

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

GABRIELA VIDOTTI FERREIRA MAGALHÃES

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO PROBLEMA PÚBLICO:

Ação institucional, políticas públicas e mobilização social

FRANCA

2025

M188v Magalhães, Gabriela Vidotti Ferreira
A violência obstétrica como um problema público : ação
institucional, políticas públicas e mobilização social / Gabriela Vidotti
Ferreira Magalhães. -- Franca, 2025
90 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual
Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca
Orientador: Agnaldo de Sousa Barbosa de Sousa Barbosa
Coorientador: Rodolfo Franco Puttini

1. políticas públicas. 2. violência obstétrica. 3. saúde pública. 4.
mobilização do direito. 5. humanização do parto. I. Título.

GABRIELA VIDOTTI FERREIRA MAGALHÃES

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO PROBLEMA PÚBLICO:

Ação institucional, políticas públicas e mobilização social

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), Faculdade de Ciências Sociais e Humanas de Franca, para obtenção do título de Mestra em Planejamento e Análise de Políticas Públicas.

Área de Concentração: Desenvolvimento Social

Orientador(a): Prof. Dr. Agnaldo de Sousa Barbosa.

Coorientador(a): Prof. Dr. Rodolfo Franco Puttini

Franca

2025

IMPACTO POTENCIAL DESTA PESQUISA

Esta pesquisa identificou que a violência obstétrica não é reconhecida pelo Estado como um problema público e, portanto, são escassas as políticas públicas favoráveis à humanização. Em face de tal inferência, que partiu da análise da mobilização social e do direito diante desse problema, o presente estudo possui impacto na perspectiva de categorização da violência obstétrica enquanto problema que afeta coletivamente um grupo significativo de pessoas, podendo contribuir para a sua inserção gradativa na agenda política.

POTENTIAL IMPACT OF THIS RESEARCH

This research identified that obstetric violence is not recognized by the State as a public problem and, therefore, public policies that favor humanization are scarce. In view of this inference, which was based on the analysis of social mobilization and the law in the face of this problem, the present study has an impact on the perspective of categorizing obstetric violence as a problem that collectively affects a significant group of people, and may contribute to its gradual inclusion in the political agenda.

GABRIELA VIDOTTI FERREIRA MAGALHÃES

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO PROBLEMA PÚBLICO:

Ação institucional, políticas públicas e mobilização social

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Campus de Franca, para obtenção do título de Grau acadêmico Mestra em Planejamento e Análise de Políticas Públicas.
Área de Concentração: Instituições, Cidadania e Políticas Sociais

Data da defesa: 12/03/2025

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Agnaldo de Sousa Barbosa
UNESP - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Campus de Franca

Prof. Dr. Rodolfo Franco Puttini
UNESP - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Campus de Franca

Prof. Dr.a Regina Célia de Souza Beretta
Unifran - Universidade de Franca

Prof. Dra. Maria Lúcia Vannuchi
UFU - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais

Dedico este trabalho a todas as pessoas
que gestam e constroem em seus ventres
a sociedade que queremos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me permitir chegar até aqui e viver momentos tão enriquecedores e transformadores.

Agradeço à minha filha Eduarda, por me permitir viver experiências que me possibilitaram ampliar o olhar e perceber a dor de parir que vai muito além do trabalho de parto. Agradeço à minha filha Clara, por me permitir ressignificar e curar as feridas e entender a real importância dessa pesquisa e a urgente efetivação da humanização do parto.

Este trabalho está longe de ser um trabalho escrito por uma mão apenas, ele é fruto de uma extensa rede de apoio que me socorreu a tempo de não desistir. Por isso, minha mais profunda gratidão ao meu orientador Agnaldo de Sousa Barbosa, que o tempo todo me aconselhou e mostrou os caminhos possíveis a seguir, ao meu coorientador Rodolfo Franco Puttini por me enveredar nas sendas da humanização da saúde.

À minha amiga/irmã Fernanda de Castro por ser minha inspiração e grande incentivadora, por pegar na minha mão e conduzir aos debates, leituras e possibilidades e que ao longo de anos difíceis, não poupou esforços para possibilitar que eu chegasse até aqui.

Agradeço infinitamente à minha mãe, Rosimeire Vidotti Ferreira, por assumir a pesada incumbência de parir, educar e auxiliar em todas as fases da minha vida, essa vitória é nossa minha querida e sei o quanto de seu suor esteve envolvido. Obrigada por seu amor incondicional e por seu exemplo que espero passar às minhas filhas.

Ao meu esposo Danilo que com tanto amor esteve comigo nos partos e na vida, sendo o porta-voz de minhas escolhas e desejos lutando pela mesma causa.

À minha Doula e amiga da vida Carolina Nishimura que esteve comigo em todas as gestações, sendo meu apoio em meu processo de gestar, parir, amamentar e maternar e, assim como eu, acredita na potência da mulher que pare. À Kathelin Escobedo pela amizade e por eternizar em imagens o momento mais transformador da minha vida.

Aos meus amigos Ane Tolentino, Gabriela Ribeiro, Hugo Rafael Soares, Ana Beatriz Junqueira, Karina Sabina, Caio Dagher, Heloísa Garcia, Karina Amorim, Taisa Mara Furini, Thaysa de Andrade, Rachel Zanguetin e tantos outros que foram

socorro e ombro amigo quando, pelos acontecimentos da vida, pensei ter que desistir dessa pesquisa.

Aos amigos que a Unesp me trouxe Agnaldo de Sousa Barbosa e sua esposa Terezinha Machado Barbosa, Alexandre Marque Mendes e sua esposa Rita de Cássia Lopes de Oliveira Mendes, Elísio Estanque e sua esposa Nataliya Naumenko e Mauro Lúcio Ferreira, por me proporcionarem partilhas enriquecedoras e tantos momentos agradáveis de descontração, regados a vinhos e cafés.

À querida professora de yoga, Leny Papacídero Magrin, por ampliar minha consciência e me permitir visualizar a jornada com mais leveza e presença, percebendo minhas possibilidades e acolhendo meus limites.

Aos membros da Subcomissão de Direitos Obstétricos e Parentalidade responsável da Ordem dos Advogados do Brasil, Subseção de Franca/SP, por me permitirem discussões tão enriquecedoras para esse trabalho.

Ao Centro de Convivência Infantil - CCI "Pintando o Sete", por acolher e cuidar com amor de minha pequena Eduarda enquanto me dedicava às atividades do mestrado.

“Quando as ovelhas deram à luz com anestesia peridural, não cuidaram dos seus cordeiros” (Odent, 2000, p. 7)

RESUMO

Apesar da humanização do parto ser um movimento que se fortaleceu por meio de debates no cenário nacional e internacional, culminando na intensificação de demandas levadas aos tribunais, relatos de violência obstétrica no país ainda são muito comuns entre as mulheres. Diante desse cenário, a presente investigação teve como objetivo compreender como a violência obstétrica se configura como problema e objeto para as políticas públicas, partindo-se das restrições aos direitos da mulher no que tange à humanização do parto. Em um primeiro momento, foi estudada a definição de violência obstétrica e os entraves epistemológicos, sociais e jurídicos para seu reconhecimento. Posteriormente, investigou-se por meio de um mapeamento das iniciativas institucionais, projetos de lei, leis, tanto em âmbito federal, como em âmbito estadual, com foco no Estado de São Paulo, em conjunto com as iniciativas locais, na cidade de Franca. Por fim, analisou-se quais respostas o Poder Judiciário tem dado aos demandantes no tocante à violência obstétrica e à humanização do parto. Para essa investigação, utilizou-se a metodologia de análise qualitativa e para a coleta de dados valeu-se do estudo de caso ampliado, preceituado por Michael Burawoy (2014), a fim de se perquirir sobre a importância da mobilização do direito para a garantia da efetividade dos direitos da mulher. Com isso, procurou-se responder aos seguintes questionamentos: a violência obstétrica é vista como um problema público? E qual o papel das políticas públicas e da mobilização do direito para garantir que situações de exceção não se tornem situações definitivas? As respostas alinham-se ao contexto sociológico, político e jurídico que giram em torno da compreensão do ser feminino na sociedade.

Palavras-chave: Políticas Públicas, Violência Obstétrica, Saúde Pública, Mobilização do Direito, Humanização do Parto.

ABSTRACT

Although the humanization of childbirth is a movement that has been strengthened through debates on the national and international scene, culminating in the intensification of demands taken to court, reports of obstetric violence in the country are still very common among women. Given this scenario, the present investigation aimed to understand how obstetric violence is configured as a problem and object for public policies, based on restrictions on women's rights regarding the humanization of childbirth. Initially, the definition of obstetric violence and the epistemological, social and legal obstacles to its recognition were studied. Subsequently, it was investigated through a mapping of institutional initiatives, bills, laws, both at the federal and state levels, focusing on the State of São Paulo, together with local initiatives, in the city of Franca. Finally, we analyzed what responses the Judiciary has given to the plaintiffs regarding obstetric violence and the humanization of childbirth. For this investigation, the methodology of qualitative analysis was used and for data collection we used the expanded case study, prescribed by Michael Burawoy (2014), in order to investigate the importance of mobilizing the law to guarantee the effectiveness of women's rights. With this, we sought to answer the following questions: is obstetric violence seen as a public problem? And what is the role of public policies and the mobilization of law to ensure that exceptional situations do not become definitive situations? The answers align with the sociological, political and legal context that revolves around the understanding of the female being in society.

Keywords: Public Policies, Obstetric Violence, Public Health, Mobilization of Law, Humanization of childbirth.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 O CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA, SOCIAL E JURÍDICA	15
2.1 EMPODERAMENTO FEMININO E SOCIEDADE: QUANDO A MULHER DEIXOU DE TER CONTROLE SOBRE O SEU CORPO?	24
2.2 A DINÂMICA DO DESCONHECIDO: COMO O DESCONHECIMENTO SOBRE OS DIREITOS AFETAM AS MULHERES?	32
3 MAPEAMENTO DAS INICIATIVAS INSTITUCIONAIS	37
3.1 MAPEAMENTO DAS INICIATIVAS FEDERAIS	40
3.2 MAPEAMENTO DAS INICIATIVAS DO ESTADO DE SÃO PAULO	46
3.3 AÇÕES DA SUBCOMISSÃO DE DIREITOS OBSTÉTRICOS E PARENTALIDADE RESPONSÁVEL DA ÓRDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, SUBSEÇÃO DE FRANCA, ESTADO DE SÃO PAULO	52
3.4 INICIATIVAS INSTITUCIONAIS E A MOBILIZAÇÃO DO DIREITO	60
4 A MOBILIZAÇÃO DO DIREITO E A DINÂMICA DO CONFLITO EM TORNO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS	62
4.1 OS CASOS BRASILEIROS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COM REPERCUSSÃO NA MÍDIA NOS ESTADOS DE SÃO PAULO E RIO DE JANEIRO	63
4.2 A TIPIFICAÇÃO CRIMINAL DA CONDUTA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A LUTA POR MAIS DIREITOS: A MOBILIZAÇÃO DO DIREITO EM FACE DA DINÂMICA DO CONFLITO	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	83

1 INTRODUÇÃO

O parto deveria ser um evento fisiológico na vida da mulher, contudo, índices demonstram que esta realidade está longe de acontecer, conforme, Brasil (2019), o Painel de Indicadores de Atenção Materna e Neonatal, extraídos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no ano de 2019, apenas 30,04 % dos partos foram vaginais, contra 69,96% por cesárea e destas 56,15% a mulher não entrou em trabalho de parto, ou seja, foram realizados por cesáreas eletivas.

Com os avanços tecnológicos, nos anos 1980, cesáreas eletivas eram consideradas a via mais segura para a mãe e o bebê no nascimento, isso porque falsamente se acreditava que o médico era capaz de prever o momento em que o bebê estava pronto para o nascimento. Com isso, o parto passou a ter como protagonista o médico, que escolhia uma data conforme sua agenda e não a do bebê. Além disso, levar o parto para o hospital tornou este momento, inevitavelmente, uma patologia, como qualquer outra tratada em um ambiente hospitalar, sujeita, portanto, a protocolos a serem seguidos pelos médicos e sua equipe (Matei, et al., 2003).

Estes protocolos consistem muitas vezes em práticas desnecessárias, pois sem respaldo científico e até mesmo desumanas. Como exemplo, a proibição da parturiente tomar água ou ingerir alimentos, exames de toque sem o consentimento, a raspagem dos pelos pubianos (tricotomia), indicando que o parto evoluirá para uma cesárea e a proibição de posições de parto, sendo a mulher obrigada a ficar em posição vaginal, muitas vezes amarrada, dentre outras situações que tiram totalmente a autonomia feminina, e a torna vulnerável às decisões médicas.

A perda de autonomia da mulher culminou em várias práticas médicas desnecessárias, como episiotomia, que visa “auxiliar” a saída do bebê, por meio de um corte vaginal, o uso de fórceps, o uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, cesárea sem indicação clínica, condutas desrespeitosas dos médicos e sua equipe, durante o parto, como xingamentos, brincadeiras de mau gosto e outros tantos relatos de métodos que não respeitam a fisiologia do parto, a vontade da mulher e sua dignidade, gerando situações de abusos físicos, sexuais e verbais, atos esses que configuram o que se denomina hoje como violência obstétrica, segundo a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization) (WHO, 1996).

Por conta desse histórico, em contrapartida ao movimento cesarista dos anos 1980 e a essas práticas de violência obstétricas, surgem no Brasil movimentos sociais

pela humanização (Tornquist, 2002) baseados nos parâmetros propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na qual, dentre outras práticas prevê o direito ao acompanhante, a ser escolhido pela gestante, para acompanhá-la no pré-natal, parto e pós-parto imediato.

O que se observa ao longo da história é uma cultura de desrespeito tão arraigada, que se tornou comum ouvir relatos de maus tratos no parto e se normalizar as condutas, como se a mulher que reclama não fosse grata ao médico que trouxe seu filho com vida e esta mulher, muitas vezes, não reclama por pensar que num futuro poderá necessitar novamente dos cuidados do hospital, do médico ou da equipe (Diniz, *et al*, 2016).

Ainda, como nos ensina Angela Davis (2016), esse desrespeito tem gênero, raça e classe, no sentido da necessidade de um olhar pela interseccionalidade, ou seja, mulheres, negras e pobres sofrerem ainda mais violências obstétricas, devido a uma condição historicamente inferiorizada. Em razão de vários fatores, dificilmente uma mulher pobre e negra terá acesso a informações atualizadas ou mesmo terá condições financeiras para pagar pelo trabalho prestado pela doula, ou por uma equipe de parto humanizado, pois esses profissionais de auxílio ao parto não são uma realidade nos hospitais públicos.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 traz a proteção à maternidade como uma preocupação do Estado e passou a fazer parte do rol de direitos sociais, que demandam prestações positivas do Estado para que as políticas aconteçam de forma adequada. Esse direito passou a ser previsto no artigo 6º, “caput”, da Constituição Federal de 1988, mas, somente em 2016, quando a Lei nº 13.257 de 2016, incluiu o parágrafo 6º do artigo 8º do Estatuto da Criança e do Adolescente, é que o direito da gestante a ter um acompanhante, tanto nas consultas de rotina, durante o trabalho de parto no hospital, quanto no pós-parto, durante sua internação foi garantido, no entanto, ainda há descumprimentos dessa lei no país.

Quanto ao papel que é desempenhado, por geralmente ser pessoa da família, o acompanhante, escolhido pela parturiente é o responsável por dar conforto emocional à gestante e ao bebê, contudo ele não tem nenhum conhecimento técnico quanto à fisiologia do parto. Estudos comprovam que sua presença pode diminuir as horas de parto, além disso, oferece o acolhimento necessário para sua segurança, em um momento de total vulnerabilidade da mulher (Hoga, 2007).

Outro profissional importante para a prevenção de violências obstétricas e humanização do parto é a Doula, etimologicamente a denominação significa “mulher que serve” ela atua no aconselhamento e informações, dando “suporte emocional à mulher intraparto, com treinamento específico sobre fisiologia do parto normal, métodos não farmacológicos para alívio da dor, cuidados pós-natais e aleitamento materno” (Barbosa et. al, 2018).

Apesar da relevância do papel desempenhado para a humanização e por ser reconhecido pela Organização Mundial da Saúde, a profissão não possui regulamentação por norma federal, contudo, em 2013, foi inserida na Classificação Brasileira de Ocupações e recebeu o código 3221-35, correspondente a tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas e já possui lei própria em muitos municípios brasileiros, como por exemplo no município de Franca/SP, a lei 8.518 de março de 2017, dispõe sobre a presença de profissionais Doulas durante o parto nas maternidades e hospitais do Município de Franca.

Há ainda, o reconhecimento das funções exercidas por essa profissional no parecer 24.385/13 emitido pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), conforme descreve:

A acompanhante treinada, além do apoio emocional, deve fornecer informações a parturiente sobre todo o desenrolar do trabalho de parto e parto, intervenções e procedimentos necessários, para que a mulher possa participar de fato das decisões acerca das condutas a serem tomadas durante este período.

Durante o trabalho de parto e parto, a acompanhante:

Orienta a mulher a assumir a posição que mais lhe agrada durante as contrações:

Favorece a manutenção de um ambiente tranquilo e acolhedor, com silêncio e privacidade;

Auxilia na utilização de técnicas respiratórias, massagens e banhos mornos;

Orienta a mulher sobre métodos para alívio da dor que podem ser utilizados, se necessários;

Estimula a participação do marido ou companheiro em todo o processo;

Apoia e orienta a mulher durante todo o período expulsivo, incluindo a possibilidade da liberdade de escolha quanto à posição a ser adotada.

Com isso, a mulher, por estar vulnerável frente aos conhecimentos técnicos do médico e sua equipe, muitas vezes se vê coagida a realizar procedimentos que não realizaria, caso soubesse da eficiência de cada um deles, é nesse momento que a Doula auxilia no consentimento da parturiente. O acompanhante, por sua vez, geralmente é instruído antes do parto pela Doula e também se prepara para viver este momento, conhecendo e apoiando as vontades da parturiente. Percebe-se, portanto, que ambos

defendem a mulher durante o parto e sua presença visa diminuir a incidência de violência obstétrica.

Como já foi dito, o parto deveria ser um evento fisiológico na vida de uma mulher, contudo, atualmente, percebemos que intervenções e medicalização são cada vez mais utilizadas, diminuindo o poder de escolha sobre o corpo da mulher. Isso gera, muitas vezes, uma situação de violência física e/ou psicológica que causará danos para muito além do parto, atingindo a vida da parturiente e da díade, mãe-bebê.

Para esta pesquisa, a vivência pessoal e profissional da pesquisadora foi o combustível que a possibilitou olhar para um tema que experienciam muitas mulheres em seu pré-natal, parto e pós-parto imediato. Todavia, essa abordagem tem o condão de ir além de seu próprio ser, almejando servir de utilidade para a sociedade. Por esse motivo, a pesquisa trouxe elementos que combinaram a experiência da pesquisadora com a carga objetiva necessária para demonstrar como a violência obstétrica ocorre no meio social.

Dessa forma, como abordagem metodológica utilizou-se da metodologia de análise qualitativa, permitindo uma análise mais pormenorizada e abrangente dos dados coletados. A coleta de dados valeu-se do estudo de caso ampliado, conforme preceitua Michael Burawoy (2014), por meio do qual foi utilizado uma perspectiva que busca se aproximar do método etnográfico, possibilitando uma imersão na experiência da pesquisadora e na comunidade, a fim de se levantar o problema e investigar as soluções presentes e futuras para o caso. Sobre o método, Michael Burawoy (2014, p. 42) afirma que:

[...] o estudo de caso ampliado aplica a ciência reflexiva à etnografia, com o objetivo de extrair o universal do particular, mover-se do “micro” ao “macro”, conectar o presente ao passado e antecipar o futuro – tudo isso construído sobre uma teoria preexistente.

Assim, o presente estudo partiu de uma experiência pessoal e profissional, e foi em seu primeiro capítulo buscar as origens da violência obstétrica pela perspectiva epistêmica, social e jurídica, observando o cunho multifatorial em que se debruça sobre fatores diversos como: o machismo, o poder simbólico (Bourdieu, 1989), a injustiça epistêmica (Fricker, 2007), dentre outros que impedem a mulher, muitas vezes, de se perceber violentada.

Após o levantamento do Capítulo 1, no Capítulo 2, fez-se um mapeamento das iniciativas institucionais existentes verificando em âmbito federal, estadual e

municipal, leis e projetos de leis existentes, com a intenção de aferir a mobilização da temática no âmbito político.

Em conjunto a essa análise no âmbito político, foi feito um trabalho de campo por meio da atuação pela Subcomissão de Direitos Obstétricos e Parentalidade Responsável da OAB, Subseção de Franca, estado de São Paulo, com palestras, escuta ativa de doulas, profissionais da saúde e gestantes. Esse trabalho de campo permitiu ampliar o olhar da pesquisadora sobre o tema, além de poder criar junto em coletivo um projeto de lei que foi apresentado à Câmara dos Vereadores de Franca. Além dessa experiência que aproximou à pesquisa da sociedade, também foi citado um caso jurídico pessoal em que a pesquisadora atuou como advogada, questionando a entrada da Doula no parto durante a pandemia da Covid-19.

Já no Capítulo 3, buscou-se tratar da mobilização do direito, abordando dois casos de repercussão nacional, o primeiro, caso da Shantal Verdelho e o segundo do anestesista Giovanni Quintella Bezerra. Apesar de deslindes diferentes, verificou-se que a falta de reconhecimento do termo violência obstétrica e a criminalização da conduta, inviabilizou a punição do primeiro caso e no segundo, enquadrrou-se em crime de estupro de vulnerável.

