porém, o descumprimento dessa norma não traz nenhuma sanção, vez que o artigo 19-L, que tratava o descumprimento como crime de responsabilidade, foi vetado. Sem ter como

107 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 3 out. 2020

108 Id. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

109 Id. Lei federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 SET; 1990. Seção 1, p. 1.

garantir o respeito à Lei, ainda vemos 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante em momento algum, 52% dessas por proibição do hospital, e apenas 18,8% foram acompanhadas em todos os momentos, mesmo que pela mesma pesquisa 84,5% das mulheres tenham afirmado que essa presença as ajudou muito a ter um parto melhor¹¹⁰.

Também há a Lei 11.634¹¹¹ de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde será assistida durante a gravidez, parto e puerpério, atacando o problema da peregrinação para o parto. Mesmo assim, 16% das mulheres brasileiras precisaram buscar atendimento em mais de uma unidade de saúde, e aproximadamente 40% não foram orientadas sobre a vinculação à maternidade de acordo com a pesquisa Nascir no Brasil.¹¹²

Mas a carência por uma lei específica e abrangente sobre violência obstétrica persiste, as portarias já citadas são insuficientes para regulamentar a assistência ao parto no País, uma lei conseguiria conferir mais estabilidade ao tema e teria capacidade de prever sanções, pois, por mais que apenas a positivação de direitos não possa resolver os problemas da opressão de gênero por si só, a aprovação de uma lei específica em âmbito federal sinaliza uma mudança na forma como a sociedade percebe o problema.

No âmbito estadual se observa maior movimentação legislativa sobre o tema, Santa Catarina conta com a Lei 17.097/17, que tem como objetivo proteger a gestante e parturiente da violência obstétrica e divulgar a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Essa lei estadual prevê 21 condutas diferentes que se enquadram como violência obstétrica, e estabelece a responsabilidade do poder executivo de elaborar uma Cartilha de Direitos da Gestante e da Parturiente, objetivando um atendimento hospitalar digno.¹¹³

110 DINIZ, C. S. G. *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascir no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 140-153, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 out. 2020.

111 BRASIL. Lei federal nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 DEZ; 2007. Seção 1, p. 2.

112 SEMINÁRIO Nascir no Brasil (Parte 1/5). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. **Youtube**. 2 jun. 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=rd9F3BpdaMU>. Acesso em: 27 set. 2020.

113 SANTA CATARINA. **Lei Ordinária nº 17.097**, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 23 out. 2020.

Outros estados acompanharam essa iniciativa e possuem leis estaduais sobre o tema, são eles Minas Gerais (Lei 23.175/18); Mato Grosso do Sul (Lei 5.568/20); Paraná (Lei 20.127/20); Pernambuco (Lei 16.499/18); Rondônia (Lei 4.173/17) e Tocantins (Lei 3.385/18). Com exceção dos estados do Acre; Ceará; Piauí; Rio Grande do Norte, e Roraima, todos os outros possuem projetos de lei para tratar da violência obstétrica.

As iniciativas estaduais alertaram o legislativo federal para a relevância nacional no problema, e, em 2017, a deputada federal Jô Moraes apresentou o Projeto de Lei n. 7.867, ressaltando que o parto é um momento de exercício de direitos humanos. Em sua justificativa para o projeto, ainda em tramitação, a deputada cita a iniciativa do Estado de Santa Catarina, que não apenas desencadeou uma iniciativa do Ministério Público local contra a violência obstétrica, mas que também trouxe “inúmeras inovações que podem lastrear os trabalhos legislativos federais”¹¹⁴.

Em 2019 a deputada federal Talíria Petrone apresentou o PL n. 878, que versa de forma mais completa sobre o direito à assistência humanizada, ressaltando que o parto é um evento fisiológico e precisa ser visto como tal. O artigo 2º desse projeto menciona o respeito ao Manual de Boas Práticas da OMS e, além de listar os direitos da mulher durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, fixa os princípios da assistência humanizada como sendo a mínima interferência por parte da equipe de saúde, preferência pela utilização de métodos menos invasivos e mais naturais — de escolha da gestante — fornecimento de informações adequadas e completas à mulher e seu acompanhante sobre métodos e procedimentos disponíveis, e a harmonização entre segurança e bem-estar da mulher e do concepto.

Esse projeto de lei torna obrigatória a justificativa clínica para as intervenções realizadas na mulher, além de definir violência obstétrica e listar diversas formas de concretização da mesma em seus artigos 13 e 14, reforçando que os dispositivos também se aplicam em situação de abortamento. Em seu Título II o projeto trata de medidas para a erradicação da violência obstétrica, como a criação de ouvidorias e condições de monitoramento, bem como promoção de informação ao público e formações de profissionais, já no Título III se prevem formas de controlar o índice de cesarianas e incentivar as boas práticas obstétricas, com comissões de monitoramento e sindicâncias.

114 BRASIL. **Projeto de Lei nº 7.867** de 13 de junho de 2017. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>. Acesso em 4 out. 2020

Enquanto o PL nº 7.867 cita a iniciativa de Santa Catarina, o PL nº 878 traz em sua justificativa a Carta de Fortaleza de 1985, com as recomendações da OMS de saúde sobre o nascimento, o direito humano da parturiente à integridade pessoal, liberdade de consciência e proteção da família protegido pelo Pacto de San Jose da Costa Rica. Além disso, em uma demonstração de como os documentos internacionais servem de parâmetro para a produção normativa nacional, a deputada ainda menciona os Objetivos do Milênio, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e da Agenda 2030.

A morte materna é considerada uma morte prevenível e que em 90% dos casos poderia ser evitada se as mulheres tivessem atendimento adequado. No entanto, o Brasil não conseguiu atingir o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio em relação à morte materna, em grande medida por força do racismo institucional que faz com que 60% das mulheres que morrem de morte materna sejam negras.