2. O CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA, SOCIAL E JURÍDICA

São frequentes os relatos de violência contra a gestante e parturiente, perpetrada por profissionais da saúde, ao longo do processo de gestação e nascimento. Uma pesquisa realizada em 2010, pela Fundação Perseu Abramo (Venturi et al, 2013, p. 175), trouxe à tona um problema que há muito era restrito à esfera íntima da mulher. A referida pesquisa concluiu que uma a cada quatro mulheres entrevistadas, ou seja, 25% destas, que tiveram seus filhos na rede pública ou privada no Brasil, sofreram alguma violência durante o parto.

Ressalta-se aqui duas importantes considerações a serem feitas nessa análise. A primeira delas, é quanto ao tempo de obtenção desses dados, como já dito, ele é de 2010, ou seja, há quatorze anos. Posteriormente a isso, não houve, no Brasil, uma pesquisa com a mesma abrangência para redimensionar o problema.

Um segundo ponto é que a porcentagem obtida, apesar de ser um considerável dado para nortear o problema público, está longe de representar a realidade quanto a violência obstétrica. Isso porque, na pesquisa da Fundação Perseu Abramo, 25% das entrevistadas conseguiram identificar e verbalizar as violências sofridas, no entanto, muitas vezes a violência ainda é velada, e, esse “não dito” possui causas multifatoriais, pois a violência é institucionalizada, estrutural, epistêmica, fruto do “poder simbólico”, do machismo, dentre outros fatores que a impossibilita de perceber-se violentada.

Neste sentido, cumpre tecer considerações sobre esses modelos estratificados em nossa sociedade que levam a uma normalização das condutas. Quanto ao “poder simbólico”, este é essencial para explicar a hegemonia dos saberes médicos em detrimento de outros saberes como o das parteiras, das doulas, das enfermeiras obstétricas e até mesmo da própria parturiente. O poder simbólico, como denominado por Pierre Bourdieu (1989), ou o poder invisível, é aquele que não se deixa ver, mas que é socialmente reconhecido, ou seja, ignorado como arbitrário e por isso, culturalmente aceito.

Ao voltarmos o olhar sociológico para a construção do feminino no parto, temos que a mulher é o ser que se reproduz e que a construção do pensamento sobre o parto não cabe a ela, mas aos detentores do conhecimento científico na medicina. Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2000, p. 9 e 10) sobre o programa de humanização no pré-natal e nascimento no início dos anos 2000, “a gravidez e o

parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres” e, acresce, ainda que:

Os profissionais de saúde são, coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. [...]. Contudo, desempenhar este papel não é fácil. A maioria dos profissionais vê a gestação, o parto, o aborto e o puerpério como um processo predominantemente biológico onde o patológico é mais valorizado. Durante sua formação, doenças e intercorrências são enfatizadas e as técnicas intervencionistas são consideradas de maior importância. Entretanto, a gestação é um processo que geralmente decorre sem complicações. Os estudantes são treinados para adotar "práticas rotineiras", como numa linha de produção, sem a avaliação crítica caso a caso. Disto decorre um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas.

O documento já sinalizava que o parto é um evento natural na vida de uma mulher e, por isso, deve ser tratado com o devido respeito pelos profissionais de saúde, que são coadjuvantes e não protagonistas. A grande questão que surge da orientação do Ministério da Saúde é: Se há mais de duas décadas atrás, o parto já era visto como um evento natural, por que esse conhecimento não se disseminou no meio médico?

O Conselho Federal de Medicina (CFM) possui algumas resoluções no que diz respeito ao parto. A preocupação da área médica relaciona-se com a ética e postura profissional durante o parto, sobretudo no que diz respeito à autonomia do médico e do paciente, conforme destaca pelo artigo 1º da Resolução CFM nº 2.284/2020:

Art. 1º É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e o cesariano, seus respectivos benefícios e riscos. Parágrafo único. A decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante.

Antes de fazer uma análise mais detida do dispositivo citado, cabe destacar que a Resolução é do ano de 2020, ou seja, ela foi editada 20 anos depois da edição pelo Ministério da Saúde sobre o programa de humanização do parto e depois das diretrizes sobre o parto humanizado (Brasil, 2017). O que se denota, portanto, é que pela letra fria da resolução, a escolha do parto cesariano eletivo só deveria ser feita após uma decisão informada da paciente, o problema é como essa informação é repassada.

Com isso, até parece um contrassenso afirmar que muitas técnicas utilizadas pela equipe de atenção materna não são baseadas em evidências científicas, isso porque, tem-se a premissa de que os conhecimentos médicos são a única verdade possível, capaz de fazer um bebê nascer com vida. No entanto, não é assim que acontece, um exemplo

importante é quanto à relação de parto cesáreo e morte materna infantil, é evidente que o procedimento médico deve ser utilizado para salvar a vida do binômio mãe-bebê quando comprovadamente necessitam de intervenção. Contudo, não há evidências que a realização do procedimento em partos com risco habitual esteja ligada com a redução dos índices de morte da díade materna, conforme divulgado pela Organização Mundial da Saúde (2015).

No mesmo documento, a Organização Mundial da Saúde afirma que desde 1985 o recomendado pela comunidade médica é uma taxa de cesárea entre 10% a 15%, sendo outros valores indícios de problemas na assistência ao parto e pré-natal. Índices esses muito distantes do esperado no caso do Brasil, que tem taxas ascendentes de parto cesárea, chegando a 58,16% de todos os partos realizados no ano de 2022, conforme Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson) (Brasil, 2023).

Tais índices estão na contramão das políticas públicas instituídas pelo país, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000), criada pela Portaria 569/00, Rede Cegonha (2011), criada pela Portaria 1459/11, as Diretrizes Nacionais para o Parto Humanizado (2017), política pública de humanização do parto editada pelo Ministério da Saúde dentre outras demonstrando o quanto a humanização ainda não foi implementada e efetivada pelo país, perpetuando-se assim a violência simbólica que reforça a “domesticação dos dominados”¹.

Com a finalidade de ilustrar a hegemonia do saber médico, Sena (2016, p. 98) traz relatos de mulheres que sofreram violência obstétrica:

Assim que a tal médica plantou a semente da dúvida dentro de mim e me negou assistência, eu medrei. Sim, eu poderia ter continuado sozinha. Mas eu tive medo. Tive medo de algo dar errado e eu me culpar pelo resto da vida. (...) Concordei com a cesárea (Elisa).

Relatos nesse sentido são muito frequentes, confirmando o monopólio da violência simbólica, capaz de inculcar, por meios socialmente reconhecidos, veladamente arbitrários, o conhecimento de um grupo dominante, no caso o dos

¹ A esse respeito, Bourdieu (1989, p. 11) explica que: É enquanto instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e de conhecimento que os “sistemas simbólicos” cumprem a sua função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre outra (violência simbólica) dando reforço da sua própria força às relações de força que as fundamentam e contribuindo assim, segundo a expressão de Weber, para a “domesticação dos dominados”.

médicos, a hegemonia de seu conhecimento profissional específico (Bourdieu, 1989, p.12).

A predominância dos saberes médicos encontra explicação na “injustiça epistêmica”, termo cunhado por Miranda Fricker (2007, p.1) para buscar investigar os fenômenos sociais da relação de poder que exclui o conhecimento de uma pessoa ou grupo em detrimento de outra pessoa ou grupo, por preconceito de identidade. Alice de Barros Gabriel (2020, p.5) correlaciona a teoria de Fricker à violência obstétrica, investigando a injustiça epistêmica não apenas aos saberes médicos, como também à raça e classe, dizendo das diferenças entre a atenção ao parto de mulheres negras e brancas, ricas e pobres.

Ademais, afirma por meio da teoria das injustiças epistêmicas de cunho hermenêutico, que tais injustiças relacionadas à mulher é fruto da marginalização social e política, por consequência da participação “historicamente desigual das mulheres na elaboração e na revisão de conceitos-chave para explicar experiências cotidianas” (Gabriel et al., p.3). É, portanto, injusta no sentido de negar à mulher o direito de sofrer pelas ocorrências do parto e de punir seus agressores, já que há uma dificuldade entre as próprias mulheres de reconhecer a violência obstétrica.

Dessa forma, necessariamente deve-se olhar a violência obstétrica na perspectiva de gênero, raça e classe distanciando-se, assim, de outras violências médicas. Além do mais, o parto é expressão da sexualidade feminina, e nada tem a ver com as outras patologias que dependem de cuidados médicos.

Quando se ressalta que o parto é uma expressão da sexualidade feminina, significa dizer que a maioria das intervenções realizadas sem o consentimento da mulher pode ser sentida, mesmo que apenas em seu íntimo, como um abuso sexual (Sadler *et al*, 2017). E nesse sentido, as palavras de Sena (2016) ecoam como vozes silenciadas de muitas outras mulheres que também sentiram o mesmo, no entanto tiveram suas experiências invisibilizadas e naturalizadas:

Quantas vezes escutei a frase “filhinha, colabore pois sei o que estou fazendo”! Que ódio lembrar disso!!! Quanta raiva já tive de mim por ter permitido o que fizeram com meu corpo e minha alma. **Me senti estuprada, e isso a maioria das pessoas não entendem.** O corpo é meu, as regras são minhas... Esse deveria ser o mandamento maior. A ginecologia é a única especialidade médica em que casos assim acontecem. Não há esse tipo de subjugação, menosprezo, violência e ironia em uma sala de urologista ou de um cardiologista com pacientes do sexo masculino. (Sena, 2016, p. 265, grifo nosso)

Neste relato é possível perceber o quanto aquela mulher foi vítima de um sistema estruturalmente construído para punir e culpabilizar mulheres, fazendo com que ela se questionasse sobre o porquê “permitiu” tal ato. Na verdade, não havia escolha e nunca haverá quando falamos de estupro. Há que se considerar que todas as instituições e a sociedade em si, ainda pune mulheres pelo pecado original, mesmo que sem perceber que o façam, reafirmando sempre a sujeição da mulher frente ao homem (Pires, 2016).²

Além disso, ao longo da história, a mulher vem perdendo o protagonismo diante da medicalização de seus processos fisiológicos, concomitante às necessidades da modernidade e, portanto, do capitalismo, em realizar o controle populacional. Sobre a posição da mulher em condição servil à força de trabalho masculina, que desempenhou papel importante para o desenvolvimento do capitalismo e a manutenção da ordem patriarcal, Silvia Federici (2017, p.232) pontua:

Sobre esta base, foi possível impor uma nova divisão sexual do trabalho, que diferenciou não somente as tarefas que as mulheres e os homens deveriam realizar, como também, suas experiências, suas vidas, sua relação com o capital e com os outros setores da classe trabalhadora. Deste modo, assim como a divisão internacional do trabalho, a divisão sexual foi, sobretudo, uma relação de poder, uma divisão dentro da força de trabalho, ao mesmo tempo que um imenso impulso de acumulação capitalista.

Assim, simultaneamente a isso, os avanços na ciência voltados à reprodução humana, possibilitaram o desenvolvimento de técnicas de esterilização tubária, realizadas, na maioria das vezes, durante o parto cesárea, o que contribuiu para o aumento das intervenções médicas durante o parto.

Quando se observa os avanços da medicina relacionados ao parto, destaca-se que majoritariamente a comunidade científica era composta por homens, que por sua própria fisiologia são incapazes de entender corpos femininos e seus ciclos e, portanto, a lógica de curar todos os processos fisiológicos envolvidos no parto, como a dor, os longos períodos em trabalho de parto, ou qualquer outro processo medicalizado que foram pouco a pouco incorporados como protocolos hospitalares. Logo, atualmente é muito comum encontrar mulheres que se dizem incapazes de viver um parto normal, de

² Sobre a dominação do homem sobre a mulher, muitos autores discutiram amplamente o tema, para isso ver “A Dominação Masculina: a condição feminina e a violência simbólica”, de Pierre Bourdieu (2020), também “Calibã e a Bruxa: Mulheres, Corpo e Acumulação Primitiva” de Silvia Federici (2017). Para uma análise pormenorizada de como os direitos são relativizados conforme gênero, raça e classe, ver “Mulheres, raça e classe”, de Angela Davis (2016).

amamentar e até mesmo de engravidar, necessitando cada vez mais de se valerem da medicina para conseguirem o que deveria ser fisiológico, assim como o é para outras fêmeas de mamíferos. Nos dizeres de Elisabeth Meloni Vieira (2008, p.68):

A medicalização da contracepção é apenas um dos aspectos do processo da vida reprodutiva da mulher. Esse fenômeno se expressa através do uso da tecnologia em situações em que esta poderia utilizar a humanização, educação e informações no âmbito de um programa que deveria estar fornecendo escolhas e informações. Configura-se como uma estratégia de ‘modernidade’, expressando a ideia de que a tecnologia sempre oferece a melhor solução (em termos de alta eficácia e bem-estar), baseando-se em um modelo que não estabelece como prioridade a saúde e os direitos humanos.

E assim, facilmente virou exceção o que deveria ser a regra, a medicalização do parto, pois, respaldada pela ciência, trazia uma certa sensação de segurança à mulher. Ressalta-se aqui, que não se pretende negar a ciência e seus avanços, certamente a ciência tem cumprido um papel importantíssimo para salvar vidas, em especial, a vida do binômio mãe-bebê. Significa dizer que, quando bem indicada, cesáreas salvam vidas, a fertilização *in vitro* possibilita que casais tenham seus filhos e o leite em pó alimenta um bebê, sedento e com fome, na total impossibilidade da mãe de o fazê-lo. Contudo, essas intervenções não deveriam ser regra, como tem sido atualmente, em que o Brasil, como já relatado teve em 2022 um índice de parto cesárea de 58,16% e o Estado de São Paulo ainda maior, no patamar de 59,46% dos nascidos naquele ano, ou seja, bem acima do recomendado (Brasil, 2023).

Portanto, este estudo não é “apenas” sobre a violência obstétrica, mas é sobre resgatar no humano a capacidade de perceber o outro independente de gênero, classe ou raça; é sobre devolver à mulher a oportunidade de produzir e transmitir conhecimento, é sobre validar dores e sentimentos alheios e não permitir que eles se repitam a quem quer que seja, é sobre dominação, na tentativa de superá-la, é sobre a necessidade urgente do ser humano, ser humano e deixar fluir seus sentimentos onde o amor encontre terrenos férteis. Por fim, é sobre nascer e, portanto, construir uma sociedade livre, justa e solidária, como preceitua a Constituição Federal de 1988 em seu art. 3º, inciso I, ao tratar dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil.

Outro ponto a ser trazido é a falta de conceituação pelo Estado brasileiro do que seja violência obstétrica, questão está pontuada em 25 de abril de 2023 pela Comissão Especial sobre Violência Obstétrica e Morte Materna da Câmara dos Deputados. Tal ato significa o reconhecimento do Estado do problema público.

Por todas as teorias já apresentadas, que invisibilizam e naturalizam as condutas, o conceito e delimitação de violência obstétrica ainda encontra muitas divergências em nosso país, não só da classe médica, como também da sociedade, do poder público e das próprias mulheres (Sena, 2016 p.140). Tanto é assim que, em 2019, o Ministério da Saúde se posicionou contra a utilização do termo, dispondo que: “[...] o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério” (FEBRASGO, 2019).

Nesse mesmo sentido, na tentativa de não culpar profissionais ou grupos de profissionais da saúde, programas de saúde como o ReHuNa (Rede Pela Humanização do Parto e Nascimento), na década de 1990, não utilizavam o termo. Essa vertente prefere termos como a “humanização do parto” e “promoção dos direitos humanos das mulheres” (Sadler *et al*, 2017, p. 68). Até mesmo a Organização Mundial da Saúde tem se utilizado de outros termos como “abusos, desrespeito e maus tratos” durante o parto (Katz, *et al*, 2020, p. 628), em contraposição à sua própria definição de violência obstétrica, qual seja:

Apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher por agentes de saúde, mediante tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, que acabam resultando na perda de autonomia da gestante e de sua capacidade de decidir de maneira livre sobre seu corpo e sexualidade. Inclui a violência por negligência, que ocorre por meio da negativa de atendimento ou das imposições de obstáculos ao cumprimento dos direitos das gestantes. (OMS, 2002)

Essa “sutil” modificação do entendimento tanto da OMS quanto do Brasil demonstram os interesses envolvidos, no caso, o corporativismo médico que permeia as decisões políticas, mantendo-se assim, a sua dominação. Dessa forma, a troca da palavra violência por “exagero”, “abuso”, “desrespeito”, “maus-tratos”, contribui para a naturalização das práticas, isso porque, o olhar se volta a um profissional que por um “erro” se utilizou erroneamente da medicina, negando-se, portanto, que os próprios protocolos hospitalares/ médicos podem ser violentos e precisam ser revisados.

Desse modo, práticas de rotina como a tricotomia (raspagem dos pêlos) ou a negativa de ingestão de água ou comida durante o trabalho de parto, fazem parte de muitos protocolos hospitalares e são apenas obrigações autoritárias, sem nenhum respaldo científico, pois desconsideram o nascimento normal, ou seja, todas as mulheres em trabalho de parto, de um dado hospital, mesmo que não terão um parto cesárea

deverão se submeter a tais procedimentos desnecessários, somente porque é protocolo da instituição. E assim, apesar de violentos, por tirarem a autonomia da mulher sobre seus corpos e sua individualidade, são naturalizados.

Com relação à definição, apesar de ainda não ter uma conceituação em nosso território, outros países como a Argentina e a Venezuela já possuem. Na Venezuela, por exemplo, desde 2007 a tipificação penal da conduta e sua conceituação pela Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a Uma Vida Livre de Violência (Venezuela, 2007, p. 3), no artigo 15, item 13, define como sendo:

a apropriação do corpo das mulheres e de seus processos reprodutivos por profissionais de saúde, expressa pelo tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e da habilidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando de maneira negativa na sua qualidade de vida (tradução nossa).

Em tais conceituações é possível precisar claramente a abrangência da denominação e, verifica-se também, a proximidade com a definição de violência contra a mulher prevista no artigo 1º da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, em que o Brasil é signatário, esta prevê que “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (Brasil, 1996).

Apesar de ainda não termos, em âmbito federal, uma conceituação específica que trata da violência obstétrica, podemos considerá-la como uma vertente da violência contra a mulher. Alguns estados brasileiros já a conceituam, como é o caso do Paraná e Santa Catarina. Esse último Estado, desde 2017, já possuía uma lei específica, a Lei nº 17.097/17, que foi revogada e incorporada na Lei nº 18.322/22, que prevê no “Art. 34. Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério” (Santa Catarina, 2022). No entanto, tal conceituação pode ser considerada falha, por não abarcar situações de abortamento e pré-parto, como pode acontecer em consultórios médicos, durante o pré-natal, ou em clínicas para a realização de exames essenciais à gravidez.

Também há previsões em outras cidades brasileiras, como é o caso de Uberaba, no Estado de Minas Gerais, que sancionou a Lei nº 13.640/2022, que

preceitua: “Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado institucionalmente, que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto, em situações de abortamento, ou, ainda, no período de puerpério” (Uberaba, 2022).

Além disso, há de se considerar que, conforme previsto na Constituição Federal, não cabe aos Estados e Municípios legislar sobre matéria penal, conforme o artigo 22, inciso I da Constituição Federal. Sendo assim, não haverá punição criminal de condutas tidas como violência obstétrica, apenas uma reparação na esfera civil, ou seja, indenização. Portanto, verifica-se que é urgente uma conceituação e tipificação em âmbito nacional, a fim de uniformizar a abrangência do que seria considerado violência obstétrica.

Outra questão é sobre quais condutas são consideradas violência obstétrica, da mesma forma que o conceito, não há um consenso sobre tipos específicos, no entanto, algumas Políticas Públicas de humanização do parto e algumas leis estaduais e municipais servem como base para balizar os tipos.

Segundo as Diretrizes Nacionais do Parto Normal (2017), as mulheres em trabalho de parto deverão receber dos profissionais da atenção materna, respeito, informações baseadas em evidências científicas e serem incluídas na tomada de decisão que se fizerem necessárias. O Estado de São Paulo prevê pela Lei nº17.431/21, o “Direito ao Parto Humanizado”. Apesar de não tratar do termo “violência obstétrica”, ela determina algumas condutas, “sujeitas de justificação”:

Artigo 143 - Será objeto de justificação por escrito, firmada pelo chefe da equipe responsável pelo parto, a adoção de qualquer dos procedimentos que os protocolos mencionados nesta seção classifiquem como:
I - desnecessários ou prejudiciais à saúde da gestante ou parturiente ou ao nascituro;

II - de eficácia carente de evidência científica;
III - suscetíveis de causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira.

§ 1º - A justificação de que trata este artigo será averbada ao prontuário médico após a entrega de cópia à gestante ou ao seu cônjuge, companheiro ou parente.

§ 2º - Ressalvada disposição legal expressa em contrário, ficam sujeitas à justificação de que trata este artigo:

- 1 - a administração de enemas;
- 2 - a administração de ocitocina, a fim de acelerar o trabalho de parto;
- 3 - os esforços de puxo prolongados e dirigidos durante processo expulsivo;
- 4 - a amniotomia;
- 5 - a episiotomia, quando indicada (São Paulo, 2021).

Sobre isso, a OMS (FEBRASGO, 2018), emitiu uma recomendação de condutas para o parto seguro em que relata algumas atuações que devem ser incentivadas, outras que precisam ser desencorajadas por não estarem baseadas em evidência e “condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas”, como por exemplo, uso rotineiro de enema (lavagem intestinal), uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos, infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto, dentre outras práticas.