Por isso, torna-se ainda mais importante termos em conta que dentre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e da Agenda 2030 assumidos como compromissos internacionais pelo Brasil, têm-se o objetivo de para acabar com todas as formas de discriminação e violência contra mulheres e meninas, ODS 5.1 e 5.2. Para tanto, é imprescindível reconhecer as diversas dimensões da violência enfrentada por mulheres no parto. Combater a violência obstétrica representa assegurar a saúde mental e o bem-estar, ODS 3.4, da mulher, é empenhar-se pela redução da mortalidade materna, ODS 3.1, bem como assegurar o direito fundamental, ODS 16.1 e 16.10, das mulheres por a vida digna com seus partos sendo realizados de forma respeitosa e humanizada e garantir o bem-estar dos neonatos.¹¹⁵

4.4 O judiciário e a violência obstétrica

A ausência de legislação específica sobre violência obstétrica faz com que o judiciário a analise sob a ótica da responsabilidade civil, seja de profissionais de saúde, hospitais ou planos de saúde, enquadrando-a como erro médico. Considerar a violência obstétrica como erro médico é particularmente problemático, pois retira o caráter estrutural e institucional da violência, e o transporta para uma responsabilidade individual do médico, como se o problema fosse localizado e a mera responsabilização do indivíduo fosse a solução.

115 BRASIL. **Projeto de Lei nº 878**, de 19 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2192345>. Acesso em 4 out. 2020

As relações entre profissionais de saúde e pacientes são percebidas sob uma ótica estritamente comercial, fala-se em oferta de um serviço, e não em uma relação por meio da qual são exercidos direitos fundamentais. O enquadramento da violência obstétrica como erro médico reflete isso, não se fala na ocorrência de uma violência de gênero, mas sim em uma falha na prestação de um serviço, para combater isso é essencial tratar a violência obstétrica como uma violação de direitos humanos, como um ataque aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

O erro médico é tratado no Manual de Orientação Ética e Disciplinar publicado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina como:

Erro médico é a falha do médico no exercício da profissão. É o mau resultado ou resultado adverso danoso imposto ao paciente decorrente da ação ou da omissão do médico, por inobservância de conduta técnica, estando o profissional no pleno exercício de suas faculdades mentais. Excluem-se as limitações impostas pela própria natureza da doença, bem como as lesões produzidas deliberadamente pelo médico para tratar um mal maior. Observa-se que todos os casos de erro médico julgados nos Conselhos de Medicina ou na Justiça, em que o médico foi condenado, o foi por erro culposo, sem intenção deliberada de cometê-lo.

O erro médico pode ocorrer como manifestação de uma conduta culposa do médico, caracterizada pela imperícia, imprudência e negligência:

a) Imperícia é decorrente da falta de cumprimento de normas técnicas, por despreparo prático (não aquisição de habilidades) ou por insuficiência de conhecimentos. Considerar um médico imperito é discutível, tratando-se de um profissional longamente treinado nas escolas médicas (internato) e nos programas de treinamento em serviço (residências médicas), com, em total, no mínimo de oito até um máximo de onze anos de estudos e práticas. A premissa de “imperito”, não sendo aceita, torna-se uma circunstância agravante.

b) Imprudência é a inobservância das precauções necessárias, quando o médico assume riscos para o paciente sem respaldo científico para seu procedimento;

c) Negligência é a falta de cuidado ou de zelo. Ocorre com frequência nos hospitais do governo, onde o doente é um mero matriculado na instituição e não uma pessoa doente ou paciente que necessita de cuidados individualizados e merecedor de um bom relacionamento médico-paciente-família.¹¹⁶

Desta forma, ao ser caracterizada como erro médico, a violência obstétrica acaba sendo resumida a procedimentos médicos que não respeitem a conduta técnica, e é tratada considerando apenas uma conduta culposa do médico, segundo jurisprudência do STJ¹¹⁷.

116 CREMESC. Manual de orientação ética e disciplinar / Conselho Regional de Medicina do Estado de Catarina; coord.: Nelson Grisard, e colabs. – 5ª. ed. rev. atual. Florianópolis: CREMESC, 2013

117 BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.526.467-RJ. Recorrente: Himja Hospital Infantil e Maternidade Jardim Amália LTDA. Recorrido: A. De P. G. F. (menor), repr. Por M. K. De P. G. Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Brasília (DF). 13 out. 2015. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/864127876/recurso-especial-resp-1526467-rj-2014-0143277-8/> inteiro-teor-864127886?ref=juris-tabs. Acesso em: 4 out. 2020.; Id. Superior Tribunal de Justiça. Recurso

Quando se fala em “mau resultado” ou “resultado adverso” se restringe a violência a uma intervenção, e a aos casos de intervenções que tiveram um resultado diferente do previsto, mas a violência obstétrica não trata de um resultado imprevisto, a violência obstétrica, quando ocorre por meio de uma intervenção médica, trata de uma intervenção desnecessária, automatizada, que fere a autonomia da mulher, o cerne da questão não é se o corte da episiotomia foi feito corretamente, ou se a ocitocina causou algum efeito colateral, mas sim se esses procedimentos foram necessários, ou se representam uma utilização arbitrária do saber médico.

Além disso, a violência obstétrica é muito mais abrangente do que intervenções culposas, ela não só pode ocorrer por dolo, como não depende de uma intervenção médica, podendo ocorrer por meio de palavras, como o frequente “na hora de fazer não gritou”, e por atitudes mais sutis, como a imposição da posição litotômica. A violência obstétrica, enquanto oposto do parto humanizado, trata de um problema estrutural, é um sintoma da necessidade de reforma da assistência médica como um todo, é o reflexo da visão da mulher como mero objeto, e da formação médica que coloca cuidado como sinônimo de intervenção.

Em pesquisa jurisprudencial dos tribunais de justiça da região Sudeste realizada por Nogueira¹¹⁸, 31,8% das demandas judiciais relativas à violência obstétrica tiveram exclusivamente como causa de pedir a violência psicológica, sendo que o número sobe para 87,7% quando somam-se os casos de cumulação de pedidos por danos materiais e/ou violência física. A violência física como única causa de pedir ocorreu em 5,4% dos acórdãos pesquisados, e quando se amplia a pesquisa para os casos de cumulação de pedidos, o índice sobe para 45,4%.