Dessa forma, é importante que o Estado reconheça a violência obstétrica como violência propriamente dita³, assim como já admitido por muitos países. No entanto, apesar da importância em relatar as condutas, assim como já há em algumas recomendações e legislações, é preciso considerar que o rol não deve ser taxativo, ou seja, restrito àquelas condutas, pois isso seria desconsiderar condições que podem prejudicar e causar danos físicos ou psicológicos ao binômio mãe-bebê que seriam desconsiderados ou naturalizados.

Para tanto, o problema deve ser vislumbrado dentro de uma dinâmica social e política, para que o problema seja enxergado como público e passível de ingressar na agenda legislativa federal, de modo a tipificar a conduta no Código Penal. Porém, antes de analisarmos essa necessidade de ingresso no âmbito legislativo federal, o que será estudado com mais detalhes no Capítulo 3, vamos analisar a dinâmica de poder que envolve o corpo feminino e o desconhecimento dos direitos obstétricos pelas mulheres.

2.1 EMPODERAMENTO FEMININO E SOCIEDADE: QUANDO A MULHER DEIXOU DE TER CONTROLE SOBRE O SEU CORPO?

Desde os primórdios da humanidade, a mulher é vista como um ser inferior em relação ao homem. A construção social dos corpos no Ocidente trouxe uma perspectiva feminina que se alinha aos cuidados e à beleza do corpo da mulher,

³ Países latinoamericanos como Argentina e Venezuela possuem legislação específica relacionado ao parto humanizado. A Lei nº25.929, de 17 de septiembre de 2004, trata sobre os direitos dos pais e pessoa recém nascida, assim como a Lei nº38.668, de 23 de abril de 2007, que trata sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência traz o conceito específico de violência obstétrica: “Violência obstétrica: a violência é entendida pela área da obstetrícia como a apropriação do corpo e dos processos saúde reprodutiva das mulheres pelo pessoal de saúde, que se expressa num tratamento desumanizante, num abuso de medicalização e patologização de processos naturais, trazendo consigo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres” (tradução nossa).

relegando a ela o papel secundário no movimento social da humanidade, como uma forma de retirar o feminino das esferas de poder.

Sobre o tema, convém ressaltar que o “sufocamento” da natureza feminina durante o decorrer da história da humanidade no Ocidente é algo que foi sendo trabalhado de forma paulatina, trazendo o aspecto do corpo feminino biológico como algo defeituoso e do corpo feminino psicológico como algo que precisa ser contido (Queiroz, 2018; Federici, 2017).

No campo psicológico, coloca-se em evidência o estudo da psicanalista Clarissa Pinkola Estés (2018) que, sob uma perspectiva junguiana, analisa a natureza selvagem feminina, fazendo as seguintes ponderações sobre o corpo feminino:

O poder das ancas. O que constitui um corpo saudável no mundo instintivo? No nível mais básico - o seio, o ventre, qualquer parte onde haja pele, qualquer parte onde haja neurônios para transmitir sensações - a questão não é a do formato, do tamanho, da cor, da idade; mas, sim, se existe sensação, se funciona como deveria, se temos reações, se temos todo um leque, todo um espectro de sentimentos. Ele tem medo, está paralisado pela dor ou pelo receio? Está anestesiado por traumas antigos? Ou será que ele tem sua própria música? [...] Está olhando com uma das suas inúmeras formas de ver? (Estés, 2018, p. 238).

As ancas femininas sempre foram vistas com muitas ressalvas no campo da fertilidade e do poder feminino. A falsa ideia sobre a facilidade do parto natural em um quadril largo e a dificuldade em um quadril estreito embasaram a ciência médica obstétrica por muitos anos (Queiroz *et. al.*, 2024). Da mesma forma, pode-se falar, de forma breve, quanto ao recorte étnico-racial, as mulheres negras são vistas como mais resistentes que as mulheres brancas (Gonzales, 2020) e, por isso, seus corpos são mais suscetíveis de serem submetidos a práticas violentas na hora do parto.

Quando tratamos sobre a construção científica do corpo feminino no campo das ciências, sob um olhar filosófico e científico, convém destacar que no século XVIII, a função materna influenciou a condição feminina, com um determinismo biológico (Machado; Penna, 2022).

No século XIX, esse determinismo biológico é promovido no campo das ciências da natureza e do conhecimento filosófico, de modo a atribuir às mulheres um papel secundário na sociedade como parte da própria natureza feminina. Immanuel Kant, em seus estudos sobre geografia física que deram margem ao escrito “Observações sobre o sentimento do belo e do sublime”, no ano 1764, traz aspectos

sobre a diferenciação dos gêneros como algo natural do ser humano e que deve ser respeitado dentro dos seus próprios limites:

Da diferença entre o sublime e o belo na relação entre os sexos. [...]. A mulher possui um forte sentimento inato por tudo o que é belo, gracioso e adornado. [...]. O estudo laborioso ou a reflexão penosa, ainda que uma mulher neles progrida longamente, estragam os méritos peculiares do seu sexo, e se a raridade desta condição a converte em objecto de fria admiração, ao mesmo tempo, debilita os encantos que lhe permitem exercer o seu ascendente sobre o sexo oposto. A uma mulher que tenha a cabeça atafalhada de grego, como a senhora Dacier, ou que sustente discussões fundamentadas acerca da mecânica, como a marquesa de Châtelet, parece que apenas lhe falta uma boa barba, pois com ela o seu rosto talvez consiga expressar melhor a profundidade a que aspira (Kant, 2017, p. 59).

A imposição destes limites entre o masculino e o feminino fizeram parte da construção da racionalidade instrumental no Ocidente no que tange aos sexos e as suas funções sociais. A esse respeito, destaca-se a análise sociológica feita por Pierre Bourdieu (2012) sobre a construção dos corpos evidenciando que:

O mundo social constrói o corpo como realidade sexuada e como depositário de princípios de visão e de divisão sexualizantes. Esse programa social de percepção incorporada aplica-se a todas as coisas do mundo e, antes de tudo, ao próprio corpo, em realidade biológica: é ele que constrói a diferença entre os sexos biológicos, conformando-a aos princípios de uma visão mítica do mundo, enraizada na relação arbitrária de dominação dos homens sobre as mulheres, ela mesma inscrita, com a divisão do trabalho, na realidade da ordem social. A diferença biológica entre os sexos, isto é, entre o corpo masculino e o corpo feminino, e, especificamente, a diferença anatômica entre os órgãos sexuais, pode assim ser vista como justificativa natural da diferença socialmente construída entre os gêneros e, principalmente, da divisão social do trabalho (Bourdieu, 2012, p. 18).

Culturalmente, a influência sobre as decisões das mulheres é balizada por fatores externos que impõem uma dinâmica social e institucional de submissão. Não se trata de desconsiderar o conhecimento adquirido na universidade pelos médicos, mas, sim, de avaliar como é esse conhecimento é adquirido, tendo em vista que para atuar na área da saúde, os profissionais precisam ter ciência que estão lidando com seres humanos que possuem direitos sobre os seus próprios corpos.

Quando falamos de mulheres parturientes, o problema se agrava por se tratar de um evento que deixa a mulher em situação de vulnerabilidade extrema, pois, além das modificações do corpo durante a gravidez, existem os medos e as incertezas de se colocar um ser humano no mundo. É de se considerar que, enquanto mulheres, fomos ensinadas a cuidar de bonecas e da casa, mas não fomos ensinadas a ter domínio sobre

os nossos corpos, a conhecer cada pedaço do nosso corpo para que as decisões sobre ele sejam tomadas da forma mais consciente possível (Tornquist, 2002; Estés, 2018).

Nesse ponto, convém fazer remissão à questão inicial deste tópico: Quando a mulher deixou de ter controle sobre o próprio corpo? Acresce ainda outra questão: Será que um dia ela já teve esse controle?

Antes de tentar responder a essas duas questões, é prudente fazer a seguinte consideração: as respostas que podem advir delas possuem cargas valorativas diferentes, dependendo do olhar da pessoa que escreve e do olhar da pessoa que lê e tenta respondê-las. Por isso, é plausível esclarecer, de início, que não há a pretensão de se respondê-las na íntegra, com uma verdade absoluta, mas, sim, de se promover a reflexão sobre elas, de modo a buscar dentro da teoria o que é possível de se construir, enquanto pensamento científico.

Feito esse breve esclarecimento, é de se destacar que a análise sobre o corpo feminino feita nos parágrafos anteriores precisa ser vislumbrada dentro de um conjunto de fatores que atravessam as mulheres, tais como: biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e políticos.

Esses fatores condicionam a forma como a mulher será tratada na sociedade. Estando todos eles dentro de um conjunto que se inter-relaciona, e que não se sobrepõe ou exclui um ao outro.

Sobre a segunda pergunta, é cabível destacar o modo de construção do ser feminino. A mulher, conforme dito linhas atrás, apesar de ser considerada um ser inferior, ainda detinha o controle sobre alguns eventos, como o parto, por exemplo. Tarefas consideradas eminentemente femininas eram delegadas às mulheres, sem qualquer interesse pelos homens, e aqui se inclui o parto (Federici, 2017).

Entretanto, em face da evolução da medicina no campo feminino, pode-se observar que, com o tempo, a mulher foi perdendo essa autonomia, uma vez que o parto foi levado aos hospitais como algo que deveria ser tratado dentro dos protocolos clínicos. Foi, a partir desse momento, que o campo das tarefas femininas, incluindo o parto, foi dando espaço ao conhecimento dos homens que se debruçaram sobre os corpos das mulheres, retirando a sua autonomia e controle (Federici, 2017).

Por essa razão, o enfoque da explicação do evento do parto será retomado dentro de uma perspectiva inicial biológica e histórica que repercuta no campo psicológico, econômico, social e político, enquanto forma de propagação de uma ideologia de discriminação de gênero.

Portanto, no campo biológico, o parto, no século XVII, era um assunto exclusivamente feminino. O evento era marcado pela presença de mulheres, como a mãe da parturiente ou alguma parente e a parteira domiciliar, que era a pessoa detentora do conhecimento sobre o nascimento, sendo que a intervenção médica somente ocorria com a anuência da parturiente e suas amigas e familiares em partos considerados difíceis (Storti, 2004).

A mudança de concepção sobre o parto começou com o uso do fórceps, no século XVI e XVII, o que deu lugar aos cirurgiões médicos que utilizam o instrumento como meio de facilitar partos difíceis, e como uma alternativa ao parto cesáreo. Essa modificação no campo do parto deu margem à instrumentalização do saber na área médica, o que fez com que as parteiras fossem perdendo o seu lugar para os médicos (Tornquist, 2002).

O aperfeiçoamento das práticas médicas no campo obstétrico foram fazendo com que a medicalização do parto acontecesse de forma paulatina. A segurança fornecida no campo da ciência, sobretudo com os avanços dos conhecimentos científicos que se consolidaram no século XIX, trouxe ao evento do parto uma perspectiva médica que procurava atender mais às necessidades dos profissionais de saúde do que às necessidades da mulher e o bebê (Spink, 2013).

Dessa forma, a mulher foi perdendo aos poucos a sua autonomia em relação ao evento do parto. O medo e a insegurança deram lugar a partos medicalizados, uma vez que a demonstração científica apontava os inúmeros riscos de um parto natural realizado em casa com a assistência das parteiras (Tornquist, 2002).

Os avanços científicos trouxeram uma sensação de segurança com um misto de incerteza e incapacidade feminina em parir. Os procedimentos clínicos foram adaptados para atender de forma rápida e eficaz o parto, com uma série de intervenções que tornaram o parto impessoal, frio e patológico (Tornquist, 2002).

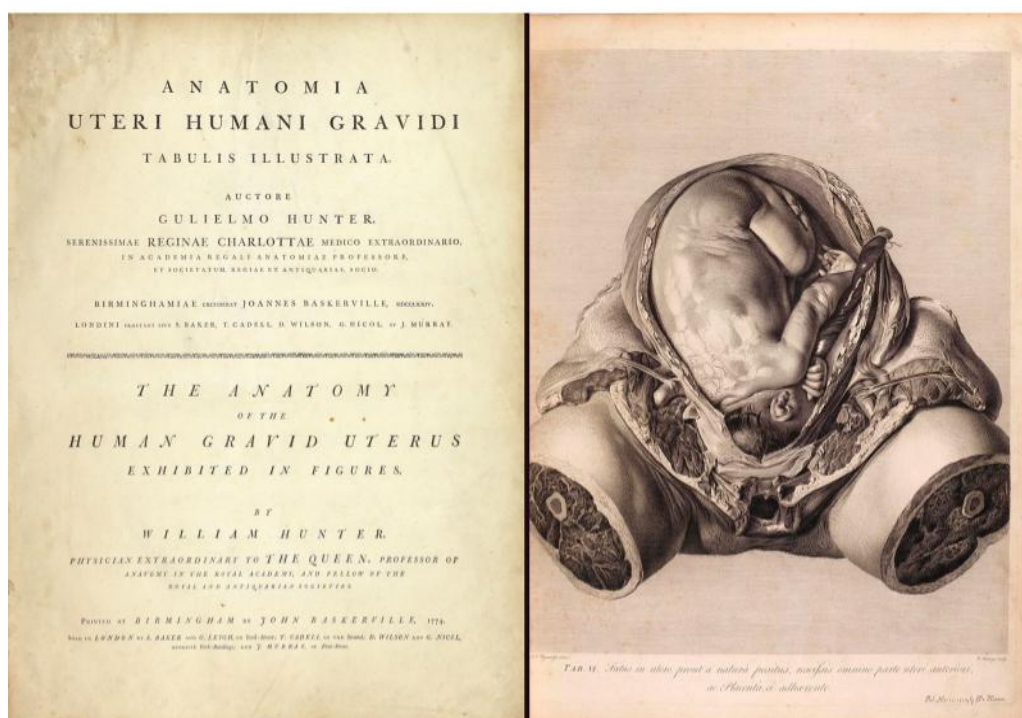
Os estudos promovidos na medicina não levaram em consideração a autonomia feminina e trouxeram com riqueza de detalhes a anatomia da mulher grávida em tratados de obstetrícia, com o intuito de fazer com que o evento do parto atendessem aos avanços científicos e tecnológicos da história da humanidade. A dissecação do corpo grávido ocorria em mulheres que não conseguiam resistir às intervenções cirúrgicas na cesárea, pois no século XVIII e XIX os médicos não tinham a prática de costurar o útero das mulheres e muitas acabavam morrendo por hemorragia durante o parto.

A morte dessas mulheres foi utilizada como substrato para estudos científicos na área médica e para o aperfeiçoamento das técnicas do parto cesáreo. Os profissionais da época se empenharam em descobrir com detalhes as transformações no corpo da mulher durante a gestação, de modo a aperfeiçoar a prática médica e estudar novas intervenções que poderiam trazer contribuições científicas aos profissionais de saúde na época.

As soluções trazidas por eles, no entanto, trouxeram em conjunto com a análise biológica do corpo feminino, um novo modo de encarar o processo de gestação e o evento do parto, e isso trouxe grandes consequências psicológicas às mulheres que foram colocadas em segundo plano no momento do parto, que passou a ser tratado como uma cirurgia.

Nesse âmbito, destaca-se que um dos grandes tratados obstétricos surgiu no século XVIII, no ano de 1774, de um famoso cirurgião escocês chamado William Hunter. No livro sobre anatomia obstétrica, o cirurgião traz o corpo grávido com riqueza de detalhes, de modo a delimitar os sentidos da feminilidade e o realismo da transformação da mulher (Martins, 2005), conforme se verifica na figura abaixo:

Figura 1 - Capa do livro Anatomia Obstétrica de William Hunter - traduzido para o italiano



Fonte: HUGHES, Alicia. Authorship, image-making and excess: William Hunter's *Anatomia Uteri humani gravidi tabulis illustrata* - 1174. In: *Journal for Eighteenth-Century Studies* Vol. 46 nº. 2 (2023) Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1754-0208.12859>. Acesso em 09 de outubro de 2024.

William Hunter em conjunto com outros importantes físicos e médicos do século XIX foram os grandes precursores da obstetrícia na Europa, pois eles traziam realidade aos estudos da medicina, representando o corpo feminino por dentro, sem nenhum apelo erótico, mas como um:

[...] saber especializado sobre a natureza feminina e sua capacidade reprodutiva engendra uma nova relação entre o sujeito observador e o corpo observado, relação esta que é produzida nos laboratórios de anatomopatologia e nos exames clínicos, divulgada através dos livros de obstetrícia. Esses livros são mais do que sínteses do conhecimento médico-científico da reprodução humana e do corpo feminino. São obras visuais que primam pelo hiper realismo, expondo em detalhes a superfície e o interior dos corpos femininos, desvelando-os de seus segredos à luz do olhar investigador e produtor de sentidos para a feminilidade (Martins, 2005, p. 646).

Essa capacidade reprodutiva, no entanto, repercutiu no campo feminino de modo a causar impacto psicológico nas mulheres, que passaram a confiar nas intervenções médicas, tornando-se coadjuvantes do evento do próprio parto. A perspectiva da inferioridade feminina foi trabalhada no século XIX, tanto no campo da filosofia como no campo da ciência.

A utilização das leis naturais justificava a inferioridade da mulher na sociedade, dando a ela papéis sagrados, divinos e biológicos, como o de reproduzir concretizando a função do ventre e o de cuidar de outro ser humano realizando o papel do cuidado do ser a que dá a luz, devendo ela estar reclusa no âmbito doméstico onde poderia desempenhar o seu papel natural e filosófico, em uma clara relação de poder frente à dominação masculina (Bourdieu, 2012).

Com o avanço da história da humanidade, a medicalização do parto se tornou cada vez mais intensa. As mulheres não tinham voz para participar dos processos decisórios das esferas de poder. Elas não estavam comandando hospitais, e eram poucas as que conseguiam fazer o curso de medicina. A ocupação das universidades pelas mulheres aconteceu de forma muito tímida no final do século XIX e início do século XX. A produção de estudos por elas era pouca e muito do que elas faziam era atribuído aos homens, que utilizavam o corpo feminino como um instrumento de trabalho no campo da obstetrícia (Hughes, 2023).

A visualização do corpo biológico feminino grávido trouxe consequências danosas às mulheres. A falta de conhecimento sobre o próprio corpo, utilizando para receber o sêmen e gerar vida (Bourdieu, 2012), não deu à mulher a estrutura necessária para tomar decisões sobre o evento do parto.

O tabu sobre a sexualidade feminina também teve o seu papel nesse campo. A erotização das mulheres e a sua reclusão no âmbito doméstico, colocavam elas em um papel secundário na sociedade, pois além de não terem voz, não participavam da economia e da política e, por isso, não foram capazes de construir uma cultura que respeitasse a voz delas.

Apesar dos avanços no campo do feminismo, sobretudo o da terceira onda que trouxe a questão dos contraceptivos na década de 1990, ainda nos debruçamos sobre como trazer às esferas de poder a voz das mulheres de forma efetiva, com o devido respeito à sua fisiologia e anatomia.

No Brasil, a importação das técnicas médicas na área da obstetrícia no final do século XIX e início do século XX reforçaram a conduta profissional de se medicalizar o parto e trazer ao evento o protagonismo dos profissionais da saúde, como os detentores do saber fisiológico feminino.

Os movimentos profissionais em torno do parto humanizado, em seu limiar, trouxeram as intervenções médicas como algo positivo às mulheres, retirando delas o poder e o domínio sobre o próprio corpo, trazendo um outro aspecto do humanizado, que se alinha a uma linha de raciocínio que coloca a mulher como vítima da própria natureza, e o médico como o guardião da ciência que consegue antecipar e livrar a parturiente de todo o sofrimento do parto (Diniz, 2005).

O considerado pai da obstetrícia moderna, o americano Joseph B. DeLee, trouxe a visão de que o parto rápido com a utilização de técnicas como episiotomia e utilização do fórceps diminuiria a mortalidade materno-infantil, além de abreviar o sofrimento da mulher na hora do parto (Petrucci, et. al., 2017).

Acontece que a utilização dessas técnicas enraizou-se não somente no campo prático-profissional, mas, também, no campo de formação dos médicos que iriam trabalhar com obstetrícia. O corpo feminino como um instrumento passou, então, a ser vítima de violência no momento do parto, em que a mulher encontra-se em uma situação extremamente vulnerabilizada.

Hoje, o movimento em torno do parto humanizado descreve essas técnicas e intervenções médicas como desnecessárias, dando um novo tom ao parto e ao

nascimento da criança. Não só as normativas da OMS e do Ministério da Saúde no Brasil trazem inúmeras recomendações em torno do respeito ao corpo da mulher e a sua psique no parto, como, também, tentam devolver a elas o controle sobre o evento do parto, o controle que só elas conhecem e podem ter.

Por isso, a questão sobre quando a mulher deixou de ter controle sobre o próprio corpo tornou-se não só muito atual, como essencial às discussões no campo das decisões que a parturiente vai tomar durante o parto, em conjunto com as pessoas de sua confiança. No entanto, para que isso aconteça de forma eficaz, é preciso compreender como o desconhecimento sobre os direitos atrapalha a visão da mulher como um ser capaz de tomar decisões sobre o próprio corpo, assim como das pessoas que a rodeiam, e que vão estar com elas na caminhada do parto.

2.2. A DINÂMICA DO DESCONHECIDO: COMO O DESCONHECIMENTO SOBRE OS DIREITOS AFETAM AS MULHERES

No tópico anterior, foi possível trabalhar o aspecto do desconhecimento das mulheres sobre o próprio corpo, trazendo delimitações que permeiam a forma como os direitos obstétricos foram construídos ao longo dos anos, retirando das mulheres o poder de buscar o conhecimento sobre o próprio corpo.

A medicalização do parto e a fragilização da mulher contribuíram para que a prática médica inserisse um modo de visualizar o evento do parto como algo ruim, penoso, doloroso, algo que não fizesse parte do corpo feminino, mas que fosse externo a ele e, por isso, deveria estar nas mãos de especialistas, no caso, os médicos (Martins, 2005).