Da mesma forma que a medicina, em especial a ginecologia, foi construída em cima da noção de inferioridade da mulher, e o ensino médico perpetua a noção da mulher enquanto

Especial nº 1.579.954-MG. Recorrente: Alberto Cruz Braga. Recorrido: Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Mobtes Claros. Relatora Ministra Nancy Andrighi. Brasília (DF). 8 maio 2018. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/584015067/recurso-especial-resp-1579954-mg-2016-0020993-7/relatorio-e-voto-584015094>. Acesso em: 4 out. 2020; Id. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.642.999-RJ. Recorrente: Organização Médica Clinihauer LTDA. Recorridos: Rejjane Alves de Brito e outros. Relatora Ministra Nancy Andrighi. Brasília (DF). 12 dez. 2017. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/549823022/recurso-especial-resp-1642999-pr-2016-0222651-0/inteiro-teor-549823053>. Acesso em: 4 out. 2020

118 NOGUEIRA, B. C. **Violência obstétrica**: análise das decisões proferidas pelos tribunais de justiça da região sudeste. 2015. 86 f. TCC (Graduação) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

objeto de intervenção; o Direito, enquanto parte da estrutura social, também foi construído em uma base sexista, e o judiciário perpetua esse pensamento ao tratar a violência obstétrica como falha em uma relação de consumo, e não como uma violência de gênero. Essa falha do judiciário caracteriza uma violação do artigo 2º da CEDAW, que determina ser dever do Estado 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”.

A ausência de lei específica não impede que análise dos casos seja feita sob a ótica de direitos humanos, com menção aos direitos sexuais e reprodutivos, porém, na pesquisa realizada por Nogueira¹¹⁹, nenhum acórdão mencionou as expressões “violência obstétrica” e “direitos reprodutivos”. Segundo a autora, isso significa que não apenas as leis formais contribuem para a perpetuação das assimetrias de gênero no Direito, mas as decisões também, vez que representam a fala dos aplicadores do Direito.

A ausência do termo “violência obstétrica” revela o descaso do judiciário em relação às questões de gênero, e completo distanciamento do mesmo das questões sociais, vez que o termo é amplamente utilizado pelos movimentos de humanização do parto. Das ações objeto dessa pesquisa, 41,9%¹²⁰ tiveram acórdãos desfavoráveis ao polo ativo, esse resultado pode simbolizar tanto o descaso e distanciamento do judiciário, que ignora essa demanda social e não se qualifica para abordá-la, quanto a insegurança decorrente de se considerar violência obstétrica como erro médico, pautando-se exclusivamente em normas técnicas médicas e não em direitos fundamentais.

Em 2013 a Suprema Corte do México¹²¹ publicou um protocolo para se julgar com uma perspectiva de gênero, nesse documento se fala que o mesmo Direito que propiciou a subordinação das mulheres pode ser um elemento emancipador, e que o judiciário tem a responsabilidade de evitar a incorporação e manutenção de preconceitos que violam o princípio da igualdade em suas decisões. Ressalta também que as sentenças judiciais são os elementos mais tangíveis do acesso à justiça, e que por meio delas e de sua linguagem o

119 NOGUEIRA, B. C. **Violência obstétrica**: análise das decisões proferidas pelos tribunais de justiça da região sudeste. 2015. 86 f. TCC (Graduação) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

120 Ibid. p. 66.

121 SUPREMA CORTE DE JUSTIÇA DO MÉXICO. **Protocolo para juzgar com perspectiva de género: haciendo realidad el derecho a la igualdad**. México: 2012.

judiciário intervém no cotidiano da sociedade, reconhecendo direitos e lhes atribuindo consequências, e, por isso, realizar o direito à igualdade passa por reconhecer e combater tratamentos diferenciados ilegítimos, de modo a prevenir, combater e reparar violações de direitos humanos.

Em pesquisa jurisprudencial recente é possível perceber que, por meio de suas decisões, o judiciário pode tanto legitimar o intervencionismo rotineiro de uma prática médica que vê a mulher como um objeto, quanto atuar como agente de mudança, combatendo relações assimétricas de poder e dando voz aos anseios sociais das mulheres que lutam por um tratamento humanizado.

APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. SUPOSTO ERRO MÉDICO. PARTO COM EPISIOTOMIA. POSTERIOR RUTURA ANAL COM FÍSTULA RETOVAGINAL. REALIZAÇÃO DE TRÊS CIRURGIAS CORRETIVAS. AUSÊNCIA DE NEXO CAUSAL. TEORIA DA CAUSALIDADE ADEQUADA. CAUSA DIRETA E IMEDIATA NÃO IDENTIFICADA. PACIENTE QUE NÃO CUMPRIU PRESCRIÇÃO MÉDICA DE RETORNO EM DEZ DIAS. IMPROCEDÊNCIA. RECURSO PROVIDO. (...)) **Inviável imputar-se ao parto com `episiotomia; - procedimento rotineiro e chancelado pela literatura médica** - o status de causa direta e imediata dos danos. Do contrário, haveria ofensa à causalidade adequada, teoria segundo a qual somente estabelece liame juridicamente relevante aquela causa que foi a mais adequada a produzir concretamente o resultado. Recurso provido.(TJES, Classe: Apelação, 00003984220008080003, Relator: Willian Silva, Órgão julgador: TERCEIRA CÂMARA CÍVEL , Data de Julgamento: 02/10/2012, Data da Publicação: 26/10/2012)

RESPONSABILIDADE CIVIL – DANO MORAL - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. **Direito ao parto humanizado é direito fundamental. Direito da apelada à assistência digna e respeitosa durante o parto que não foi observado. As mulheres tem pleno direito à proteção no parto e de não serem vítimas de nenhuma forma de violência ou discriminação.** Privação do direito à acompanhante durante todo o período de trabalho de parto. Ofensas verbais. Contato com filho negado após o nascimento deste. Abalo psicológico in re ipsa. Recomendação da OMS de prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Prova testemunhal consistente e uniforme acerca do tratamento desumano suportado pela parturiente. Cada parturiente deve ter respeitada a sua situação, não cabendo a generalização pretendida pelo hospital réu, que, inclusive, teria que estar preparado para enfrentar situações como a ocorrida no caso dos autos. Paciente que ficou doze horas em trabalho de parto, para só então ser encaminhada a procedimento cesáreo. Apelada que teve ignorada a proporção e dimensão de suas dores. O parto não é um momento de "dor necessária". Dano moral mantido. Quantum bem fixado, em razão da dimensão do dano e das consequências advindas. Sentença mantida. Apelo improvido. (TJSP; Apelação Cível 0001314-07.2015.8.26.0082; Relator (a): Fábio Podestá; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro de Boituva - 2ª Vara; Data do Julgamento: 11/10/2017; Data de Registro: 11/10/2017)

É imperioso reconhecermos que as causas da desigualdade de gênero estão na estrutura da sociedade, que o sistema econômico atual sobrevive por meio da opressão de gênero, mas é preciso buscarmos uma forma de vivermos com o presente, buscarmos alternativas para viver o hoje, pois uma reforma estrutural, embora necessária, pode demorar muito a ocorrer, ou até mesmo não acontecer, e as mulheres precisam de meios para combaterem o problema agora. As propostas de uma reforma na visão do judiciário, com uma orientação para que os julgamentos sejam feitos por uma perspectiva de gênero e da positivação de leis específicas para tratar da violência obstétrica podem representar essa alternativa, elas não resolvem o problema em sua origem, mas são meios de tratarmos o problema com as ferramentas que possuímos atualmente.

Vivemos em uma ilusão de que o Direito avançará linearmente e é capaz de resolver todos os problemas da sociedade, mas precisamos entender que nem todos os problemas possuem uma solução, e, mesmo os que possuem, não necessariamente viveremos para vê-las. Para lidar com essa realidade é importante vermos o problema da violência obstétrica, e da opressão de gênero no geral, pela ótica proposta por Haraway¹²², que fala em “*staying with the trouble*”, esse permanecer com o problema significa rejeitar as ideias extremas, a primeira de que a tecnologia (no caso em tela, o Direito) sempre nos salvará, como se o progresso fosse linear, e a segunda sendo um derrotismo, a noção de que não há solução e de que tudo está perdido. Permanecer com o problema é abandonar essa busca por um futuro ideal e focar no presente, significa aprender a colaborar, mesmo que isso signifique uma colaboração não ideal, como é o caso do uso da ONU para impulsionar as pautas feministas.

Sonhar com um recomeço, como se fosse possível começar do zero uma sociedade sem desigualdades é, além de fantasioso, prejudicial à luta feminista, devemos aprender a herdar, sem negação, e permanecer com os problemas de um mundo danificado, de uma sociedade estruturalmente opressora, falando em recuperação, não em recomeço. Haraway¹²³ traça uma relação com o luto, por meio do luto entendemos que a perda é real e irreversível, mas ela não é o fim, por meio dela nos damos conta da nossa própria mortalidade e podemos repensar a nós mesmos e nossas relações para seguirmos adiante.

122 HARAWAY, D. J. **Staying with the Trouble**: Making Kin in the Chthulucene. Durham: Duke University Press, 2016.

123 *Ibid.*

Precisamos entender que a violência obstétrica é real e irreversível, o sofrimento das mulheres que passaram por ela não pode ser apagado, mas ela não é tudo, tendo consciência do machismo estrutural é fantasioso achar que ela acabará com leis aprovadas, políticas públicas e conscientização da população, mas essas são formas de lidar com o problema, é preciso buscar alternativas para viver nessa realidade. Pensar o Direito sob uma perspectiva de gênero, e buscar a familiarizar o poder judiciário com as questões sociais, no caso a violência obstétrica, são formas de permanecer com o problema, o Direito precisa repensar seu papel e abandonar a pretensão de ser um salvador para atuar nessa recuperação.

5 RECUPERAÇÕES

O pré parto, parto e pós-parto são momentos de especial vulnerabilidade da mulher. Em um momento que deveria ser de exercício de direitos, a mulher se vê como objeto de intervenção médica e tem seus direitos humanos violados. Essa realidade se dá tanto pela visão do parto enquanto intervenção, ou seja, pela medicalização do parto, quanto pela opressão de gênero, que desconsidera a mulher enquanto sujeito de direitos humanos.

A violência obstétrica é uma das facetas da violência de gênero, representa a violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, ferindo sua dignidade e integridade, tanto física quanto psicológica. Ela consiste na apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, se concretizando por ações ou omissões que desumanizem a mulher e que retirem sua autonomia e capacidade de decisão sobre seu corpo, por isso é imprescindível que seja analisada pela ótica dos direitos humanos.

O tabu que envolve o uso da expressão “violência obstétrica” dificulta o tratamento desse problema. Ele faz com que essa violência seja tratada como erro médico, o que retira o caráter institucional dessa violência, além de dificultar a busca por reparação judicial. A pacificação do uso do termo é necessária para que as mulheres tenham suas histórias ouvidas e reconhecidas, especialmente pelo Direito, ela representa o fim do silenciamento. Dessa forma, uma resposta jurisdicional adequada é um importante passo para a reparação, pois a vítima que se vê ouvida pelo Estado e tem seus sentimentos e vivências legitimados por ele não se sente, assim, tão desamparada.

É imprescindível analisar a violência de gênero, em especial a violência obstétrica, sob a ótica da teoria da reprodução social, que trata do trabalho reprodutivo, ou seja, o trabalho de manter e renovar a força de trabalho, peso esse atribuído desproporcionalmente à mulher. Por meio dessa teoria, percebemos que o sistema capitalista se beneficia da opressão de gênero, e precisa dela para sobreviver, por isso busca regular a sexualidade das mulheres, destituindo-as de sua qualidade de sujeitos de direitos e tornando-as objeto de intervenção, seja da sociedade, que as impõe a maternidade compulsória, seja dos profissionais médicos, que as trata como objeto de prática. Destituídas de sua humanidade, mulheres passam a ser vistas apenas como fábricas de mão de obra.