A mulher, uma vez relegada a segundo plano no aspecto biológico do parto, passou a ser vítima da própria condição de escolha da maternidade. Pierre Bourdieu (2012) esclarece como a divisão dos sexos estabelece claras relações de opressão, na medida em que à mulher é dado o papel biológico da maternidade, o que traz uma carga sobre humana em uma dinâmica em que a violência simbólica deixa de ser sentida por quem a sofre com mais vigor:

A primazia universalmente concedida aos homens se afirma na objetividade de estruturas sociais e de atividades produtivas e reprodutivas, baseadas em uma divisão sexual do trabalho de produção e de reprodução biológica e social, que confere aos homens a melhor parte, bem como nos esquemas imanentes a todos os *habitus*: moldados por tais condições, portanto objetivamente concordes, eles funcionam como matrizes das percepções, dos pensamentos e

das ações de todos os membros da sociedade, como transcendentais históricos que, sendo universalmente partilhados, impõem-se a cada agente como transcendentais. [...]. E as próprias mulheres aplicam a toda a realidade e, particularmente, às relações de poder em que se vêem envolvidas esquemas de pensamento que são produto da incorporação dessas relações de poder e que se expressam nas oposições fundantes da ordem simbólica. Por conseguinte, seus atos de conhecimento são, exatamente por isso, atos de reconhecimento prático, de adesão dóxica, crença que não tem que se pensar e se afirmar como tal e que "faz", de certo modo, a violência simbólica que ela sofre. (Bourdieu, 2012, p. 45)

No campo dos direitos obstétricos, a violência tanto simbólica quanto real tem lugar a partir do momento que à mulher é dado o papel de incapacidade sobre o evento do parto. O desconhecimento sobre o próprio corpo rebate o desconhecimento sobre os próprios direitos, resultando em experiências de abuso e negligência ao dar à luz (Petrucci, et. al., 2017).

Nessa seara, a violência obstétrica surge como um tema emergente no campo dos direitos humanos e de saúde que reflete as relações de poder que existem entre as pessoas e as instituições, que repercutem no campo da política, da economia e da própria sociedade. A urgência desse tema nas políticas públicas surge justamente no reconhecimento desse problema como algo público, que deve ser tratado para que as mulheres possam ter acesso pleno à dignidade da pessoa humana e à autodeterminação feminina.

Um fato que se pode vislumbrar diante dessa dinâmica é que o desconhecimento sobre o corpo e sobre os direitos é uma barreira que impede o desenvolvimento pessoal pleno das mulheres. De outro modo, pode-se dizer também que o conhecimento sobre o corpo e os direitos empodera as pessoas.

Essas duas frases têm repercussão direta no aspecto da mobilização do Direito, principalmente se formos pensar em como as mulheres parturientes reclamam os próprios direitos, nos entraves que existem na busca por esses direitos e na forma como a violência obstétrica é tratada no âmbito das instituições. Todos esses fatores em conjunto delimitam o campo da dinâmica do desconhecido, pelo fato de que a violação dos direitos advém, muitas vezes, do desconhecimento dos direitos e da falta de empoderamento que faz com que as mulheres se enxerguem como sujeitos de direitos.

Ao tratar sobre a mobilização do Direito nesse campo, é de se dizer que as dimensões dos direitos precisam estar entrelaçadas e ser levadas ao conhecimento das mulheres. Sobre isso, convém destacar que:

[...] a mobilização do Direito trabalha com as duas dimensões dos direitos que estão descritos na lei e na Constituição. A dimensão subjetiva, que se refere à titularidade do direito diante da sua violação, e a objetiva que se concretiza no direito positivado, previsto abstratamente na norma. [...]. Essa relação faz parte da inquebrantável ideia de que o direito encontra no sentimento de um lesado a repercussão da segurança de sua própria vivência em sociedade e de sua relação perante o Estado (Nakamura, 2021).

Os direitos obstétricos relativos ao parto humanizado entram na dinâmica do empoderamento. Quando as mulheres conhecem os seus direitos, elas se sentem mais capazes de lutar por eles, de se sentir parte ativa enquanto sujeito de direitos.

A esse respeito, convém destacar os ensinamentos de Frances Zemans (Castro, 2024, p. 10) sobre a mobilização do Direito:

[...] a mobilização do direito não é dependente do uso das estruturas formais particulares e, mais importante, isso não exclui a ação individual e implicitamente reconhece a função central que o mero conhecimento e asserção das normas legais têm na distribuição de políticas públicas. O cidadão individual pode ser um participante verdadeiro no esquema governamental como um aplicador da lei sem a intermediação representativa ou profissional. O modelo de participação política que fundamenta essa conceituação inclui um papel ativo para os cidadãos tanto na realização quanto na implementação da política pública. Em contrapartida, a perspectiva mais tradicional na participação cidadã na governança tem sido orientada quase exclusivamente para o processo de definição das políticas.

A capacidade ativa de lutar pelos próprios direitos configura-se como um direito de primeira necessidade (Sadek, 2014), que é parte do sistema democrático brasileiro e envolve o conhecimento dos direitos e o reconhecimento como um sujeito de direitos. Conforme tópico anterior, foi possível discutir sobre como o conhecimento do evento do parto foi retirado do âmbito feminino ao longo dos anos.

A transposição dos conhecimentos sobre o parto das mulheres para a área médica afetou a dinâmica de empoderamento das parturientes, conferindo aos médicos amplos poderes sobre o corpo feminino grávido, tratando-o no aspecto biológico, sem considerar o aspecto humano que deve ser conferido a essas mulheres (Queiroz *et. al.*, 2024).

Esse histórico acarretou em inúmeras violações ao corpo feminino grávido, convertendo-se em situações de violação de direitos e de violências às mulheres parturientes, uma vez que a falta de conhecimento sobre o evento do parto para a maioria delas, fez com que muitas práticas médicas tornassem o parto como algo medicalizado e sujeito a inúmeras intervenções cirúrgicas.

Sobre a história do parto no Brasil, tem-se que a área obstétrica foi essencialmente construída por homens. Isso se deve ao fato da falta de acesso às universidades pelas mulheres, o que trouxe uma tônica diferente ao parto, como algo que para ser seguro devesse ser tratado como uma doença (Leister; Riesco, 2013).

A retirada do conhecimento sobre os próprios direitos no campo da obstetrícia retirou das mulheres a capacidade de se enxergarem como sujeitos de direitos, sobretudo quando elas estão durante o evento do parto em uma instituição hospitalar com regras e procedimentos predeterminados.

A modernidade conferida ao parto foi, por meio dos hospitais, o meio pelo qual as práticas médicas passaram a trazer inovações que foram consideradas em uma determinada época, sobretudo nas décadas de 1930 a 1950 no Brasil, o que fez com que as mulheres se submetessem ao modelo medicalizado do parto (Leister; Riesco, 2013).

Na década de 1980, o modelo medicalizado do parto foi sendo questionado, por conta de algumas práticas médicas consideradas desnecessárias. No entanto, só nos anos 2000, o termo violência obstétrica foi trazido como algo que atenta contra os direitos reprodutivos das mulheres (Federici, 2017).

Esse olhar sobre a história consegue deixar claro que o desconhecimento compromete a saúde física e emocional das mulheres, bem como, limita a sua capacidade de se enxergar como sujeito de direitos e reclamar por eles nas condições de atendimento em instituições hospitalares de forma mais direta, seja pela própria parturiente, seja pelas pessoas de sua confiança que a rodeiam, pois todos se encontram imbuídos em uma sistemática de poder que privilegia a classe médica (Bourdieu, 2012; Federici, 2017).

Isso é reforçado pela Pesquisa Nacional de Saúde (Brasil, 2021) que indica que muitas mulheres que vivenciam violência obstétrica não denunciam os abusos, por não conseguirem enxergar aquela situação como violenta, mas sim como algo normal ou aceitável.

Essa normalização da violência é um reflexo direto da dinâmica do desconhecido que permeia a realidade das mulheres, sobretudo sobre os direitos obstétricos que possuem, o que revela a necessidade de se tratar a violência obstétrica como um problema público que deve ser parte de uma agenda política que vise a proteção da maternidade de forma efetiva, por meio de ações de educação e conscientização (Brasil, 2021).

A perpetuação da violência pela falta de informação é um ciclo que precisa ser quebrado. Os recortes de raça e classe social têm de ser considerados dentro do âmbito obstétrico, pois eles se encontram nos agravos que atravessam mulheres em suas diferentes perspectivas e que fazem parte da história da humanidade e dos ciclos do feminismo.

Este estudo não pretende aprofundar no campo da interseccionalidade a face da violência obstétrica, mas é importante citar que diferentes fatores de raça e classe social estratificam mulheres e fazem com que umas sofram mais violência obstétrica do que outras.

Dessa forma, é possível dizer que o desconhecido em conjunto com os aspectos discriminatórios são os fatores que devem fazer parte do desenho de políticas públicas para mulheres que desejam se tornar mães. Esse caminho pode ser o início de um olhar diferenciado sobre a vida e sobre a maternidade, e de como é fundamental proteger o aspecto da própria humanidade que se perpetua no nascer de uma criança e de uma mãe.

3. MAPEAMENTO DAS INICIATIVAS INSTITUCIONAIS

A violência obstétrica, quando contextualizada, configura-se como uma falha na escuta ativa de parturientes, em que as mulheres são relegadas a segundo plano no evento do parto sendo, portanto, vítimas de violências físicas e simbólicas das instituições e esferas de poder, por não serem reconhecidas como sujeitos ativos capazes de fazer escolhas que envolvam o próprio corpo.

Nesse sentido, verifica-se a necessidade de se enxergar a violência obstétrica como um problema complexo que demanda um olhar sobre a natureza feminina, pois envolve pessoas que passaram por diferentes condicionantes históricas e sociais que perfazem os fatos sociais integrantes do processo de vulnerabilização das mulheres.

No entanto, como já relatado no Capítulo 1, as condutas ditas violentas têm sido muitas vezes negadas e naturalizadas pelo Poder Público, não encontrando força suficiente nos movimentos sociais, capazes de torná-las um problema público, como definido por Lascoumes e Galès (2012, p. 141):

O problema só se torna público quando os atores mobilizados conseguem inscrevê-lo no espaço público, isto é, quando se torna objeto de atenção, de controvérsias, e que as posições se confrontam para caracterizar seus componentes, amplitudes e causas. (...). Um problema torna-se público a partir do momento em que os atores sociais estimam que algo deve ser feito para mudar uma situação. Ele torna-se político a partir do momento em que a solução almejada só pode ser dada pelo poder político. O apelo à intervenção do Estado visa, então, a tomada de providências sobre uma questão até então ignorada.

Dessa forma, o problema público é definido, predominantemente, pelos interesses daqueles que estão no poder. Por isso, neste capítulo as iniciativas legislativas já existentes, tanto em âmbito federal como em âmbito estadual, objetivam buscar respostas quanto ao questionamento: é a violência obstétrica um problema público?

Para tanto, a análise feita abrangeu, principalmente, projetos de lei em andamento e arquivados referentes aos termos “parto” e “violência obstétrica”, de modo a explorar como esse problema vem tomando forma, ou não, nas agendas do Governo Federal e do Estado de São Paulo. A pesquisa foi feita no portal da Câmara dos Deputados, no que toca à análise em âmbito federal, e na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, quanto à análise em âmbito estadual, sem considerar um recorte temporal específico, abrangendo, tão somente, a temática do presente estudo.

A questão temporal não foi trazida na pesquisa por se tratar de uma temática que há anos vem buscando ser pautada no cenário político brasileiro, sem sucesso com relação à adoção do termo “violência obstétrica”. Tanto é assim, que em 2019, o Ministério da Saúde, em despacho emitido no dia 03 de maio daquele ano - Despacho SEI/MS – nº 9087621, proibiu o uso do termo “violência obstétrica” sob a justificativa de se tratar de algo pejorativo que não condiz com a atuação médica que não tem a intencionalidade de promover danos às gestantes, conforme se destaca por trecho do documento:

[...]. 3. A definição isolada do termo violência é assim expressa pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Essa definição associa claramente a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido. 4. O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério. [...]. Percebe-se, desta forma, a impropriedade da expressão “violência obstétrica” no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano. 8. Esforços institucionais são empreendidos por este Ministério da Saúde com a implementação de uma série de programas e políticas em saúde, entre os quais, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a Política Nacional de Humanização – Humaniza - SUS, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, entre outros, na busca de qualificar a atenção ao parto e nascimento, necessitando fortalecer parcerias em um processo multidisciplinar. Nessa perspectiva, têm se intensificado esforços de aproximação com a academia, conselhos de especialidades e sociedades científicas para discussões ampliadas. 9. Pelos motivos explicitados, ressalta-se que a expressão “violência obstétrica” não agrega valor e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada. Ratifica-se, assim, o compromisso de as normativas deste Ministério pautarem-se nessa orientação. [...]. (Brasil, 2019, n.p.).

A proibição do termo naquele momento político trouxe uma reação da sociedade civil, de órgãos e entidades como Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Ministério Público Federal (MPF) e Conselho Nacional de Direitos Humanos que na Recomendação nº 05 de 09 de maio de 2019 trouxe a importância da adoção do termo “violência obstétrica” justamente para que se possam combater práticas médicas que vão contra o aspecto da humanização do parto e as diretrizes da Organização Mundial da Saúde.

Na recomendação ficou claro, ainda, que a não utilização do termo pelos órgãos do governo federal representou entraves significativos às políticas de atenção à

maternidade e de proteção à mulher, além de deixar claro que as situações de violência no parto não eram preocupações do governo naquele momento (Conselho Nacional de Direitos Humanos, 2019).

No mesmo sentido, o MPF editou a Recomendação nº29 de 2019 ao Ministério da Saúde, trazendo dados do Inquérito Civil nº 1.34.001.007752/2013-8 do ano de 2014, sobre práticas de violência sofridas por mulheres durante o parto e pós-parto em diversas instituições hospitalares públicas e privadas no país, com denúncias que trazem a importância do combate à violência obstétrica no Brasil (Ministério Público Federal, 2019).

Na parte final da Recomendação, o MPF recomenda ao Ministério da Saúde que esclareça que o termo “violência obstétrica” é consolidado no âmbito da Organização Mundial de Saúde e de entidades científicas do mundo todo, além de recomendar a adoção de práticas positivas para se produzir dados a respeito de condutas respeitadas e desrespeitadas no atendimento à saúde de mulheres gestantes e parturientes (Ministério Público Federal, 2019).

O Conselho Federal da OAB, por sua vez, destacou a legislação de regência com relação às notificações compulsórias às autoridades sanitárias sobre situações de violência contra a mulher em estabelecimentos públicos e privados de saúde, Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003 (Brasil, 2003), bem como o artigo 20⁴ da Lei de Introdução às normas do direito brasileiro, repudiando o despacho do Ministério da Saúde de 2019 (OAB, 2019).

Após a repercussão negativa, o Despacho SEI/MS – nº 9087621 foi revogado e retirado do sítio eletrônico do Ministério da Saúde. Apesar da revogação, o enfrentamento e o tratamento do problema público da violência obstétrica ainda é um entrave no âmbito político e social. O Conselho Federal de Medicina (CFM) considera o termo inapropriado por atentar contra a comunidade médica e à ciência no campo da obstetrícia, dispondo que a relação da prática médica com a violência em si conturba a relação entre médico e paciente⁵.

⁴ O artigo 20 da Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro dispõe que: Nas esferas administrativa, controladora e judicial, não se decidirá com base em valores jurídicos abstratos sem que sejam consideradas as consequências práticas da decisão.

⁵ A esse respeito, cabe destacar que o CFM editou nota técnica em apoio ao Despacho SEI/MS – nº 9087621 do Ministério da Saúde, no dia 09 de maio de 2019, dizendo ao final que: “[...] Diante desse quadro, o CFM entende que o termo “violência obstétrica” é inapropriado, devendo ser abolido, pois estigmatiza a prática médica, interferindo de forma deletéria na relação entre médicos e pacientes; 7) Afinal, o médico tem como fundamento de sua profissão minorar o sofrimento do ser humano,

O que se pode observar aqui, é que o termo “violência obstétrica” em si é o representativo da luta pelo direito das mulheres gestantes e parturientes de poderem se informar e serem respeitadas durante o parto, de modo a promover o reconhecimento público desse problema, trazendo à pauta política e social, ampliando o conceito sobre os direitos fundamentais e humanos das mulheres.

Assim sendo, pretende-se com o apontamento das iniciativas federais e do Estado de São Paulo dar tônica a essa problemática, com a utilização do termo “violência obstétrica” como um meio de se promoverem políticas públicas eficazes no âmbito da proteção à maternidade, às mulheres e às crianças.

Da mesma forma, serão apontadas algumas iniciativas por parte da pesquisadora com relação ao combate à violência obstétrica na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção de São Paulo, Subseção de Franca, no que diz respeito à construção de estratégias para a movimentação social em torno do parto seguro e humanizado, em âmbito municipal.

3.1. MAPEAMENTO DAS INICIATIVAS FEDERAIS

Em consulta ao sítio eletrônico da Câmara dos Deputados, no campo das proposições legislativas, a pesquisa com relação ao termo “violência obstétrica” teve um retorno de 240 resultados de projetos de lei em andamento e arquivados sobre a temática. Com relação ao termo “parto” foram encontrados 2963 resultados de projetos de lei em andamento e arquivados. Quando os dois termos, “parto” e “violência obstétrica” são colocados em conjunto, há um retorno de 156 resultados referentes a projetos de lei em andamento.

A fim de que seja feita uma análise mais detida das proposições pesquisadas, serão considerados os projetos de lei dos anos de 2019 a 2024, que se referem ao termo “violência obstétrica” e “parto” em conjunto, em respeito à temática do estudo e por se tratar de lapso temporal dos últimos 5 anos, abrangendo dois importantes períodos do governo federal com relação ao governo do ex-presidente Jair

consequentemente não há qualquer sentido pressupor que esse profissional, no exercício de suas funções, vá praticar atos que prejudiquem seus pacientes”. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota-violencia-obstetrica.pdf?fbclid=IwAR0KJt-%5C_0WFJKGeBG04eN_8xHk1FsCKvK6XNBdjQ5nnQANFoCwcDMt3mh24. Acesso em setembro de 2024.

Bolsonaro e ao governo do atual presidente Luís Inácio Lula da Silva, que possuem ideologias diversas que se confrontaram no âmbito político e social dos últimos anos.

Além da questão da polarização política com relação aos dois governantes, destaca-se, também, a diferenciação do tratamento de algumas questões públicas tanto em um governo como em outro, considerando o reconhecimento do problema público e da dinâmica política que envolve a escolha de prioridades nas agendas de governo (Les Gales & Lascoumes, 2012).

Iniciando a análise sobre as iniciativas em âmbito federal, para a tipificação da conduta de violência obstétrica como crime, tem-se os Projetos de Lei nºs 3346/2024 e 2350/2024, respectivamente, de autoria da deputada federal Tábata Amaral, do Partido Socialista Brasileiro (PSB) e do deputado federal Adail Filho, do Republicanos.

Ambos os projetos foram apensados ao Projeto de Lei (PL) nº190 do ano de 2023, de autoria do deputado federal Dagoberto Ferreira, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), e da deputada federal Greyce Elias, do Avante. Esse projeto, contudo, é apensado a outro PL, de nº 2589/2015, de autoria do Pastor Marco Feliciano, do Partido Social Cristão (PSC).

Todos os projetos possuem a mesma matéria e estão no mesmo momento de tramitação, qual seja: Aguardando Designação de Relator(a) na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC). Em outras palavras, os projetos de lei estão parados por conta da falta de escolha de um membro da Comissão para emitir um parecer sobre o projeto.

O projeto do ano de 2015 apresenta uma diferença em relação aos projetos que vieram depois e que foram apensados a ele. A tipificação da conduta da violência obstétrica é vislumbrada no âmbito dos crimes contra a liberdade pessoal, tipificada como uma espécie de constrangimento ilegal, tendo como proposta de redação:

Art. 1º A violência obstétrica, praticada em toda a rede de assistência a saúde pública e/ou privada, passa a ser crime de constrangimento ilegal. § 1º Será considerada violência obstétrica o conjunto de condutas condenáveis por parte de profissionais responsáveis pelo bem estar da gestante e do bebê: - O desrespeito; o abuso de poder da profissão; o constrangimento; a privação do direito a esclarecer dúvidas da parturiente, mesmo sem que haja emergência; a negligência, que poderá ser considerada também quando profissionais de saúde atuam com irresponsabilidade, imprudência ou adotam procedimentos superados ou não recomendados, ao lidar com a paciente ou o bebê. Art. 2º O não cumprimento do disposto no Art. 1º desta lei incidirá nas penas previstas no art. 146, do Código Penal (BRASIL, 2015, n.p.).

Na exposição de motivos deste projeto constam as denúncias feitas por mulheres em instituições hospitalares, com a prática de condutas que atingem a esfera íntima das parturientes, com falas preconceituosas, com insensibilidade e desrespeito por parte da equipe médica, o que foi ressaltado no PL como: “Não era o que você queria? Agora aguenta a dor”, “Cale a boca, quem manda no procedimento sou eu” (Brasil, 2015).

Na época, a preocupação manifestada na proposição tinha relação com a negligência nos serviços de saúde e as reclamações constantes de gestantes, inclusive com o ingresso de ações judiciais perante o Supremo Tribunal Federal (Brasil, 2015).