Reconhecido o caráter estrutural da violência obstétrica, cabe ao Direito pensar em sua função, e, para isso, é preciso reconhecer que (1) o Direito não pode ter a pretensão de resolver dos os problemas da sociedade, (2) nem todos os problemas encontram solução na razão, e precisamos conviver com a ideia de que alguns problemas não serão solucionados, (3) mudanças estruturais são dotadas de incertezas e dificuldades, e implicam em uma demora que as mulheres que estão sofrendo hoje, ou que já foram vítimas, não podem tolerar. Ainda que com essas limitações, o Direito é um agente de mudança importantíssimo e ele desempenha um papel essencial na ideia de “permanecer com o problema” defendida por Haraway, ou seja, abandonar a busca por um futuro ideal e focar na busca por formas de sobreviver com dignidade na sociedade problemática na qual vivemos.

Para convivermos com o problema, a positivação de direitos, ainda que muito criticada e insuficiente por si só, se mostra uma boa alternativa, pois não só facilita a responsabilização de indivíduos e do próprio Estado, como tem um caráter informativo, servindo como agente de mudança do comportamento dos profissionais de saúde e da sociedade em geral. Enquanto os tratados internacionais servem de parâmetro para a legislação pátria e para a elaboração de políticas públicas de humanização da assistência ao parto, as leis nacionais permitem que a violência obstétrica seja reconhecida em sua integralidade como uma violência de gênero, sem as limitações implicadas pelo enquadramento como erro médico, além de poderem reconhecer o direito ao parto humanizado como direito humano.

O judiciário, por sua vez, pode permanecer com o problema se familiarizando com as demandas sociais pela humanização do parto, capacitando seus profissionais para abordarem essas questões, e adotando os julgamentos feitos por uma perspectiva de gênero. Mesmo sem uma legislação específica e sem a menção dos termos “violência obstétrica” ou “violência de gênero” pelas vítimas que acessam a justiça, o judiciário pode se encarregar de levantar essas questões, de tratar a violência obstétrica como uma violação de direitos sexuais e reprodutivos, ou seja, como uma violação de direitos humanos.

6 PARTOS DE DIREITOS

M., aos 28 anos, vivenciava sua primeira gestação. Mesmo tendo nascido em uma família de classe média que compreendia a cesárea eletiva como padrão de nascimento e que via o parto normal como algo primitivo e assustador, M., por meio de conselhos de amigas e pesquisas pela internet, viu no parto normal o seu parto dos sonhos. Ciente da dificuldade em se conseguir parir vaginalmente no Brasil, pesquisou os índices de cesárea de sua obstetra e do hospital onde pariria, na tentativa de garantir um parto humanizado.

Dedicada ao seu plano de parto normal, M. buscou a ajuda de uma doula, que não apenas a preparou para o momento do parto e ensinou técnicas de alívio da dor para ela e seu companheiro, mas também a orientou a se manter ativa fisicamente para que o corpo estivesse melhor preparado para parir. Seguindo todas as indicações, ela e o marido se prepararam para a nova jornada.

Entrou em trabalho de parto na 40ª semana, ligou para a doula, que foi ao seu encontro e a auxiliou a lidar com a dor até o momento de ir ao hospital. Já em trabalho de parto mais avançado e após entrar em contato com a obstetra, seguiu para o hospital, onde não encontrou dificuldades para permanecer na companhia da doula e de seu marido, nem para se movimentar livremente.

M. teve sua recusa por ocitocina respeitada, e, foi ofertada anestesia, mas também recusou. Nenhum profissional de saúde a repreendeu por não desejar a posição litotômica, ela pôde parir de cócoras, como se sentia melhor. Após o nascimento de sua filha, sem episiotomia ou manobra de Kristeller, M. também teve seu pedido pelo corte tardio do cordão atendido, e logo após o parto pôde amamentar.

J., desejava muito um parto humanizado, mas, sem condições financeiras de contratar uma doula ou arcar com os custos de uma obstetra com baixo nível de cesáreas, temia entrar para a estatística de vítimas de violência obstétrica do SUS. Ao mencionar isso às suas colegas, recebeu a indicação da Casa de Parto da cidade que atendia pelo sistema público, onde todas as diretrizes do parto humanizado eram adotadas.

Na 39ª semana entrou em trabalho de parto e se deslocou até a Casa de Parto, acompanhada de sua mãe e seu marido. Foi encaminhada para uma sala de parto individual, e a recomendaram utilizar a banheira para ajudar a amenizar as dores. Durante um trabalho de parto longo, recebeu alimentação adequada e apoio emocional das enfermeiras, que deram diversos conselhos e orientações para lhe ajudar a vivenciar este processo.

O filho de J. veio ao mundo dentro da banheira, sem nenhuma intervenção médica, e ela o segurou por vários minutos antes de cortarem o cordão umbilical. Após o nascimento, as enfermeiras a ajudaram a vencer as dificuldades de amamentar pela primeira vez e, logo no dia seguinte, recebeu alta médica, completamente satisfeita com sua experiência.

L., grávida de seu primeiro filho, alimentava a esperança de ter um parto normal. Ela desejava o menor número de intervenções possíveis. Assistida por uma doula, ao entrar em trabalho de parto seguiu todas as orientações para alívio da dor porém, após várias horas de espera, sem avanço na dilatação, começou a se questionar se daria conta de parir naturalmente.

A doula a encorajou a todo momento, mas deixou claro que ela não seria menos mãe, nem covarde, se resolvesse ter seu filho por meio de uma cesariana, a assegurando que não há demérito algum em optar por um parto cirúrgico. L. tentou insistir no parto normal, mas sem sucesso, decidiu ir pelo caminho da cesárea eletiva. Assim, entrou em contato com seu obstetra.