Os outros projetos de lei que vieram depois do de 2015 incluíram a violência obstétrica no capítulo dos crimes contra a vida, na seção de lesões corporais, com a proposta de modificação do Código Penal, constante no PL nº 190/2023:

Violência obstétrica Art. 129-A – Ofender o profissional de saúde a integridade corporal ou psicológica, ou a saúde da gestante ou parturiente, sem o seu consentimento, durante a gestação, o trabalho de parto, o parto ou o puerpério, por meio do emprego de manobras, técnicas, procedimentos ou métodos em desacordo com os procedimentos estabelecidos pela autoridade de saúde. Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa (BRASIL, 2023, n.p.).

Nos projetos de lei do ano de 2024, a redação do PL nº 2350 acrescenta parágrafos ao artigo 129, com indicações de que a violência obstétrica seria tipificada pela conduta médica que atenta com a dignidade física e psicológica da gestante, com a prática de algumas manobras que vão contra os preceitos da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Brasil, 2024a).

Já o PL nº 3346, traz uma redação mais completa, com a tipificação de diversas condutas que podem ser interpretadas como violência obstétrica, tais como: utilizar termos depreciativos para se referir ao processo fisiológico do parto; ignorar as demandas da mulher com relação aos cuidados de suas necessidades básicas; recusar atendimento à gestante ou puérpera; transferir a gestante ou puérpera para outro estabelecimento sem garantia de vaga e chegada segura ao local; impedir a presença de acompanhante durante o parto; deixar de aplicar os fármacos para alívio da dor quando for de vontade da gestante; impedir o contato da mãe com a criança logo após o parto; submeter a gestante ou parturiente a exames e procedimentos de pesquisa clínica sem termo de livre consentimento esclarecido; empregar na gestante ou parturiente manobras ou procedimentos em desacordo com as diretrizes estabelecidas pelas autoridades de

saúde; deixar de informar a gestante sobre procedimentos médicos; e, manter a gestante e a parturiente que cumpre pena privativa de liberdade algemada durante o trabalho de parto (Brasil, 2024b).

Conforme se verifica, no PL nº3346 há uma ampliação das condutas referentes à tipificação da violência obstétrica, como um meio de se garantir os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, de modo a proteger a integridade física e psicológica da gestante e parturiente (Brasil, 2024b).

Já no PL nº 2350, a preocupação verte-se no sentido de proteção da mulher contra atos discriminatórios à condição feminina, bem como a tipificação de condutas consideradas violentas e que contrariam as disposições da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), tendo mais relação com a violência de gênero do que com os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (Brasil, 2024a).

Apesar de se aferir certa diferenciação entre as esferas de preocupação no campo da violência obstétrica, constata-se que todas as propostas possuem como pano de fundo o reconhecimento das condutas médicas que atentem com a liberdade e os direitos da mulher em instituições hospitalares no momento do parto e após a ocorrência dele.

Outros projetos de lei que aparecem na pesquisa, e que demonstram a importância do tema enquanto um problema público referem-se ao PL nº 3974/2024, de autoria da deputada federal Carla Ayres, do Partido dos Trabalhadores (PT), que trata sobre a violência obstétrica no âmbito dos procedimentos de aborto legal, tipificando condutas que atentem contra a individualidade da mulher e do cumprimento da norma inscrita no Código Penal, em seu artigo 128, em que não há punição do crime de aborto nos casos de aborto necessário, ou, resultante de estupro (Brasil, 2024; Brasil, 1940). Este PL encontra-se em tramitação, aguardando designação de representante da Comissão Nacional dos Direitos da Mulher para emissão de parecer sobre o tema.

Outros projetos de lei que aparecem na pesquisa, no ano de 2023, referem-se aos PLnº 3710/2023, da deputada federal Coronel Fernanda, do Partido Liberal (PL); nº 2373/2023, da deputada federal Laura Carneiro, do Partido Social Democrático (PSD); e do nº 989/2023, do deputado federal do Juninho do Pneu, do UNIÃO BRASIL, que estão aguardando designação de relatoria da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), sendo que o PL nº989/2023 está

aguardando o parecer do(a) Relator(a) na Comissão de Previdência, Assistência Social, Infância, Adolescência e Família (CPASF), já tendo passado pela CCJC.

Do ano de 2019 a 2022 não aparecem projetos de lei que possuem a intenção de tipificar a violência obstétrica como crime. O PL, em andamento, que aparece como meio de promoção do parto humanizado refere ao de nº 878/2019, de autoria de várias deputadas federais do Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), tendo como matéria a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal.

Um dos PLs que chamaram a atenção foi o de nº 3635/2019, de autoria dos deputados federais Carla Zambelli, Alê Silva e Filipe Barros, todos do Partido Social Liberal (PSL), cuja matéria trata sobre a possibilidade de opção pelo parto cesariano e pela analgesia se for escolhido o parto normal (Brasil, 2019). Esse PL fala sobre a cesárea eletiva como um direito da gestante e da proteção da relação médico-paciente. A exposição de motivos do PL traduz a forte carga ideológica presente no tema e demonstra a aversão a movimentos sociais que defendem o parto natural e humanizado, dispondo que:

Os grupos que defendem que o parto normal e o parto natural são melhores que a cesárea, com muita frequência, denunciam como violência obstétrica o fato de uma mulher pedir para fazer o parto vaginal (em qualquer de suas modalidades) e não ser atendida. Ocorre que esses mesmos grupos não se importam com as muitas mulheres que, na rede pública de saúde, mesmo clamando pela realização da cesárea, são obrigadas a sofrer por longas horas para parir por parto normal. A autora deste projeto não compreende por qual razão esses grupos não vislumbram violência obstétrica em tal situação (Brasil, 2019, n.p.)

O PL referido acima é ilustrativo da perspectiva ideológica que caracterizou a agenda do governo de 2019 a 2022. Naquele ano, houve a instituição do Ministério da Mulher, Família e dos Direitos Humanos, chefiado por Damare Alves, que não promoveu políticas públicas em prol da defesa da mulher, mas, sim, iniciativas que visavam à proteção da maternidade, sempre com o viés de proteção familiar, o que pode ser visto com o Programa Mães do Brasil, instituído pelo Decreto nº 10.987 de 2022 (Brasil, 2022).

Durante o período de 2019 a 2022, não foram promovidas ações de proteção à mulher, principalmente no que se refere ao combate à violência. No campo da violência obstétrica, houve a proibição do termo pelo Ministério da Saúde e os dados

não foram alimentados da forma devida, o que dificultou a análise desse período. Isso demonstra que a dinâmica envolta pelo reconhecimento de um problema como público reflete valores e interesses de atores sociais e políticos que delimitam a conformação da agenda política com posicionamentos ideológicos (Serafim & Dias, 2012).

Todos os projetos de lei citados ao longo deste tópico encontram-se em tramitação, com a pauta parada, sendo apensados em outros projetos que já emitiram alguns pareceres, mas nenhuma conclusão com relação à promulgação de uma lei no sentido de criminalizar a violência obstétrica.

A pressão social sobre o tema é contundente, mas encontra muitos entraves ideológicos sobre o corpo da mulher e da relação médico-paciente. Tanto é assim, que a abolição do termo “violência obstétrica” pelo Ministério da Saúde, em 2019, refletiu o embate político em torno da luta da mulher para ter o direito de parir de forma adequada.

Com a supressão do termo, algumas reações de partidos políticos vieram no sentido de discutir as consequências que teriam tanto no campo da medicina, quanto no direito. Como exemplo desses movimentos, o requerimento nº 160/2019 da Câmara dos Deputados, de autoria de Jandira Feghali, do PCdoB, requereu audiência pública e fundamentou:

[...] O Ministério justifica a medida afirmando que o termo é inadequado por que "tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano." Após a decisão, o Ministério Público Federal requereu ao Ministério que se abstenha de realizar ações voltadas a abolir o uso da expressão violência obstétrica, trabalhando para tomar medidas efetivas para coibir práticas agressivas e maus tratos. Afirmou que a expressão pode ser usada por profissionais de saúde, independentemente de outros termos de preferência do Governo Federal. A luta pela implementação de políticas de proteção à maternidade é de todos que defendem o texto constitucional. E não pode ser colocada em risco pela simples eliminação de um termo que, conforme ressalta o Ministério Público Federal, é uma expressão já consagrada em documentos científicos, legais e empregada comumente pela sociedade civil. [...]. (Brasil, 2019, n.p.).

O pedido feito no requerimento foi arquivado em março de 2021 pela Comissão de Seguridade Social e Família, isso porque, houve a revogação do despacho do Ministério da Saúde que proibia o termo.

Assim, o que se pode observar no mapeamento das iniciativas institucionais do governo federal é que o combate à violência obstétrica ainda é uma luta que está acontecendo. Como toda luta, ela encontra embates e dificuldades no reconhecimento

do problema como algo público (Le Gales & Lascoumes, 2012), que atinge toda uma coletividade de mulheres que se veem desamparadas diante de algumas práticas médicas.

Além disso, a dinâmica política em torno da violência obstétrica vai de encontro às normativas e estudos científicos que preconizam um parto seguro e humanizado, com respeito à condição da mulher parturiente e gestante. Essa contradição advém de um histórico social que não reconhece o parto como um evento da mulher, mas, sim, como algo médico que deve ser tratado como uma doença.

Apesar da luta cotidiana do combate à violência obstétrica, é possível perceber que os agentes políticos realizam algumas ações no sentido de proteção da mulher no parto, o que reflete o histórico da luta social pelo parto humanizado, trazendo esperança quanto à possibilidade de criminalização dessa conduta.

No entanto, mesmo diante da criminalização, é preciso ter consciência que o processo de luta ainda continua, em cada Estado e em cada município, com fiscalização e avaliação das políticas públicas voltadas à maternidade e ao parto, para que o combate à violência obstétrica seja eficaz e tangível a todas as mulheres que desejam ser mães.

3.2 - MAPEAMENTO DAS INICIATIVAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Em âmbito estadual, como resultado da pesquisa na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (vide anexo), não houve retorno com relação à busca do termo “violência obstétrica” na legislação estadual. No entanto, utilizando-se “parto” obtiveram-se 5 (cinco) resultados.

Ao pesquisar o termo “violência obstétrica” em proposições legislativas, a fim de buscar projetos de lei, encontrou-se 11 resultados entre 2013 e 2022. Porém, tais projetos foram arquivados devido a uma regra presente no Regimento Interno da Assembleia Legislativa, termos do "caput" do artigo 177 do Regimento Interno: “Serão arquivadas, no início de cada legislatura, as proposições apresentadas na anterior. Se dependerem de parecer, desde que sem ele ou que lhes seja contrário” (São Paulo, 2011).

Apesar de uma breve análise, é possível observar que houve várias tentativas legislativas de reconhecimento do termo “violência obstétrica”. Porém, todas foram arquivadas, só restando o termo “parto humanizado”, na legislação vigente,

corroborando o que foi dito quanto aos entraves de interesses para o reconhecimento do termo.

Considerando essa dinâmica de trabalho legislativo no Estado de São Paulo, a análise das iniciativas será focada na importância de um PL de autoria da deputada Leci Brandão, do PCdoB, bem como a análise de algumas leis vigentes, como a Lei nº 17.431 do ano de 2021 e a Lei nº 3.656 de 1982. A respeito do projeto de lei, tem-se que a iniciativa visa instituir o “Pacto Estadual Social para Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento em todos os estabelecimentos de saúde do Estado” do ano de 2015, de autoria da deputada estadual Leci Brandão.

O projeto de lei nº 437, de 2015, traz em seu artigo 1º, parágrafo único, o objeto da lei que se relaciona no combate à mortalidade materna previsto na Política Nacional de Humanização ao Parto e Nascimento e no cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, da Organização das Nações Unidas (São Paulo, 2015). A tramitação dessa iniciativa legislativa estava parada até dezembro de 2015, e o último andamento que teve foi em 26 de abril de 2024, quando a iniciativa foi convertida em formato digital.

A justificativa do projeto traz informações sobre a alta taxa de mortalidade materno-infantil no Brasil e as pesquisas científicas sobre a falta de atendimento humanizado à mulher, ressaltando que:

O direito das mulheres à saúde é previsto constitucionalmente como um dever do Estado, a ser operacionalizado por meio de políticas públicas de redução de riscos e outros agravos, sendo garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. [...]. O país registra uma alta taxa de mortalidade materna, atualmente em 69 a cada 100.000 nascidos vivos, conforme a Pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, enquanto a Organização Mundial de Saúde classifica como ALTA a taxa de mortalidade a partir de 50/100.000. A falta de cumprimento das políticas de humanização da assistência obstétrica e neonatal é registrada pela referida pesquisa, bem como pela Pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado” da Fundação Perseu Abramo e SESC, que registrou que cerca de 25% (vinte e cinco por cento) das mulheres refere terem passado por algum tipo de violência (verbal, física ou negligência) durante a assistência ao parto - a violência obstétrica. [...]. (São Paulo, 2015).

Pelos dados constantes na justificativa do projeto, verifica-se que a mulher gestante e parturiente não se sente acolhida nos serviços de saúde, o que dificulta a efetivação dos seus direitos fundamentais enquanto mulher, no aspecto reprodutivo e

sexual (São Paulo, 2015). A esse respeito, é importante destacar que o termo “violência obstétrica” não aparece no corpo da lei, somente na justificativa.

Além do projeto de lei citado acima, há, em vigor, a lei nº 17.431/21, que trata da proteção e defesa da mulher, que traz algumas disposições sobre o direito ao parto humanizado nos artigos 132 a 144, destacando-se aqui os artigos 137 a 140 que falam sobre o plano individual de parto e o seu cumprimento:

Artigo 137 - No Plano Individual de Parto a gestante manifestará sua opção sobre: I - a presença, durante todo o processo ou em parte dele, de um acompanhante livremente escolhido pela gestante; II - a presença de acompanhante nas duas últimas consultas, nos termos da lei; III - a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor; IV - a administração de medicação para alívio da dor; V - a administração de anestesia peridural ou raquidiana; VI - o modo como serão monitorados os batimentos cardíacos fetais. Parágrafo único - Na hipótese de risco à saúde da gestante ou do nascituro, o médico responsável poderá restringir as opções de que trata este artigo.

Artigo 138 - Durante a elaboração do Plano Individual de Parto, a gestante deverá ser assistida por um médico-obstetra, que deverá esclarecê-la de forma clara, precisa e objetiva sobre as implicações de cada uma das suas disposições de vontade.

Artigo 139 - Toda gestante atendida pelo Sistema Único de Saúde - SUS no Estado terá direito a ser informada, de forma clara, precisa e objetiva, sobre todas as rotinas e procedimentos eletivos de assistência ao parto, assim como as implicações de cada um deles para o bem-estar físico e emocional da gestante e do recém-nascido.

Artigo 140 - As disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto só poderão ser contrariadas quando assim exigirem a segurança do parto ou a saúde da mãe ou do recém-nascido.

A própria legislação faz uma previsão do parto humanizado com respeito à autonomia e à vontade da mulher. Ou seja, no âmbito do direito positivado, escrito, a iniciativa legislativa já contempla a previsão do direito, porém no âmbito administrativo, falta a fiscalização da efetivação da lei, pois as disposições tratam de situações em que a mulher precisará de uma estrutura e de profissionais capacitados para atender às suas demandas.

Nesse sentido, é de se dizer que a lei citada acima foi fruto do projeto de lei nº 624 de 2020, de autoria do deputado estadual Thiago Auricchio, que teve como intenção fazer uma consolidação das leis de proteção e defesa da mulher, não trazendo um objeto único, mas vários temas dentro do mesmo corpo legislativo (São Paulo, 2021).

Dentre esses temas, encontram-se datas comemorativas, direitos sexuais e reprodutivos, igualdade de gênero e violência contra a mulher. A lei acima não trouxe

nenhuma inovação, com relação a conceitos ou instituição de órgãos de fiscalização dos direitos das mulheres.

Trata-se de uma iniciativa que tem o condão de facilitar o acesso à legislação pela população, sem qualquer respaldo no campo administrativo que possa garantir a sua efetividade e ingresso na agenda política como problema público (Le Galès & Lascoumes, 2012).

Essa perspectiva encontra entraves nos interesses dos atores sociais que compõem o universo da medicina e da política. Os interesses no campo da medicina, na maior parte das vezes, encontram na política uma forma de externar a utilização de políticas públicas a seu favor, por meio de uma dinâmica que privilegia a manutenção do *status quo*, fruto da consolidação de anos de práticas médicas (Le Galès & Lascoumes, 2012; Tornquist, 2002).

A lei nº 3.656 de 1982, de poucos artigos, traz de forma sucinta a obrigatoriedade da orientação pré-natal nos Centros de Saúde que, no âmbito atual do Sistema Único de Saúde (SUS) é feito nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, no âmbito privado, nos hospitais e consultórios médicos obstétricos (São Paulo, 1982). Apesar de sucinta, a lei traz um dado muito importante logo no seu artigo 1º: “Os Centros de Saúde do Estado manterão cursos gratuitos de orientação pré-natal, visando ao parto sem dor”. O termo “parto sem dor” faz alusão ao uso de analgesia ou anestesia, o que poderia ser relacionado a um parto cesáreo, que é retratado como um procedimento clínico adaptado às necessidades das mulheres, porém retirando o seu protagonismo no parto (Tornquist, 2002).

A referida lei fala sobre a necessidade de regulamentação pelo Poder Executivo Estadual, o que não ocorreu, sendo algumas condutas relativas ao pré-natal descritas no Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério, de 2010, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que traz informações sobre procedimentos técnicos do parto, com as considerações referentes à autonomia da mulher no que diz respeito ao parto seguro e ao aleitamento materno (São Paulo, 2010).

Outra lei vigente no Estado de São Paulo é a lei nº 17.137 de 2019, que foi fruto do projeto de lei nº 435 de 2019, de autoria da deputada estadual Janaína Paschoal, do Partido Social Liberal (PSL). Essa lei tem como objeto garantir à parturiente a possibilidade de optar pelo parto cesáreo, a partir de 39 semanas de gestação, bem como a opção de analgesia, mesmo quando for escolhido o parto normal, o que é descrito em 6 artigos, de forma sucinta.

O objeto da lei vai ao encontro do termo “parto sem dor” da lei nº 3.656 de 1982, sendo que nos seus artigos 2º a 4º, há as seguintes disposições:

Artigo 2º - A parturiente que optar ter seu filho por parto normal, apresentando condições clínicas para tanto, também deverá ser respeitada em sua autonomia. Parágrafo único - Garante-se à parturiente o direito à analgesia, não farmacológica e farmacológica.

Artigo 3º - Nas maternidades, nos hospitais que funcionam como maternidades e nas instituições afins, será afixada placa com os seguintes dizeres: “Constitui direito da parturiente escolher a via de parto, seja normal, seja cesariana (a partir de trinta e nove semanas de gestação)”.

Artigo 4º - O médico sempre poderá, ao divergir da opção feita pela parturiente, encaminhá-la para outro profissional.

Observa-se, pelas poucas disposições, que o médico ainda tem a opção de delegar a sua atribuição a outro profissional, caso não concorde com a escolha da mulher, o que denota a forte carga ideológica com relação ao parto, principalmente, quanto à relação médico-paciente, em que o médico é o detentor da informação técnica (Leister & Riesco, 2013).

Além disso, pode-se dizer que a lei do ano de 2019 entrou em um processo rápido de tramitação. O PL que deu abertura à lei nº 17.137 de 2019 é do mesmo ano, observando uma ordem de tramitação prioritária, o que não ocorreu com o PL nº 437, de 2015, que trata sobre o pacto estadual social de humanização do parto, que se encontra parado desde dezembro de 2015, apesar dos pareceres favoráveis da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo.

Com isso, observa-se que as iniciativas do Estado de São Paulo conectam-se mais à questão da preservação do *status quo* e da agenda política, do que com a consolidação da luta pelo combate à violência obstétrica e o direito ao parto humanizado, trazendo uma carga ideológica que reflete o modo de pensar dos detentores do poder de decisão política (Serafim & Dias, 2012).

Pode se inferir, assim, que no âmbito do Legislativo do Estado de São Paulo há certa resistência quanto ao reconhecimento da “violência obstétrica” como um problema público que deve ser tratado por políticas públicas regionais que irão efetivar os direitos das mulheres parturientes ao parto seguro e adequado, conforme diretrizes do Ministério da Saúde quanto ao parto humanizado.

A esse respeito, destaca-se a rede HumanizaSUS que é voltada à gestão do cuidado na atenção à saúde, sobretudo no que diz respeito à saúde da mulher e do bebê no parto. No caderno temático do ano de 2014, que trata sobre a humanização do parto e

do nascimento, a violência obstétrica é destacada como uma espécie da violência simbólica que existem nas instituições e que reflete no físico, no emocional e no social, que envolvem diferentes mulheres de diferentes classes sociais e tons de pele (Brasil, 2014).

A violência obstétrica no documento do HumanizaSUS é retratada como algo a ser combatido, tendo em vista que as instituições hospitalares têm o dever de cuidado com relação aos pacientes, incluindo as mulheres parturientes e seus bebês. Entretanto, para que a rede HumanizaSUS seja efetiva, ela deve ser implementada de forma regional e local, com ações pontuais que permitam a fiscalização das ocorrências em maternidades e hospitais. Sem a ação fiscalizatória e sem a avaliação da política torna-se difícil fiscalizar as ações que possam repercutir como dados relacionados à violência obstétrica.

Isso se deve ao fato de que a política pública, para completar-se dentro de um ciclo, precisa, além de ser implementada, de uma sistemática de monitoramento e avaliação que permita avaliar e sopesar as ações que estão sendo feitas dentro de determinado âmbito público, para que haja melhorias e modificações, caso sejam necessárias.

Sendo assim, o que se pode extrair dos documentos que foram analisados ao longo desse tópico é que a falta de iniciativas federais na criminalização da violência obstétrica reflete, em âmbito regional e local, a perpetuação de práticas violentas contra as mulheres em hospitais públicos e privados.