Já na sala de cirurgia, foi acompanhada de seu marido e se impressionou com o tratamento recebido. Reduziram as luzes e mantiveram uma temperatura agradável, também a deixaram escolher algumas músicas para que o ambiente ficasse mais leve, sem a frieza característica dos hospitais. L. pôde ver seu filho nascer por meio de um campo transparente, para que pudesse observar o trabalho dos médicos e não se sentisse um objeto na mesa de cirurgia, e, como ela e o bebê se encontravam em perfeita saúde, pôde ter o contato pele a pele e amamentá-lo ainda na sala de cirurgia.

I., após uma experiência ruim em seu primeiro parto, realizado de forma natural, decidiu que gostaria que seu segundo filho nascesse por meio de cesariana. Durante o pré-natal, realizado pelo SUS, foi muito bem tratada e os profissionais de saúde buscaram

tranquilizá-la em relação ao parto normal, dizendo que o hospital estava de acordo com as políticas de humanização do Ministério da Saúde.

Na 38ª semana, sua bolsa estourou e ela se dirigiu ao hospital, acompanhada de seu marido, e, com o bom tratamento proporcionado pelas enfermeiras, se sentiu mais tranquila com a perspectiva de parir vaginalmente. No segundo parto, respeitaram sua recusa por ocitocina, e a deixaram livre para caminhar e se alimentar, e também não foi repreendida por gritar quando as contrações surgiam. Ela foi muito bem tratada pela equipe a todo momento.

Em um trabalho de parto rápido, I. decidiu pedir por anestesia e, embora tenha tido medo de não ter seu desejo respeitado, não tardou para o anestesista aparecer. Após o nascimento, seu filho saudável foi para seus braços e ela logo o amamentou, no dia seguinte recebeu alta e apresentou o novo bebê à família.

Essas histórias também são fictícias, mas são baseadas em uma multiplicidade de relatos reais e políticas de humanização que já se encontram em prática, mostrando que é possível permanecer com o problema. Por meio de uma busca realista por ferramentas com as quais se possa atacar a violência obstétrica, o Direito tem o potencial de ajudar a aumentar o número de narrativas como essas para permitir que as mulheres possam gestar e parir com dignidade e respeito, em pleno gozo de seus direitos humanos.

REFERÊNCIAS

ANS. **Taxas de partos cesáreos por operadora de plano de saúde**. Disponível em: <http://ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>. Acesso em: 26 set. 2020.

ARENDDT, H. **Origins of Totalitarianism**. USA: Harvest, 1973.

ARRUZZA, C.; BHATTACHARYA, T.; FRASER, N. **Feminismo para os 99%**: um manifesto. [S.I.]: Boitempo Editorial, 2019. Tradução: Heci Regina Candiani.

ÁVILA, L. **Parto: outro lado invisível do nascer**: como a violência obstétrica afeta 1 em 4 mulheres no Brasil. 2016. 91 f. TCC (Graduação) - Curso de Jornalismo, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2017.

BHATTACHARYA, T. *et al* (ed.). **Social Reproduction Theory**: remapping class, recentring oppression. Londres: Pluto Press, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 SET; 1990. Seção 1, p. 1.

_____. Lei federal nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 JAN; 1996. Seção 1, p. 561.

_____. Lei federal nº 11.108 de 7 de abril de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 ABR.; 2005. Seção 1, p. 7

_____. Lei federal nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 DEZ; 2007. Seção 1, p. 2.

_____. Lei federal nº 12.895 de 18 de dezembro de 2013. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 DEZ; 2013. Seção 1, p. 18055.

_____. **Projeto de Lei nº 7.867**, de 13 de junho de 2017. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>. Acesso em 4 out. 2020.

_____. **Projeto de Lei nº 878**, de 19 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2192345>. Acesso em 4 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569**, de 1 de junho de 2000. Brasília, DF, Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 3 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.067**, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 JUL; 2005. Seção 1, p. 25.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 AGO; 2009. Seção 1, p. 80.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459**, de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 3 out. 2020

_____. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. **Cadernos HumanizaSUS; v. 4**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://redehumanizausus.net/acervo/cadernos-humanizausus-volume-4-humanizacao-do-parto-e-nascimento/>. Acesso em 30 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.282**, de 27 de agosto de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília, DF, Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>. Acesso em: 21 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.561**, de 23 de setembro de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília, DF, Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-de-setembro-de-2020-279185796>. Acesso em: 21 set. 2020.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.526.467-RJ. Recorrente: Himja Hospital Infantil e Maternidade Jardim Amália LTDA. Recorrido: A. De P. G. F. (menor), repr. Por M. K. De P. G. Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Brasília (DF). 13 out. 2015. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/864127876/recurso-especial-resp-1526467-rj-2014-0143277-8/inteiro-teor-864127886?ref=juris-tabs>. Acesso em: 4 out. 2020.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.579.954-MG. Recorrente: Alberto Cruz Braga. Recorrido: Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Mobtes Claros. Relatora Ministra Nancy Andrighi. Brasília (DF). 8 maio 2018. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/584015067/recurso-especial-resp-1579954-mg-2016-0020993-7/relatorio-e-voto-584015094>. Acesso em: 4 out. 2020

_____. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.642.999-RJ. Recorrente: Organização Médica Clinihauer LTDA. Recorridos: Rejjane Alves de Brito e outros. Relatora Ministra Nancy Andrighi. Brasília (DF). 12 dez. 2017. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/549823022/recurso-especial-resp-1642999-pr-2016-0222651-0/inteiro-teor-549823053>. Acesso em: 4 out. 2020

CFM. **Resolução nº 2.144**, de 22 de junho de 2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Brasília, DF, Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2144>. Acesso em: 16 set. 2020.

_____. Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. **Código de Ética Médica**. Brasília, DF, Modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2019.

_____. **Parecer nº 32**, de 23 de outubro de 2018. A expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetria, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética. Brasília, DF, Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32>. Acesso em: 21 set. 2020.

_____. Nota à imprensa e à população, 9 de maio de 2019. CFM apoia MS em decisão sobre o termo violência obstétrica. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28210:2019-05-09-18-50-35&catid=3. Acesso em 21 set. 2020.

_____. **Resolução nº 2.232**, de 17 de julho de 2019. Brasília, DF, Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370>. Acesso em: 21 set. 2020.

CHADE, J. Medidas do governo contra aborto legal levam deputadas a recorrer à ONU. **UOL Notícias**. [S.I.] 31 ago. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/jamil-chade/2020/08/31/medidas-do-governo-sobre-aborto-legal-levam-deputadas-a-recorrer-a-onu.htm?fbclid=IwAR0WOsNNhen63Q6KUAgz1HOLA44EmB28gvKj5r2Phv4fNOSe2C0ryk7Ydms>. Acesso em: 21 set. 2020.

CHARLESWORTH, H. What are Women s International Human Rights? In: COOK, R. (ed.). **In Human Rights of Women: national and international perspectives**. Filadélfia: University Of Pennsylvania Press, 1994. Cap. 3. p. 58-76.

CORREA, S.; Petchesky, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis**: revista de saúde coletiva [online]. 1996, vol.6, n.1-2, pp.147-177. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73311996000100008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 set. 2020

COSTA, D.; BARBOSA, D. Número de lares chefiados por homens cai pelo terceiro ano seguido. **O Globo** [online]. Rio de Janeiro. 22 maio 2019. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/numero-de-lares-chefiados-por-homens-cai-pelo-terceiro-ano-seguido-23683005>. Acesso em: 21 set. 2020.

CREMESC. **Manual de orientação ética e disciplinar**. Conselho Regional de Medicina do Estado de Catarina; coord.: Nelson Grisard, e colabs. – 5ª. ed. rev. atual. Florianópolis: CREMESC, 2013

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

DHESCA BRASIL. **Relatório sobre Mortalidade Materna no contexto do processo de implementação da decisão do Comitê CEDAW contra o Estado brasileiro no caso Alyne da Silva Pimentel**. Redação: Beatriz Galli, Helena Rocha e Jandira Queiroz. 1. ed. Brasília: UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas, 2015.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciências e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 627-637, jan. 2005.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 140-153, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 out. 2020.

DINIZ, C. S. G. *et al.* A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 253-259, 2016. Anual. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832016000100253&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 5 nov. 2019.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 101-116, ago. 2014. Mensal. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300017&script=sci_arttext. Acesso em: 16 set. 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015.

DPPR. **Violência obstétrica**. Curitiba: EDEPAR, 2018. Color. Disponível em: http://www.edepar.pr.def.br/arquivos/File/Cartilha/Cartilha_sobre_violencia_obstetrica.pdf. Acesso em 5 nov. 2019

DPESP. **Violência obstétrica: você sabe o que é?**. São Paulo: EDEPE, 2013. Color. Parceria com: Associação Ártemis. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>. Acesso em 5 nov. 2019

ESPÍRITO SANTO. Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo. Apelação nº 0000398-42.2000.8.08.0003. Relator: Desembargador Willian Silva. Vitória, ES. 2 out. 2012. Disponível em: <https://tj-es.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/397068798/apelacao-apl-3984220008080003?ref=serp>. Acesso em: 4 out. 2020.

FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista**. São Paulo: Elefante, 2019. Tradução: Coletivo Sycorax.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas**. pesquisa revela número excessivo de cesarianas. 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>. Acesso em: 23 out. 2020.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Mulheres negras sofrem mais com a violência obstétrica: ouça debate**. ouça debate. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/podcasts/2020/05/mulheres-negras-sofrem-mais-com-a-violencia-obstetrica-ouca-debate.shtml>. Acesso em: 30 set. 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Estatísticas**. 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 5 set. 2020.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988. Tradução: M. T. da C. A. e J. A. G. A..

FRASER, N. Crisis of Care? On the Social-Reproductive Contradictions of Contemporary Capitalism. In: BHATTACHARYA, Tithi (ed.). **Social Reproduction Theory: remapping class, recentering oppression**. London: Pluto Press, 2017. p. 21-36.

FRIEDMAN, E. J. Gendering the agenda: the impact of the transnational women's rights movement at the UN conferences of the 1990. **Women's Studies International Forum**, Vol. 26, nº 4, pp. 313-331. Estados Unidos: Elsevier Science Ltd, 2003.

FUNDAÇÃO PERSEU ÁBRAMO. **Violência no parto: na hora de fazer não gritou**. 2013. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em: 16 set. 2020.

GELEDÉS. **Guia de enfrentamento do racismo institucional**. Brasil: Trama Design, 2013. 35 slides, color. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/335>. Acesso em: 11 nov. 2020.

HARAWAY, D. J. **Staying with the Trouble: Making Kin in the Chthulucene**. Durham: Duke University Press, 2016.

HOFFMANN, S.L. **Human Rights in the Twentieth Century**. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

HUNT, L. **Inventing Human Rights: a history**. New York: W. W. & Norton Company, 2007.

IBGE. **Mulheres dedicam quase o dobro do tempo dos homens em tarefas domésticas**. 2019. Disponível em: <https://censos.ibge.gov.br/agro/2017/2012-agencia-de-noticias/noticias/24267-mulheres-dedicam-quase-o-dobro-do-tempo-dos-homens-em-tarefas-domesticas.html>. Acesso em: 22 set. 2020.

JOACHIM, J. **Women's Rights as Human Rights**. 2010. Oxford Research Encyclopedia of International Studies. Disponível em: <https://oxfordre.com/internationalstudies/internationalstudies/view/10.1093/acrefore/9780190846626.001.0001/acrefore-9780190846626-e-430>. Acesso em: 20 maio 2019.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 17-47, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300005&script=sci_arttext. Acesso em: 21 set. 2020.

LEAL, M. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 1-17, jan. 2017. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>. Acesso em: 26 nov. 2019.

MARIZ, R. Ministro da Saúde exonera autores de nota sobre acesso a aborto legal durante pandemia. **O Globo**. Brasília, p. 0-0. 5 jun. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/ministro-da-saude-exonera-autores-de-nota-sobre-acesso-aborto-legal-durante-pandemia-1-24464481>. Acesso em: 21 set. 2020.