Esse panorama se expressa no âmbito do Poder Judiciário, quando a gestante ou parturiente busca recorrer às vias judiciais para efetivar o seu direito. Um exemplo disso faz parte da atuação profissional da pesquisadora, enquanto advogada, no processo nº1023820-93.2021.8.26.0196, em que o plano de saúde foi condenado no valor de R\$20.000,00 (vinte mil reais) em primeira instância por impedir a entrada da doula, profissional especializada em parto humanizado, durante o parto da gestante, no ano de 2021.

A sentença favorável teve repercussão no Estado de São Paulo, contudo foi revertida no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, em segunda instância, por conta do entendimento de não ocorrência de violação dos direitos da gestante, resultando no arquivamento do processo.

O conflito de entendimento e de decisões que abrem precedentes jurisprudenciais, como no processo citado acima, traz a necessidade de se normatizar a violência obstétrica e de criminalizar a conduta, responsabilizando os infratores.

No tópico a seguir, serão descritas algumas ações relativas ao combate à violência obstétrica promovidas pela pesquisadora no município de Franca, localizado no interior do estado de São Paulo.

3.3 AÇÕES DA SUBCOMISSÃO DE DIREITOS OBSTÉTRICOS E PARENTALIDADE RESPONSÁVEL DA ÓRDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, SUBSEÇÃO DE FRANCA, ESTADO DE SÃO PAULO

Além da análise das iniciativas institucionais em âmbito federal e estadual, é essencial aferir as iniciativas em âmbito local que impactam no campo dos direitos obstétricos e na ampliação dos direitos das mulheres.

Para tanto, escolheu-se retratar a dinâmica de trabalho da pesquisadora no campo dos direitos obstétricos junto à Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Subseção de Franca, Estado de São Paulo, por meio da Comissão Adjunta de Direitos Obstétricos e Parentalidade Responsável.

Inicialmente, convém destacar que as Comissões da OAB têm como intenção promover os direitos junto à comunidade e aperfeiçoar o trabalho dos advogados, além de outros profissionais interessados no campo do direito, para que haja uma atuação efetiva na concretização de direitos fundamentais.

A Comissão Adjunta de direitos obstétricos e parentalidade responsável é interligada à Comissão de Direito das Famílias e tem como coordenadora, a pesquisadora. A atuação é conjunta com outros atores sociais, como: enfermeiras, doulas, terapeutas, advogadas, gestantes e demais profissionais e pessoas que desejem conhecer as atividades da Comissão.

As reuniões da Comissão ocorreram de forma ativa de janeiro de 2023 até julho de 2024, com a participação em grupos de saúde da mulher e humanização do sistema único de saúde (SUS), reuniões de doulas, reunião de gestantes e parturientes, audiência pública na Câmara dos Vereadores, além da escrita de um projeto de lei que foi levado ao conhecimento de um representante do Poder Legislativo do município de Franca.

Todas as reuniões feitas tiveram como intenção falar sobre a fisiologia do parto, os direitos fundamentais das mulheres, o impacto da violência no sujeito de direitos e a forma como as ações devem ser pensadas no sentido de se concretizar políticas públicas na comunidade. Com isso, pode-se dizer que o papel da Comissão é promover o sujeito de direitos, empoderando os profissionais do Direito e de outras áreas, em conjunto com as pessoas que sofrem violações de direito.

É uma verdadeira conexão com o aspecto mobilizador do Direito, que visa a inserção do sujeito no campo da justiça como um alguém ativo, que consegue exercer a cidadania por meio dos mecanismos processuais e constitucionais que servem para garantir a concretização dos direitos fundamentais, por meio dos interesses de grupos e pessoas que encontram diversos embates na luta pela cidadania plena (McCann, 2010).

Assim, a perspectiva da Comissão é a de enriquecer o ciclo da mobilização do Direito, por meio da promoção efetiva do conhecimento em Direito, conforme se destaca pela figura a seguir:

Figura 2 - Mobilização do Direito



Fonte: Nakamura, Fernanda de Castro. A mobilização do direito para efetivação da saúde: a questão da hipossuficiência em face da universalidade. Tese de doutorado. Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Franca, 2021. p. 20.

A figura acima destaca, com significativa fidelidade, o trabalho da Comissão que começa com as reuniões feitas com pessoas e profissionais de diversas

áreas que visam a promoção da consciência sobre “ser um sujeito de direitos” com destaque para o compromisso do Poder Público junto à comunidade.

Além disso, tem-se o compromisso dos atores judiciais que promovem o acesso à justiça, o que inclui o trabalho feito por advogados e demais profissionais do direito que irão se utilizar dos mecanismos processuais para garantir direitos e levar as demandas que não se solucionam ao conhecimento do Poder Judiciário que irá utilizar-se das normativas aplicáveis e concretizar os direitos de cidadania que reverterão em prol da pessoa ou grupo social.

Esse ciclo da mobilização do Direito é vislumbrado dentro de uma dinâmica que envolve o fato de “como os indivíduos podem se utilizar do sistema de justiça para modificar a sua realidade interferindo em decisões judiciais e políticas” (Nakamura, 2021, p. 19).

O trabalho da Comissão, portanto, tem o condão de levar ao conhecimento do Poder Público e das instituições de justiça a importância de se discutir sobre os direitos das mulheres no parto e no nascimento humanizado, de modo a se efetivar um direito que é fundamental a todas as pessoas, o de se ter uma vida com dignidade, desde o seu início.

Dessa forma, serão feitos alguns destaques a alguns trabalhos realizados pela Comissão, ao longo do ano de 2024 que ganharam maior visibilidade junto à comunidade, à municipalidade e à advocacia local.

O primeiro destaque se dá à atuação da Comissão refere-se às reuniões realizadas ao longo do ano de 2023, com a intenção de informar profissionais, mulheres, mães e gestantes quanto aos direitos obstétricos e parentalidade responsável, o que foi feito de forma ampla, com a divulgação de algumas postagens realizadas nas redes sociais da OAB, Subseção de Franca:

Figura 3 - Chamada para palestra sobre “O direito de nascer bem e o encontro das vulnerabilidades” realizada no 23 de março de 2023

oabfranca
Franca

REUNIÃO ORDINÁRIA

O direito de nascer bem e o encontro das vulnerabilidades

Fernanda de Castro
Pesquisadora de pós-doutorado CNPq. Doutora em Serviço Social. Mestra em Planejamento e Análise de Políticas Públicas. Vice-líder do grupo de Estudos em Direito e Mudança Social (DeMuS) da UNESP Franca. Membro Efetiva da CDFAM Franca.

Gabriela Vidotti Ferreira Magalhães
Advogada. Pós-graduada em Direito Previdenciário, do Trabalho e Processo do Trabalho. MBA em Gestão de Agronegócio. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Análise de Políticas Públicas da UNESP Franca.

23/03/2023 (quinta-feira) das 17h30 às 18h45
Casa da Advocacia e Cidadania Francana
Sala da ESA – penúltimo andar

Comissão da Advocacia de Família e Sucessões Subseção Franca

Av. Major Nicácio, 2400, Franca/SP, CEP: 14400-850
Contato: (16) 3711-6900 | www.oabfranca.org.br | @oabfranca

25 2 9

Figura 4 - Chamada para Sessão de cinema “O renascimento do parto” realizada no dia 06 de junho de 2023

oabfranca
OAB Franca

SESSÃO DE CINEMA

O RENASCIMENTO DO PARTO

06/06/2023 (sexta-feira) das 19h30 às 21h30
Casa da Advocacia e Cidadania Francana
Sala da ESA – penúltimo andar

Comissão da Advocacia de Família e Sucessões Subseção Franca

Av. Major Nicácio, 2400, Franca/SP, CEP: 14400-850
Contato: (16) 3711-6900 | www.oabfranca.org.br | @oabfranca

25 1 4

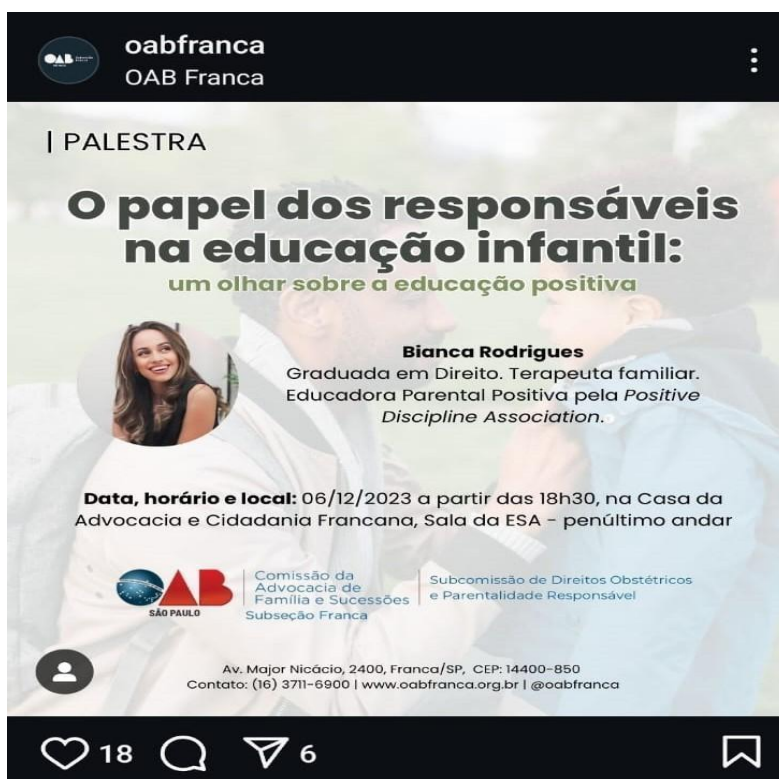
Figura 5 - Chamada para Reunião a fim de discutir o documentário “O renascimento do parto” realizada no dia 04 de julho de 2023



Figura 6 - Chamada para Reunião a fim de discutir sobre o conceito de violência obstétrica realizada no dia 05 de setembro de 2023



Figura 7 - Chamada para palestra sobre “O papel dos pais na educação infantil” realizada no dia 06 de dezembro de 2023



As reuniões deram ensejo à redação de um projeto de lei com o intuito de combater à violência obstétrica, que foi levado ao conhecimento de um dos representantes do Poder Legislativo de Franca. O vereador levou ao conhecimento do setor jurídico da Câmara a iniciativa de lei, contudo, o projeto foi barrado por conflitar com a legislação federal no que diz respeito à competência legislativa.

O resultado foi a negativa da tramitação do projeto de lei na Câmara e a devolutiva de que a redação deveria se adequar a uma perspectiva mais generalista, para que depois fosse regulamentada pelo Poder Executivo, sem nenhum compromisso de efetivação de políticas públicas, mas de perspectiva de realização de políticas de humanização do parto.

Com isso, houve uma movimentação por parte de algumas doulas e advogadas no sentido de se cobrar do município medidas mais efetivas no combate à violência obstétrica, o que foi colocado em pausa, em face da necessidade de reescrita do projeto de lei que foi feito anteriormente.

Outra ação amplamente noticiada foi a sessão de tribuna livre⁶ realizada por uma das integrantes da Comissão, a terapeuta Alana Silva, que fez uma denúncia sobre a forma como foi tratada na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde fazia pré-natal, para representantes do legislativo local.

Alana era integrante da Comissão de forma ativa e estava grávida de 36 semanas na época da tribuna livre. No seu relato constavam os abusos que sofreu durante as consultas quanto à falta de informação por parte do médico que mal a atendia, o que gerou traumas psicológicos a ela. Da mesma forma, Alana relatou as condições precárias da Secretaria Municipal de Saúde no atendimento do ultrassom, falando sobre as cortinas rasgadas e a precariedade das instalações.

A sessão de tribuna livre foi realizada na Câmara Municipal no dia 15 de fevereiro de 2024. A intervenção da Alana foi feita com a ajuda da Comissão que passou todas as informações de cunho jurídico, para que ela pudesse buscar os seus direitos. Em sua fala, Alana retratou como foi o pré-natal dela, dizendo que:

[...] o meu pré-natal infelizmente só foi teórico, na prática ele não aconteceu, as informações que eu tive durante a minha gestação foram todas por meio autodidata e também por conteúdos que eu vi em redes sociais. [...]. No dia 29 de janeiro foi a gota d'água onde eu me senti muito humilhada! Nesse momento eu estou tentando defender a família, as mães e os direitos como mulher. Estou com 36 semanas exatamente hoje, há 252 dias gestando uma vida e eu não tive a dignidade do atendimento. Eu sou cidadã, pago meus impostos e vim reivindicar meus direitos. [...]. (FRANCA, 2024, n.p.).

A indignação de Alana era referente ao tratamento médico dispensado a ela durante todo o pré-natal. Ao contrário das normativas do SUS que preconizam o atendimento informado à gestante, com o repasse de informações sobre a gestação e parto de forma técnica e humanizada, Alana não teve a oportunidade de ter suas dúvidas sanadas, o que a deixou frustrada frente à possibilidade de um parto humanizado.

Além disso, ela realizou críticas quanto ao atendimento na Santa Casa de Misericórdia de Franca dispondo que: “Não tive minhas dúvidas sanadas, não fui acolhida e fui desrespeitada”, fazendo referências às informações sobre parto natural no âmbito do hospital (Franca, 2024).

Da mesma forma, falou sobre a necessidade de um atendimento mais humanizado à mulher gestante na rede pública de saúde, fazendo um apelo aos

⁶ Tribuna Livre é um instrumento de participação popular na política, em que os munícipes possuem a oportunidade de levar ao conhecimento da Câmara dos Vereadores assuntos de interesse local e coletivo.

vereadores no sentido de voltar o olhar para a proteção do início da vida, unindo os conhecimentos em torno do parto, para que as mulheres sejam acolhidas e, com isso, citou a Lei federal nº 11.634 de 2007, que traz disposições sobre informações do pré-natal à gestante, incluindo o direito de visitar o local onde será realizado o parto.

A referência à lei se deu ao fato de que para Alana não foi oportunizada uma visita às dependências da maternidade pública da Santa Casa. Conjuntamente a isso, houve a resistência pelo acompanhamento da doula, que foi contratada por ela, para assegurar a realização de um parto humanizado.

Essa situação dentro de um contexto de um pré-natal realizado de forma extremamente fria e técnica, sem qualquer informação sobre o parto à gestante, gerou traumas psicológicos, em face da incerteza sobre o parto do bebê. Por essa razão, Alana se empoderou e foi buscar os seus direitos nas esferas de Poder, contando para isso com a ajuda da Comissão da OAB.

Abaixo, disponibiliza-se o registro fotográfico do momento em que ocorreu a tribuna livre em fevereiro de 2024, de acordo com notícia veiculada pela Câmara Municipal de Franca:

Figura 8 - Tribuna Livre na cidade de Franca



Fonte: FRANCA, Estado de São Paulo. Câmara Municipal de Franca. Munícipe pede humanização no atendimento e leis contra violência obstétrica. Assessoria de imprensa, fevereiro de 2024. Disponível em: <https://franca.sp.leg.br/pt-br/noticias/2024/02/municipe-pede-humanizacao-no-atendimento-e-leis-contra-violencia-obstetrica>. Acesso em novembro de 2024.

As demandas de Alana foram ouvidas pelos vereadores e levadas ao conhecimento do prefeito, contudo, não se teve notícias do desfecho da denúncia.

Apesar de não se observar um ato efetivo na prática, pode-se observar que muitas mulheres começaram a se interessar mais pelos seus direitos no campo da obstetrícia.

A movimentação da Comissão no ano de 2023 a 2024 foi essencial para que muitas mulheres, mães e gestantes tivessem conhecimento de seus direitos, inclusive quanto ao combate à violência obstétrica e ao exercício da parentalidade responsável, que inclui a luta pelos direitos do bebê ao nascer.

Isso fez com que a violência obstétrica tivesse uma atenção maior em alguns órgãos de poder, como a OAB, no sentido de se fazer efetiva a articulação de conhecimentos para o empoderamento de pessoas quanto aos seus direitos, perspectiva essa que se conecta de maneira intrínseca ao sentido da mobilização do Direito.

3.4 INICIATIVAS INSTITUCIONAIS E A MOBILIZAÇÃO DO DIREITO

Sobre o papel das instituições no campo da mobilização do direito, destaca-se que o sentido de buscar a justiça por meio de todos os mecanismos de garantia de direitos, é visto como uma forma de trabalhar o Direito em duas perspectivas que se complementam: a objetiva e a subjetiva.

A esfera objetiva refere-se ao direito escrito, positivado, inscrito na norma que se aplica a todas as pessoas, sem distinção. A esfera subjetiva refere-se à titularidade do direito, em que o sujeito se vê diante de uma situação que representa uma violação a um direito positivado, sendo necessário recorrer às instâncias judiciais para reclamar a sua efetivação, conforme destacado no Capítulo 1 deste trabalho (Nakamura, 2021).

Nesse sentido, é possível aferir que, tanto no campo político, com o exercício do Poder Legislativo, com a elaboração de projetos de lei sobre o tema do combate à violência obstétrica e a necessidade de sua criminalização, como com a requisição de audiências públicas perante o Ministério da Saúde no ano de 2019 e a realização de reuniões em âmbito local, com ações feitas pela OAB de Franca, São Paulo, o empoderamento dos atores sociais e o papel das instituições é colocado sob um prisma de que os direitos escritos precisam ser concretizados.

A concretização desses direitos acontece em uma dinâmica que precisa envolver um arcabouço institucional que priorize as particularidades dos sujeitos, reconhecendo a sua história, indo além do pensamento heteronormativo do arcabouço

legislativo existente e da cultura que prioriza uma visão discriminatória das relações de poder (Moreira, 2020).

A mobilização do Direito, nessa seara, traz um conjunto de ações por atores sociais que estão imbuídos em modificar a sua realidade, com a retomada de “uma consciência política, uma conscientização de entrada na arena política e a vontade de um efeito para além do espaço da vida individual” (Zemans, 2024). Por mais que a violência obstétrica, a princípio, seja visualizada como um problema particular que envolve uma mulher, ela faz parte de um universo de sujeitos que estão inscritos em relações de poder que oprimem e trazem à tona problemas que ultrapassam a esfera individual.

No entanto, para que tais iniciativas ganhem contornos efetivos, é preciso pensar que uma cultura precisa ser construída para a inclusão dos problemas das parturientes no campo das políticas públicas, no sentido de se desenhar estratégias eficazes para a disseminação de informações às mulheres e de capacitação profissional aos atores envolvidos nas áreas da saúde, da administração, do judiciário e da política.

Sem esses contornos em torno das políticas públicas, o campo da violência obstétrica fica dentro de um jogo de forças que traz diversas facetas de lutas por poder e espaço, sem se preocupar com a efetivação dos direitos fundamentais das parturientes e das crianças que nascem em um contexto que envolve práticas violentas e de desrespeito à condição feminina.

Por essa razão, a movimentação em torno do reconhecimento da violência obstétrica configura-se como um processo de luta e resistência da população feminina que deseja ampliar os seus direitos e se fazer vista nas esferas de poder.

A constância nessa luta é uma variável que sempre irá fazer parte do direito de se ter um parto digno e humanizado, isso se deve ao fato de que a construção de uma cultura de respeito e diversidade leva tempo e encontra diversos embates que precisam ser considerados, sobretudo no campo do acesso à justiça, quando o direito é violado.

O campo judicial e a atuação administrativa das instituições de justiça trazem alguns avanços quanto ao reconhecimento das vulnerabilidades das mulheres, no entanto, ainda, é possível observar alguns embates em torno da capacitação profissional dos julgadores quanto à ampliação do pensamento para além do aspecto de hegemonia patriarcal e heteronormativa (Santos, 1986).

Os problemas que advêm dos fatos sociais não podem ser ignorados, ainda mais quando apresentam a complexidade que abrange diversas condicionantes que

atravessam os sujeitos que passaram por um histórico de vulnerabilização, opressão e negação de direitos em diversas esferas de poder (Lascoumes & Le Galès, 2012; Moreira, 2020).

Considerando todas essas variáveis, é importante destacar que o exame do campo judicial é essencial para compreender como o problema da violência obstétrica é visto por julgadores, pois são eles que possuem a incumbência de dizer o direito e de aplicar esse direito no mundo concreto.

A análise sobre esse campo também é complexa, uma vez que ela traz uma carga valorativa de instituições de Poder que fazem parte da sociedade e são ativas na concretização e efetivação de direitos fundamentais.

Assim, vislumbrar a postura do Judiciário no campo da violência obstétrica, é pensar e refletir sobre como o problema da violência obstétrica é enxergado por seus atores e com que qualidade esse sistema de justiça funciona com relação às mulheres.

Feitas essas considerações, partiremos à análise de dois casos concretos que envolvem a violência obstétrica e que foram amplamente noticiados pela mídia, casos esses que fundamentam de maneira emblemática nossa análise da mobilização do direito e possuem a finalidade de buscar demonstrar a dinâmica de movimentação social com vistas à efetivação das garantias legais que resguardam os direitos reprodutivos da mulher.

4. A MOBILIZAÇÃO DO DIREITO E A DINÂMICA DO CONFLITO EM TORNO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS

Entende-se por mobilização do direito o movimento em que uma pessoa ou grupo toma consciência de seus direitos e, por meio de mecanismos de acesso à justiça, aciona o Judiciário, a fim de defender seus interesses diante da negligência, omissão ou violação quanto a garantias legais por parte do Estado ou de algum agente privado. Por este meio, o indivíduo ou grupo se torna também ator político ativo na ampliação dos seus próprios direitos, que acabam repercutindo na esfera social (Castro, 2024; McCann, 2010).

Um bom exemplo disso foi a mudança hermenêutica, ou seja, interpretativa, quanto à possibilidade de união estável entre pessoas do mesmo sexo, decidida pelo Supremo Tribunal Federal (Brasil, 2011) pela Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 132 do Estado do Rio de Janeiro,

que foi julgada em conjunto com a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 4277, a fim de ampliar a interpretação dada ao artigo 226, parágrafo 3º da Constituição Federal, reconhecendo jurisprudencialmente o direito às pessoas de se unirem a fim de constituir família sem entraves de gênero. A decisão teve eficácia denominada de “erga omnes” (para todos), com efeito vinculante, ou seja, todos os outros tribunais em outros processos não poderão julgar de forma diversa. Esse julgado é emblemático em reconhecer a força da mobilização do direito, quando o problema público não é capaz de atingir as agendas políticas e modificar a legislação.

Nesse viés, pretende-se observar como as demandas judiciais têm chegado ao Judiciário e de que forma esse Poder tem respondido a essas ações. Pretende-se verificar também se está havendo a mobilização do direito, no sentido de indivíduos ou grupos se utilizam da ferramenta do acesso à justiça para defender seus interesses e valores (McCann, 2010) e se este tem sido um instrumento capaz de modificar a agenda política.

De modo a aferir como as mulheres vêm se utilizando dos aparatos judiciais para garantir os seus direitos, a pesquisa teve como guia a análise dos casos emblemáticos que ocorreram no Brasil, especificamente um no Estado de São Paulo e outro no Estado do Rio de Janeiro.

A escolha dos casos teve como embasamento a repercussão na mídia e o debate que foi levantado em torno da violência obstétrica no ano de 2021, pós-pandemia. Isso demonstra que a violência obstétrica tem ganhado repercussão ao longo dos anos, não tendo, portanto, a devida atenção política e administrativa por parte do Estado, em face da luta pela afirmação de direitos das mulheres no parto.

A análise dos casos permite uma visão analítica do tema, em termos de políticas públicas e conduta social frente à luta pelos direitos das mulheres no parto, trazendo a contradição entre a proteção da maternidade e a autodeterminação feminina enquanto direito humano.

4.1. OS CASOS BRASILEIROS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COM REPERCUSSÃO NA MÍDIA NOS ESTADOS DE SÃO PAULO E RIO DE JANEIRO

O caso de violência obstétrica ocorrido no Estado de São Paulo teve como protagonista a influenciadora digital, Shantal Buonamici Verdelho, uma mulher branca

e privilegiada socialmente que se preparou para o evento do parto e, mesmo assim, teve sua dignidade violada no momento do nascimento de sua filha.

A repercussão do caso de Shantal ganhou a mídia do Brasil inteiro e a publicidade se deu por meio de vídeo disponibilizado por ela em que houve a conduta ofensiva do médico que foi contratado para atendê-la em um parto humanizado. Inicialmente, sem perceber o ocorrido, Shantal agradece o médico pelo parto da filha e disponibiliza o vídeo no grupo de amigas, que a alertaram sobre o teor das falas do profissional.

Em rede social do Instagram, Shantal fez uma publicação pós-parto agradecendo os profissionais que a atenderam, deixando claro que a violência sofrida não foi percebida por ela no momento do parto, em razão da sua extrema vulnerabilidade, conforme se verifica pela publicação abaixo:

Figura 9 – Publicação do parto nas redes sociais de Shantal Verdelho



Entretanto, no vídeo⁷ gravado pelo marido de Shantal, Mateus Verdelho, é clara a violência sofrida por ela, sendo possível escutar muitas falas violentas do médico, tais como:

Vamo, vamo, vamo. Vamo, Shantal empurra” [...]. Não sobe, porra! [...]. “Ah, viadinha, ela não faz essa força fina” [...]. “O útero é uma porcaria. A contração é ruim” [...]. Mas, faz força, porra! [...]. Vai, você tá meditando” Vamo, vamo, vamo, vamo! Vamo, vamo, vamo, vamo, vamo! Teimosa. Ela não quer episio [...]. Ó, tá faltando só a episio pra nascer. Tá faltando episio. [...]. Você tá sem coordenação. Já tinha nascido uma meia hora. [...].

⁷ O vídeo foi disponibilizado no programa “Fantástico” no link: https://www.youtube.com/watch?v=SWRYZs0S_mU

As falas acima foram ditas durante todo o parto de Shantal. O que se denota, nesse caso, é que em um momento de extrema vulnerabilidade, a mulher foi submetida a uma série de violências psicológicas, morais e físicas que resultaram em uma lembrança ruim do momento do parto da filha.

Além disso, o médico insistiu na realização de procedimento medicamentoso que poderia acarretar danos físicos e morte à mãe e ao bebê. A insistência do médico é retratada nas falas sobre o uso do medicamento Misoprostol, utilizado para induzir o parto, conforme se observa a seguir: “[...] vamos pensar, vai. Pensa aí de repente no “miso”. A gente não precisa fazer dose inteira, faz devagarinho, interna e vai fazendo progressivamente”.

O medicamento possui restrições no Brasil quanto à sua utilização, por apresentar riscos à mãe e ao bebê, sobretudo se a mãe passou por um parto cesáreo anterior, de acordo com o que destaca Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2023⁸):

Pontos-chave: [...]. Brasil possui uma das regulações mais restritivas do mundo relacionadas ao uso do misoprostol, estabelecendo que o misoprostol tem uso hospitalar exclusivo, com controle especial, e venda, compra e propaganda proibidas por lei. Atualmente, o misoprostol é a droga de referência para tratamento medicamentoso nos casos de aborto induzido, tanto no primeiro trimestre gestacional quanto em idades gestacionais mais avançadas. [...]. Recomendações: [...]. O misoprostol é opção segura e efetiva para mulheres com rotura prematura de membranas e colo uterino desfavorável, desde que não apresentem contraindicações para o uso da medicação, como, por exemplo, cesariana prévia. [...].

Da mesma forma, o médico realizou, durante o parto, a Manobra de Kristeller, uma técnica médica proibida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo citada na Recomendação nº 19 de 10 de outubro de 2019 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos que recomenda a revogação da Resolução CFM nº 2.232 de 2019 sobre recusa terapêutica, itens 7 e 18, como violência obstétrica, conforme se destaca, abaixo:

[...]. CONSIDERANDO ainda que contraria os direitos reprodutivos das mulheres a adoção, por médicos e demais profissionais de saúde, de procedimentos obstétricos contrários à manifestação das pacientes, tais como a episiotomia (corte entre a vagina e o ânus para ampliar o canal de passagem do feto), a administração de soro de ocitocina (para acelerar o trabalho de parto) e a utilização de manobra de Kristeller (pressão na barriga da gestante para apressar o nascimento), práticas não adotadas pelo Ministério da Saúde e/ou

⁸ Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/pec/FPS_-_N6_-_Junho_2023_-_portugues.pdf

Organização Mundial de Saúde (OMS), e consideradas prejudiciais quando realizadas de forma irrestrita; [...] CONSIDERANDO que entre os procedimentos técnicos mais citados pelas mulheres, caracterizadores de violência obstétrica, quando utilizados de forma generalizada, estão: Exame de Toque Recorrente, Episiotomia, Amniotomia, Manobra de Kristeller, Tricotomia e Extração Manual da Placenta, bem como, a proibição do acompanhante e a desconsideração sobre o tipo de parto que a parturiente deseja realizar; [...].

A recusa terapêutica realizada por Shantal com relação à episiotomia deu margem, também, à violência física sofrida por ela no momento do parto, pois com a recusa, o médico tentou romper a vagina dela com as mãos, ressaltando o tempo todo a recusa do procedimento, o que ficou claro na gravação do vídeo que foi disponibilizado em redes sociais e canais de comunicação, como o Youtube.

Com a visualização da violência que sofreu durante o parto, Shantal decidiu levantar voz e levar o seu caso às instituições de justiça. O caso foi ao Tribunal Justiça do Estado de São Paulo por meio de uma denúncia do Ministério Público do Estado de São Paulo (MPSP). Contudo, o processo só se iniciou após um recurso do MPSP que foi aceito pela 8ª Câmara de Direito Criminal do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP).

No que se relaciona ao processo, é bom destacar que o caso tramitou em segredo de justiça, por se tratar do enquadramento ao tipo penal do artigo 147-b⁹ do Código Penal, incluído pela Lei nº 14.188 de 28 de julho de 2021, que trata sobre o programa de cooperação Sinal Vermelho contra a violência doméstica. Por essa razão, o acesso ao processo na íntegra foi impossibilitado.

O único acesso possível foi ao acórdão disponibilizado no Superior Tribunal de Justiça, em que o médico, denominado de agravante, recorreu às decisões das instâncias inferiores. No acórdão, é possível visualizar que a falta da criminalização da violência obstétrica é um empecilho para a imputação dessa conduta ao agressor. Diferente dos casos de violência doméstica que já possuem um rito próprio determinado por lei, o reconhecimento da violência obstétrica possui uma série de entraves, que vão

⁹ De acordo com o artigo 147-B do Código Penal, a violência psicológica contra a mulher é caracterizada da seguinte forma: Causar dano emocional à mulher que a prejudique e perturbe seu pleno desenvolvimento ou que vise a degradar ou a controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, chantagem, ridicularização, limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que cause prejuízo à sua saúde psicológica e autodeterminação: (Incluído pela Lei nº 14.188, de 2021) Pena - reclusão, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e multa, se a conduta não constitui crime mais grave.

desde o aspecto social de aceitação da conduta médica até às iniciativas legislativas sobre o tema, o que ficou destacado no Capítulo 2 do presente trabalho.

A esse respeito, convém dizer que não há o reconhecimento da violência obstétrica como um problema público e, por conseguinte, político. Isso pode ser vislumbrado pela falta de iniciativa legislativa em âmbito federal, pois somente a União possui competência para legislar sobre direito penal¹⁰.

Além do mais, a questão do interesse político perpassa os interesses da classe médica. Isso se deve ao fato de que, culturalmente, o parto foi construído para ser um procedimento cirúrgico e, por isso, submetido a inúmeras práticas que somente um médico seria capaz de entender (Machado & Penna, 2022; Queiroz, 2023).

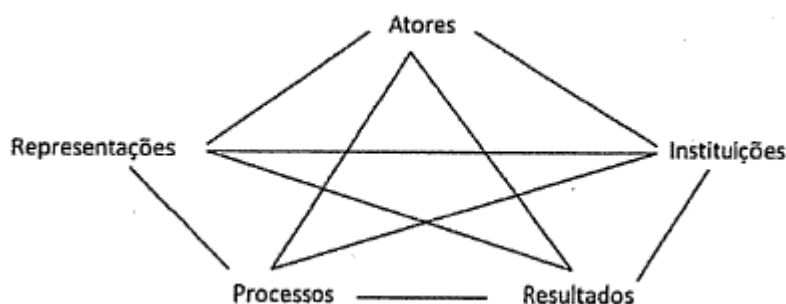
A retirada da autonomia da mulher no parto ao longo dos anos contribuiu para que as práticas e técnicas médicas não fossem questionadas por muito tempo, sobretudo por se tratar de uma área que, historicamente, é predominantemente masculina. No campo político, não é diferente. A falta de representatividade política feminina é um dos fatores que impede que leis sobre a violência obstétrica sejam sancionadas.

O aspecto dos interesses repercute no reconhecimento do problema público e na entrada do tema na agenda política. O problema da violência obstétrica, por exemplo, para ser parte de políticas públicas a serem desenhadas e implementadas pelo Estado precisa ser reconhecido dentro de um emaranhado de relações que envolve atores sociais e projetos políticos imbuídos em uma ideologia que favoreça a representatividade feminina e o direito das crianças de nascerem de forma adequada.

Pierre Lascaumes e Patrick Le Galès (2012) discorrem sobre a composição do pentágono das políticas públicas que é construído por diferentes variáveis e condicionantes que leva em consideração os interesses de cada ator social, trazendo perspectivas, posicionamentos e possibilidades de atuação na esfera estatal. O emaranhado de relações que podem surgir no âmbito dos interesses públicos advém de uma dinâmica de cinco elementos que são articulados no âmbito das políticas públicas, conforme se destaca abaixo:

¹⁰ De acordo com o artigo 22, inciso I da Constituição Federal: Art. 22. Compete privativamente à União legislar sobre: I - direito civil, comercial, penal, processual, eleitoral, agrário, marítimo, aeronáutico, espacial e do trabalho; [...].

Figura 10 - Pentágono das políticas públicas



Fonte: LASCOUMES, Pierre; LE GALÈS, Patrick. **Sociologia da ação pública**. Traduzido por George Sarmento. Maceió: EDUFAL, 2012. p. 45

A perspectiva sociológica no campo das políticas públicas traz uma análise profunda de como os atores agem em torno dos seus interesses, que podem ser individuais ou coletivos, e de como as instituições irão reagir às demandas apresentadas, dentro das normas, regras e rotinas procedimentais. Dentro desse aspecto, é possível delimitar o campo das representações que traz os espaços cognitivos e normativos que vão condicionar, refletir e dar sentido às ações que serão realizadas, assim como os processos que vão delinear e justificar a mobilização dos atores individuais e coletivos, e os resultados que serão as consequências da ação pública (Lascoumes & Lès Gales, 2012).

Na violência obstétrica, esse emaranhado é vislumbrado por meio da ação individual de mulheres que repercute em alguns movimentos sociais e no espaço coletivo como uma caixa de ressonância de um direito que precisa ser reconhecido e efetivado por instituições e sujeitos de poder, como hospitais, médicos, atores judiciais e políticos. O reconhecimento do problema como algo público deve ultrapassar as amarras da sociedade predominantemente machista que enxerga a mulher como um ser inferior que é colocado em uma posição de subalternidade (Bourdieu, 2012).

No caso da Shantal, essa visualização do ser feminino é nítida na conduta do médico que a coloca como uma pessoa em situação de inferioridade e exclusão no momento do parto. As falas violentas que acontecem em um momento que deveria ser especial na vida de uma mulher e no nascimento de uma pessoa se tornam o substrato do fortalecimento de uma relação de poder.

Quando o olhar se volta à conscientização do problema, com a tomada de consciência pela mulher que ingressou no processo como assistente de acusação e pela denúncia feita pelo Ministério Público do Estado de São Paulo, é preciso ter o cuidado de visualizar como o Poder Judiciário, enquanto instituição, irá reconhecer esse problema como algo passível de ser compreendido como violação de direitos, devendo ser protegido pelas normas, regras e procedimentos do Direito.

O problema é que a questão procedimental recai no âmbito do reconhecimento da situação como uma violência comprovada no mundo dos fatos que possui repercussão no Direito. Sobre isso, cabe destacar que no caso de Shantal não restou reconhecida a violência obstétrica, e nem as lesões corporais realizadas durante o parto, mesmo com a divulgação do vídeo na íntegra no processo judicial. A ementa do acórdão do Agravo em Recurso Especial (AREsp) nº 2587582 - SP do Superior Tribunal de Justiça destaca que a prova pericial foi inconclusiva quanto ao nexo causal entre a conduta médica e as lesões:

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PENAL E PROCESSO PENAL. LESÃO CORPORAL E VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA NO CONTEXTO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. PROVA PERICIAL INCONCLUSIVA QUANTO AO NEXO CAUSAL ENTRE A CONDUTA MÉDICA E AS LESÕES, COMPATÍVEIS COM PARTO NORMAL. DENÚNCIA REJEITADA POR AUSÊNCIA DE JUSTA CAUSA E COISA JULGADA. INEXISTÊNCIA DE DOLO ESPECÍFICO E ERRO MÉDICO. INAPLICABILIDADE DE PERSECUÇÃO PENAL DUPLA. AGRAVO PROVIDO. 1. A denúncia por violência psicológica (art. 147-B do CP) deve ser rejeitada por falta de pressuposto processual, em virtude da ocorrência de coisa julgada material, já que o acusado foi anteriormente processado e firmou transação penal com a vítima pelos mesmos fatos. Configurada a vedação a uma dupla persecução penal para os mesmos fatos, conforme jurisprudência consolidada desta Corte. 2. Quanto à imputação de lesão corporal (art. 129, § 13, do CP), a prova pericial inconclusiva quanto ao nexo causal entre a conduta médica e as lesões, que são compatíveis com o parto normal, e a ausência de indícios de imperícia, imprudência ou negligência por parte do médico obstetra, aliado ao contexto de urgência do parto, inviabilizam o reconhecimento de justa causa para a instauração da ação penal. 3. A decisão médica em contexto de urgência, respeitando os padrões de *lex artis*, não configura, por si só, prática culposa que justifique a responsabilização penal do profissional de saúde, especialmente quando o procedimento adotado se revela necessário para a segurança da parturiente e do recém-nascido. 4. Agravo conhecido e provido para dar provimento ao recurso especial, restabelecendo a decisão de primeiro grau que rejeitou a denúncia com relação a ambas as imputações: a primeira por falta de pressuposto processual (coisa julgada material), a segunda por ausência de justa causa, nos termos do artigo 395, incisos II e III, do Código de Processo Penal (STJ, 2024).

Com relação ao rito processual, cabe destacar a citação da Súmula nº 7 do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que possui o seguinte teor: “a pretensão de simples

reexame de prova não enseja recurso especial”. Isso significa que o acesso ao tribunal superior somente se dará com a análise jurídica da questão, desconsiderando qualquer reanálise do conjunto probatório.

A edição da Súmula nº 7 ocorreu no ano de 2005, conjuntamente com a Reforma do Judiciário e com a criação do Conselho Nacional de Justiça. Naquela época, a prioridade era resolver o problema de morosidade na justiça e conferir ao sistema de justiça uma maior celeridade e eficiência.

Com isso, houve uma reformulação do acesso aos tribunais superiores, por meio da construção de uma jurisprudência defensiva que prima pelo apego às questões formais e procedimentais, de modo a travar e a diminuir o fluxo de processos nos tribunais superiores, a exemplo do STJ.

Por essa razão, o caso de Shantal não foi reanalisado dentro de um conjunto probatório, mas somente em relação às questões eminentemente jurídicas, trazendo tão somente elementos que não enquadram a conduta médica dentro do tipo penal de lesão corporal e violência psicológica contra a mulher.

Assim, além da própria ementa, os trechos do acórdão trazem elementos sobre a configuração das lesões corporais que foi evidenciado em laudo médico realizado por clínica particular, o que contrasta com a perícia judicial que foi inconclusiva, de acordo com o que se observa a seguir:

[...]. Não procede, como se vê, a alegação defensiva de que os peritos teriam afirmado a inexistência do crime de lesões corporais. O laudo apenas expôs a visão de que as lacerações apresentadas pela vítima são compatíveis com o parto normal e não havia elementos suficientes para dizer se o réu contribuiu ou não para elas. Em nenhum momento, porém, se disse que o acusado não praticou as condutas, ou que elas não produziram danos sobre a vítima. A perícia é, na realidade, inconclusiva quanto ao nexo causal, e não negativa, como se alega no recurso especial. [...]. Não ignoro que, como diz o recurso especial, o laudo oficial tem suas deficiências. A própria assistente de acusação concorda com essa constatação, quando diz que a perícia contém "omissões e lacunas" (e-STJ, fl. 1.198). [...]. Ambas as atitudes, a manobra de Kristeller e as mãos na vagina da parturiente, foram condutas tomadas pelo obstetra R K ou sob sua orientação. Existem nas folhas citadas acima, com elementos de força de prova pericial, que foi feita manobra de Kristeller e mãos na vagina da parturiente, de forma constante, e que ambas podem ter sido a causa de sua laceração perineal. De um lado, este não é o laudo oficial a que se referem os arts. 158 e 159 do CPP; de outro, é preciso reconhecer que as conclusões da parecerista particular estão de acordo com a hipótese fática da denúncia, acrescentando-lhe uma probabilidade que, para os fins do art. 395, III, do CPP, não pode ser desprezada. [...] (STJ, 2024).

A inconclusão da perícia trouxe o entendimento que o crime de lesões corporais possui lastro probatório, o que é suficiente para o início de uma investigação na seara penal, fato este confirmado pelo STJ, que manteve a decisão quanto à tramitação do processo com relação ao crime de lesões corporais. Quanto ao crime de violência psicológica, o STJ ressaltou a existência de transação entre as partes que foi confirmada pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, com relação ao pagamento de uma quantia quanto às ofensas proferidas durante o parto, fato que impossibilitou a punição do acusado pelo fato cometido.

No voto-vista¹¹ de um dos ministros, destaca-se uma posição extremamente tecnicista dos operadores do Direito com relação às condutas praticadas pelo médico no caso da Shantal. Essa posição coaduna-se com a visão de que o parto deve ser medicalizado e que a conduta médica não deve ser questionada, em face do conhecimento específico em torno da obstetrícia (Queiroz, 2023).

Da mesma forma, teve-se a menção à sindicância realizada pelo Hospital em que o parto foi realizado, o que foi determinante para afastar a responsabilidade do médico e da instituição, em face da ausência de imperícia, imprudência ou negligência que pudesse caracterizar a responsabilidade profissional do acusado.