MINISTÉRIO da Saúde reconhece legitimidade do uso do termo 'violência obstétrica'. **G1: Ciência e Saúde**. [S. L.]. 10 jun. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/06/10/ministerio-da-saude-reconhece-legitimidade-do-uso-do-termo-violencia-obstetrica.ghtml>. Acesso em: 16 set. 2020.

MONTICELLI, M. **O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. 1994. 260 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

MORAES, M. C. B.; CASTRO, T. D. V. A autonomia existencial nos atos de disposição do próprio corpo. **Pensar: Revista de Ciências Jurídicas**, Fortaleza, v. 19, n. 3, p. 779-818, set/dez. 2014.

MORAIS, R. M. **Violência obstétrica ou contra o obstetra?**. 2016. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26009:2016-02-26-15-10-10&catid=46. Acesso em: 21 set. 2020.

NERIS, N. Um efeito alquímico: sobre o uso do discurso dos direitos pelas/os negras/os. **Direito & Práxis**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 250-275, jan. 2018.

NOGUEIRA, B. C. **Violência obstétrica**: análise das decisões proferidas pelos tribunais de justiça da região sudeste. 2015. 86 f. TCC (Graduação) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

OMS. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: OMS, 2018. Color. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 25 set. 2020.

ONU. **Declaration Of Mexico On The Equality Of Women And Their Contribution To Development And Peace**. Cidade do México, 1975. Disponível em: <http://www.un-documents.net/mex-dec.htm>. Acesso em: 5 nov. 2019.

_____. **Declaração e Programa de Ação de Viena – 1993**. Viena, 1993. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Sistema-Global.-Declara%C3%A7%C3%B5es-e-Tratados-Internacionais-de-Prote%C3%A7%C3%A3o/declaracao-e-programa-de-acao-de-viena.html>. Acesso em: 5 maio 2020

_____. **The Four Global Womens' Conferences 1975 - 1995**: historical perspective. Historical Perspective. 2000. Disponível em: <https://www.un.org/womenwatch/daw/followup/session/presskit/hist.htm>. Acesso em: 26 set. 2020.

_____. **Status of Ratification**: interactive dashboard. Interactive Dashboard. Disponível em: <https://indicators.ohchr.org/>. Acesso em: 10 maio 2020.

_____. **A ONU e as mulheres**. [201-] Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/mulheres/>. Acesso em: 26 set. 2020.

_____. **Sobre a ONU Mulheres**: Garantir os direitos humanos das mulheres no Brasil e no mundo. [201-] Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/onu-mulheres/sobre-a-onu-mulheres/>. Acesso em 10 nov. 2019.

_____. **UNICEF alerta para elevado número de cesarianas no Brasil**. 2017. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/76339-unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil>. Acesso em: 16 set. 2020.

PAULUZE, T.; VALADARES, J. Menina de dez anos entrou em hospital em porta-mala de carro enquanto médico distraía religiosos. **Folha de São Paulo**. São Paulo e Recife. 18 ago. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/08/menina-de-dez-anos-entrou-em-hospital-na-mala-do-carro-enquanto-medico-distraia-religiosos.shtml>. Acesso em: 21 set. 2020.

PIOVESAN, F. A Proteção Internacional dos Direitos Humanos das Mulheres. **Revista EMERJ**, Rio de Janeiro, vol. 15, nº 57 (Edição Especial), pp. 70-89, jan-mar. 2012. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/16041527.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

PODVAL, R.; BRANCO, L. Uma provocação aos pais que cada vez mais não são presentes na vida das crianças. **Folha de São Paulo**. [S. L.]. 9 ago. 2019. Disponível em:

<https://www1.folha.uol.com.br/empreendedorsocial/2019/08/uma-provocacao-aos-pais-que-cada-vez-mais-nao-sao-presentes-na-vida-das-criancas.shtml>. Acesso em: 21 set. 2020.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Violência Obstétrica “Parirás com Dor”. Dossiê da Violência Obstétrica. CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em 5 nov. 2019.

REINO UNIDO. NHS. **Cesareans due to birth fear**. 2008. Disponível em: <https://www.nhs.uk/news/pregnancy-and-child/caesareans-due-to-birth-fears/>. Acesso em: 20 set. 2020.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8m665>. Acesso em: 24 abr. 2020.

SANCOOP. **Bradesco Saúde: Honorário – Outubro 2019**. Disponível em: <http://www.sancoop.com.br/faturamento/informacao/especialidade/1/convenios>. Acesso em: 26 set. 2020.

SANTA CATARINA. **Lei Ordinária nº 17.097**, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 23 out. 2020.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Apelação nº 0001314-07.2015.8.26.0082. Relator: Fábio Podestá. São Paulo, SP. 11 out. 2017. Disponível em: <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/509315821/13140720158260082-sp-0001314-0720158260082/inteiro-teor-509315834?ref=serp>. Acesso em: 4 out. 2020.

SCOTT, J. W. French Feminists and the Rights of 'Man': olympe de gouges's declarations. **History Workshop**, Oxford, v. 28, n. 1, p. 1-21, 1989.

SEMINÁRIO Nacer no Brasil (Parte 1/5). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. **Youtube**. 2 jun. 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=rd9F3BpdaMU>. Acesso em: 27 set. 2020.

SEMINÁRIO Nacer no Brasil (Parte 3/5). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. **Youtube**. 2 jun. 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=AHdpPtJTGFY>. Acesso em: 27 set. 2020.

SMITH, R. K. M. **Textbook on International Human Rights**. 6ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2014.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **Femina**, [S. L.], v. 38, n. 10, p. 505-516, set. 2010.

SUPREMA CORTE DE JUSTIÇA DO MÉXICO. **Protocolo para juzgar com perspectiva de género: haciendo realidad el derecho a la igualdad**. México: 2012

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 85-100, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 3 Out. 2020.

WILLIAMS, P. J. **Alchemy of Race and Rights**: diary of a law professor. Cambridge: Harvard University Press, 1992.

ZINSSER, J. P. **From Mexico to Copenhagen to Nairobi**: The United Nations Decade for Women, 1975-1985. *Journal of World History*, Vol. 13, nº 1, pp. 139-168. Honolulu: University of Hawai'i Press, 2002.