O que chama a atenção, no entanto, é que no voto-vista o ministro traz elementos que descaracterizam a conduta violenta do médico, culpabilizando a mulher pelos atos que foram empreendidos pelo profissional durante o parto, conforme se verifica por trecho do acórdão:

Destaca-se que a paciente expressou uma recusa clara e informada em relação à realização da episiotomia, procedimento este que poderia ter facilitado a visualização e a passagem do feto pelo canal de parto. Em resposta a essa decisão, no exercício repleto de incertezas e carente de padrões absolutos do *munus* de empregar as técnicas mais eficazes para assegurar a vida e a integridade física, tanto da parturiente quando da criança, o médico optou por utilizar as mãos para ampliar a abertura do canal, conduta esta que os peritos consideraram apropriada dentro do contexto descrito. Não se pode olvidar que a paciente elegera livremente o profissional de sua preferência, declaradamente em função de sua reputação de adepto dos partos naturais, preconizando que o nascimento de sua filha ocorresse de forma totalmente natural, sem intervenções cirúrgicas como a episiotomia. [...]. Ressalta-se o firme desejo da vítima em prosseguir

¹¹ Voto-vista é uma expressão utilizada nos tribunais para o julgador que não se sente em condições de decidir e prefere uma análise mais detida do caso.

com o projeto inicial de um parto natural, mesmo diante de antecedentes que indicavam a incerteza de sua viabilidade, além dos riscos relacionados à eventual necessidade de realizar uma episiotomia ou mesmo uma cesariana emergencial. Tais decisões clínicas, não obstante a experiência e o cuidado do médico, fogem ao seu controle absoluto, uma vez que a complexidade do parto envolve fatores imponderáveis (STJ, 2024).

Nesse trecho do voto-vista, fica claro pelo entendimento do ministro com relação à culpa da mulher frente à conduta do médico. Apesar de recorrer às técnicas processuais e periciais sobre o caso, o ministro deixa clara a sua posição de que a mulher deveria ter se submetido aos procedimentos médicos sem qualquer questionamento. Isso é reforçado pelas falas do ministro com relação à adoção de boas práticas médicas pelo acusado, colocando ressalvas quanto à situação do parto de Shantal, caracterizando-a como parte de uma urgência médica, em que o médico possui a palavra final e a liberdade de agir dentro da sua autonomia profissional (STJ, 2024).

Em resposta ao voto-vista e o acórdão proferido, outro ministro trouxe algumas questões relacionadas à condição da mulher, do médico e a necessidade de um julgamento sob a perspectiva de gênero¹², conforme recomenda o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), de forma superficial, utilizando argumentos que acabam por rebater nas condutas da mulher como algo inadequado (STJ, 2024).

A esse respeito, destaca-se alguns trechos trazidos nesse segundo voto, como algo que acaba por reforçar a conduta médica e o laudo pericial realizado dentro da instituição em que foi realizado o parto de Shantal, conforme se verifica a seguir, com relação ao afastamento do crime de lesão corporal:

[...]. Não consigo vislumbrar que nas respostas, que acabei de ler, haja a indicação da possibilidade de que as lacerações sofridas pela recorrida tenham qualquer relação com a técnica de colocação das mãos para abertura do canal vaginal da parturiente no sentido das laterais. Ao contrário, o que se apresenta é que sejam compatíveis com a passagem do bebê pelo canal vaginal, no momento de seu nascimento. [...]. Fiz a leitura das transcrições acima a fim de demonstrar que não vejo a existência de elementos mínimos, necessários e suficientes a ensejar o recebimento da denúncia ofertada (STJ, 2024).

¹² Corresponde ao Protocolo emitido pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), fruto dos estudos desenvolvidos pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria CNJ n. 27, de 2 de fevereiro de 2021, para colaborar com a implementação das políticas nacionais estabelecidas pelas Resoluções CNJ ns. 254 e 255, de 4 de setembro de 2018, relativas, respectivamente, ao Enfrentamento à Violência contra as Mulheres pelo Poder Judiciário e ao Incentivo à Participação Feminina no Poder Judiciário (anexo a esta pesquisa).

Em continuidade à análise técnica-jurídica, o ministro traz argumentação referente à gravidade da acusação imputada ao médico, dizendo que a conduta de Shantal trouxe danos irreversíveis ao acusado:

[...]. É evidente o prejuízo sofrido pelo recorrente com a tramitação da ação penal. Levou ao suicídio de sua esposa. A filha que cursa medicina foi atacada várias vezes em razão da investigação e seus desdobramentos (e-STJ, fl. 628). É profissional liberal cuja atividade fica marcada por um processo criminal (STJ, 2024).

Conjuntamente a essa argumentação, o ministro ressaltou a trajetória do médico e da instituição em que foi realizado o parto, dispondo que a escolha do profissional foi responsabilidade de Shantal. Ainda, comparou a situação dela a de outras mulheres que são atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), retratando que ela teve opção de escolha, enquanto que muitas mulheres mais carentes não possuem essa oportunidade (STJ, 2024).

O que se observa do acórdão do STJ sobre a continuidade, ou, não da ação penal quanto ao crime de lesões corporais no caso de Shantal, é uma leitura conservadora do Direito que prioriza a posição do médico frente ao ocorrido, mesmo que o ocorrido tenha sido evidenciado dentro da esfera do repudiável socialmente, reforçando o contexto de dominação masculina e violência contra a mulher (Bourdieu, 2012).

Esse fato, por si só, demonstra a forma como a construção e a ampliação dos direitos encontram entraves frente ao *status quo*, o que acaba por conflitar com novos posicionamentos e com a demonstração de situações que podem trazer novas formas de agir, sobretudo se for considerar práticas consolidadas, como acontece com a prática médica (Queiroz, 2023).

Além disso, verifica-se uma posição tendenciosa dos julgadores com relação ao alinhamento às práticas médicas que se mostram contrárias às próprias políticas de Estado em torno do parto humanizado. No caso de Shantal, isso ficou evidenciado pelo vídeo do parto de sua filha caçula e por todas as ofensas que foram proferidas contra ela em um momento extremamente delicado na vida de uma mulher.

É fato que, para além da violência física com a prática de atos contra a autonomia do corpo feminino, tem-se a violação do psicológico com o desrespeito, com o xingamento e com a diminuição da condição da mulher durante o parto, o que

confronta as Diretrizes Nacionais sobre o parto normal, do Ministério da Saúde (2017, p. 15):

[...]. 6.2 Cuidados gerais durante o trabalho de parto Informações e comunicação 12 Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados.

As normativas e as políticas que foram trazidas nos capítulos anteriores desse estudo são contrapostas à postura dos operadores do Direito que, na função de dizer o direito no caso de Shantal, trouxeram elementos que podem reforçar a violência contra a mulher, com justificativas que conflitam com as próprias normativas estatais que regem a questão do parto.

Essa dinâmica no âmbito da mobilização do Direito traz a visão de que o campo judicial “é visto como o último recurso no esforço para influenciar a realização da política pública” (Zemans, 2024, p. 4). Em outras palavras, a busca pela instância judicial para efetivar direitos que dependem de políticas públicas para serem realizados, tem no seu âmago, o exercício da cidadania para ampliar direitos e reclamar a violação dos já existentes, mesmo que isso represente uma luta intensa no campo social para mudar uma forma de pensamento, sobretudo a dos julgadores que decidem questões complexas, como a violência obstétrica.

Outro caso de violência obstétrica que ganhou repercussão nacional, relaciona-se às condutas do anestesista Giovanni Quintella Bezerra que foi preso em flagrante, no ano de 2022, em um hospital na cidade de São João do Meriti, Estado do Rio de Janeiro, após ter estuprado uma paciente que estava sedada para realizar um parto cesáreo.

O acesso a esse processo foi impossibilitado em virtude da garantia de privacidade e intimidade da vítima, conforme previsão do artigo 201, parágrafo 6º, do Código de Processo Penal¹³. O crime cometido por Giovanni Quintella Bezerra foi

¹³ Código de Processo Penal. Art. 201. Sempre que possível, o ofendido será qualificado e perguntado sobre as circunstâncias da infração, quem seja ou presuma ser o seu autor, as provas que possa indicar, tomando-se por termo as suas declarações. [...]; § 6º O juiz tomará as providências necessárias à preservação da intimidade, vida privada, honra e imagem do ofendido, podendo, inclusive, determinar o segredo de justiça em relação aos dados, depoimentos e outras informações constantes dos autos a seu respeito para evitar sua exposição aos meios de comunicação.

registrado em vídeo por outros profissionais de saúde que acompanhavam o parto da vítima, sendo a polícia civil acionada logo após o ocorrido, o que possibilitou a prisão em flagrante pelo crime do artigo 217-A, parágrafo 1º do Código Penal, tipificado como estupro de vulnerável (OAB/GO, 2022).

A conduta altamente reprovável do médico trouxe à tona a questão do cumprimento da Lei nº 11.108 de 2005 que traz disposições sobre o direito ao acompanhante no pré-parto, durante o parto e no pós-parto a mulheres parturientes. No caso do Rio de Janeiro, a mulher que estava sendo sedada por Giovanni não estava devidamente acompanhada por um familiar, ou, alguém de sua confiança que pudesse defendê-la durante o procedimento (OAB/GO, 2022).

A repulsa do caso ganhou repercussão nacional e trouxe uma movimentação política com relação à questão da necessidade de um acompanhante em procedimentos hospitalares para mulheres. A movimentação ganhou formato no projeto de lei nº81/2022 que foi convertido na Lei Ordinária nº 14.737/2023, que ampliou o acompanhamento em serviços hospitalares para todas as mulheres, não somente as parturientes (Brasil, 2023).

Apesar de, inicialmente, trazer disposição que beneficia todas as mulheres, incluindo as parturientes, a lei traz problemática com relação à prevenção da violência obstétrica. Isso se deve ao fato de que, em alguns casos, a lei só permite acompanhantes que sejam profissionais de saúde como no caso de procedimentos de restrição relacionadas à segurança e defesa das pacientes (Brasil, 2023).

O que se percebe por essa ampliação, é que a tentativa de proteção aos direitos da mulher é visualizada no âmbito legislativo, não considerando o fato de que a lei do acompanhante já existia, e era deliberadamente descumprida por muitos estabelecimentos de saúde.

Para além disso, tem-se o fato de que a imposição de determinadas condutas médicas ultrapassa a esfera do razoável quando são analisadas dentro de um conjunto de situações que colocam o médico como o protagonista do parto. Seja no caso de Shantal, seja no caso de Giovanni, os casos de violência obstétrica estão relacionados a uma dinâmica que demanda um tratamento do problema como algo público que deve ser colocado no centro das atenções políticas, com a intenção de repercutir no âmbito social e judicial.

A visualização da violência obstétrica como um problema público vai além do reconhecimento do problema em si, mas do que se pode fazer de diferente com o

arsenal jurídico e legislativo já existente. É, como diz, Pierre Lascoumes e Patrick Le Galès (2012, p. 135): “Dizer, então, que as políticas públicas existem para resolver problemas não passa de um pleonasmo. Com efeito, o que elas poderiam fazer diferente?”. Complementando o questionamento, tem-se as seguintes indagações: O que poderia ter sido diferente nos casos de São Paulo e Rio de Janeiro? Como o Estado poderia atuar para combater a violência obstétrica? Trata-se de um problema de fiscalização, ou, do reconhecimento do problema para efetivação da política pública que já existe?

A análise e a busca por respostas a esses questionamentos perpassam pelo histórico de afirmação e de efetivação dos direitos das mulheres com relação ao parto, de como elas são vistas na sociedade enquanto mães e mulheres, e de como o Estado trata alguns problemas como algo que deve ser o centro das atenções, não só da legislação, mas da administração pública (que repercute no particular) como um todo (Lascoumes & Les Galès, 2012).

Isso implica em reconhecer que fazer leis não vai resolver todo o problema. Muito pelo contrário, em algumas situações, fazer leis pode aumentar os problemas e construir novos, se o reconhecimento do direito não foi feito ainda em âmbito social, judicial e administrativo, o que demanda uma construção cultural que permeia um olhar sobre a diversidade humana e o respeito aos direitos das mulheres.

No caso da violência obstétrica não é diferente. A luta é contínua, é paulatina e, por vezes, cansativa. Mas, ela é válida se serve à ampliação dos direitos das mulheres, sobretudo se formos visualizar no âmbito do empoderamento feminino e na autodeterminação das mulheres.

A realidade brasileira diz que muitas leis e normativas existem, e poucas delas são cumpridas. O fato é que a tipificação da violência obstétrica enquanto conduta criminosa vai ajudar muito a realidade das mulheres parturientes, porém, ela irá trazer uma questão muito profunda acerca de como efetivar esse direito.

É nesse ciclo de reconhecimento e ampliação de direitos que se pode vislumbrar que as leis são extremamente necessárias, devendo ser acompanhadas por uma estrutura política e judicial capaz de garantir a efetivação dos direitos.

4.2 A TIPIFICAÇÃO CRIMINAL DA CONDUTA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A LUTA POR MAIS DIREITOS: A MOBILIZAÇÃO DO DIREITO EM FACE DA DINÂMICA DO CONFLITO

No Capítulo 2, foi trazida a questão da tipificação criminal da violência obstétrica como uma possibilidade para a investigação dessa conduta em instituições públicas e privadas. Neste capítulo, essa necessidade foi retratada com a complementação por políticas públicas que possam modificar a cultura da violência e coibir esse tipo de conduta por profissionais da saúde e, para que as mulheres possam se empoderar diante de determinadas práticas.

Com essas observações iniciais, esse tópico vai trazer a questão da tipificação criminal da violência obstétrica sob o viés da mobilização do direito, com a intenção de demonstrar que a luta por mais direitos perpassa muitos fatores que devem ser considerados, tais como os recortes de classe, gênero e raça.

No caso de Shantal, a questão da classe social foi trazida no acórdão do STJ como uma forma de tentar diminuir a conduta do médico. A responsabilização da mulher pela escolha do profissional, ficou clara na fala do ministro que em seu voto-vista disse: “[...] o caso que está sendo tratado hoje não pode ser comparado aos tristes casos em que mulheres, atendidas no Sistema Único de Saúde, são tolhidas de suas vontades e não têm qualquer opção de escolha” (STJ, 2024, n.p.).

Complementa, ainda, dizendo que o caso de Shantal envolve um hospital particular e que ela poderia ter trocado de profissional, mas não o fez, conforme se destaca aqui: “Optou por um profissional médico e um hospital que são conhecidos por adotarem procedimentos tradicionais e conservadores” (STJ, 2024, n.p.). Em outras palavras, ela foi culpabilizada pela violência que sofreu, por ter poder aquisitivo de contratar serviços melhores.

Da mesma forma, o ministro, em sua fala, traz a falha da política de humanização do parto no SUS, destacando que existem mulheres impossibilitadas de levantar qualquer voz contra a violência obstétrica. A análise, nesse caso, cinge-se ao fato de que Shantal, por ter melhores condições financeiras, consegue reclamar mais pelos seus direitos e consegue ter o direito de escolha, ao contrário das mulheres usuárias do SUS.

Aqui, a dificuldade de reconhecimento da violência contra a mulher pode ser vislumbrada sob um prisma que desconhece as particularidades do público feminino,

que é alvo de uma cultura eurocêntrica e heteronormativa que coloca o homem em uma posição de superioridade (Bourdieu, 2012). Isso é visto nos órgãos e instituições de justiça, pois a maioria representativa não é composta por mulheres, mas sim por homens brancos e heterossexuais.

A falta de representatividade faz com que tanto no campo político como no campo judicial haja a dificuldade de concretização e ampliação dos direitos fundamentais das populações vulnerabilizadas, como é o caso das mulheres, o que se observa pelos entraves no campo da tipificação penal da violência obstétrica.

Já no campo judicial, o problema que se observa refere-se às dificuldades no reconhecimento da violência obstétrica como um dano à autodeterminação da mulher no parto, o que vai de encontro ao comportamento reativo dos tribunais, que ora reconhecem, ora desconhecem o problema (Castro, 2024).

Assim, a essência da mobilização do Direito que é inscrita na capacidade de modificar as leis e influenciar as decisões judiciais resta prejudicada quanto se trata de violência obstétrica, justamente pelo fato de não haver uma tipificação da conduta que é enquadrada dentro do campo penal, que prima pelo princípio da legalidade estrita.

Essa legalidade estrita, ou, reserva legal encontra-se prevista no artigo 5º, inciso XXXIX da Constituição Federal de 1988 com a seguinte redação: “não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal” (Brasil, 1988).

Contudo, para que as condutas sejam consideradas criminosas, elas precisam estar em uma dinâmica cultural que enxerga as particularidades dos sujeitos, a fim que seja dada a oportunidade de se ampliar alguns direitos pela criminalização da violação deles. Para tanto, é preciso de capacitação do corpo judicial para que os atores que fazem parte dele possam enxergar para além do campo heteronormativo e do direito positivado (Santos, 1986).

Dinâmica diversa se observa no caso do Estado do Rio de Janeiro, que envolveu o médico Giovanni. A conduta praticada pelo médico que foi descoberta depois de ele ter participado de inúmeros partos suscitou a revolta da classe médica e dos profissionais de saúde quanto ao ocorrido.

Diferentemente de Shantal, a vítima não era famosa e não detinha poder aquisitivo alto. A questão que envolveu o estupro no momento do parto ficou evidente por conta de uma filmagem feita por outros profissionais de saúde, que tomaram as medidas cabíveis.

A mulher, que foi violada fisicamente e psicologicamente, faz parte de um grande número de mulheres que estiveram na mesma situação que ela, o que leva ao seguinte questionamento: Por que não viram a conduta do médico antes?

A resposta pode ser vista sob o prisma da hospitalização do parto e da necessidade de se dar ao médico o total controle sobre o procedimento. Isso coloca a mulher em uma situação de extrema vulnerabilidade em que há impossibilidade de reclamar por qualquer direito, por não ter o conhecimento necessário e nem a força de uma instituição para tanto (Federici, 2017; Bourdieu, 2012).

A violência que se extrai dessa dinâmica de poder e de manutenção de uma situação que viola direitos perpassa instituições, classes profissionais, universidades e profissionais que acreditam que a humanização é algo que não pode ser trabalhado dentro do campo profissional da medicina e do direito.

Por isso, que o olhar do intérprete, seja do direito, seja da medicina e de qualquer outra área que esteja envolvida no nascimento de uma criança deve ser o de visualizar a mulher como um sujeito de direitos, que possui desejos e vontades que precisam ser respeitados.

Além disso, é preciso trabalhar a construção de uma cultura de informação, que traga à mulher o conhecimento e a força necessária para que ela se enxergue e se reconheça como uma pessoa que possui direitos que se violados farão parte de um movimento que vai ocasionar mudanças legislativas, políticas e judiciais.

A força da voz e do movimento que advém da mobilização faz com que esse direito não seja somente visto pelas instituições de poder e pela sociedade, mas por todo um corpo jurídico que irá trabalhar em torno da atualização de seus valores, ainda que haja resistência por alguns atores judiciais.

As conquistas ainda estão no início. Políticas públicas foram feitas, porém há a necessidade do monitoramento e avaliação delas. O problema da fiscalização é algo que deve fazer parte da preocupação política, fazendo com que as iniciativas legislativas não sejam somente letra morta, ou entraves, mas algo que irá ser valorado e irá ser levado em consideração para a efetivação dos direitos fundamentais das mulheres.

Para além da falta de fiscalização, há a questão do reconhecimento da questão como problema público (Lascoumes & Le Galès, 2012). A falta de adesão por contrariar normativas da prática médica consolidadas por anos a fio dificulta a mudança, mas não a impossibilita.

Ainda não há a tipificação da conduta da violência obstétrica como um crime, mas há a esperança que ela ocorra, com a movimentação que vem sendo feita por mulheres que estão se empoderando e levantando voz por mais direitos. Essa interatividade e essa força que vem do sujeito que se reconhece como um titular de direitos é a essência do movimento que faz da mobilização do direito algo que dá vida ao que se encontra escrito na lei.

Dessa forma, apesar dos avanços legislativos serem lentos ou até mesmo inexistentes, a mobilização que se faz do direito para reivindicar o cumprimento de determinados preceitos legais (dignidade da pessoa humana, autodeterminação feminina, etc.) contribui para trazer o tema à tona e, com isso, pautá-lo no debate público. Do mesmo modo, ainda que não haja vitórias nas sentenças emitidas pelo Poder Judiciário, o simples fato de se buscar a efetivação desses direitos mediante a mobilização jurídica, faz com que o tema ganhe visibilidade e, dessa maneira, contribui-se para a sua construção como problema público.

É emblemático, neste sentido, o fato de que há uma década a própria expressão “violência obstétrica” era desconhecida. Atualmente, esses movimentos de mobilização ajudam a pautar o assunto no Judiciário, obrigando seus agentes a pelo menos conhecer a questão, ainda que seja para refutar sua viabilidade na compreensão jurídica. Por esse movimento da mobilização do direito também passaram outros problemas, que atualmente se encontram positivados no ordenamento jurídico, como é o caso da união homoafetiva, como já citada no início deste capítulo.

Esse caminhar lento demarca o território do direito e das políticas públicas, trazendo, paulatinamente, modificações que ampliam o olhar sobre a sociedade e a modificação dos seus valores, fazendo com que a função do direito seja sempre efetiva no sentido de acompanhar o movimento social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As nuances que envolvem o parto e a medicalização do corpo feminino estão ligadas ao modo como a sociedade enxerga o papel da mulher no momento do parto. Como um evento que envolve a transformação de um corpo e a gestação de outro, a medicalização ao longo dos anos trouxe os seus avanços, mas aprofundou retrocessos ao retirar da mulher a sua sabedoria sobre o corpo feminino.

A falta de informação sobre o que é a violência obstétrica e a preponderância dos saberes médicos refletem essa realidade, o que retira não só a autonomia da mulher com relação ao próprio corpo, mas traz uma perspectiva social e política que nega alguns direitos da parturiente e do seu bebê.

O movimento social que surge em torno do tema tenta romper as barreiras que fazem com que a violência obstétrica seja reconhecida como tal, para que não seja relegada a segundo plano, como algo que não deve fazer parte da relação entre profissionais de saúde e mulheres parturientes. Mas, o aspecto da preponderância dos saberes médicos é uma verdade que se encontra enraizada não só no campo social, mas também no campo político e jurídico.

No âmbito político, há o reflexo nos projetos de leis e iniciativas que trazem informações por vezes desconstruídas, o que acaba levando ao engavetamento e à não apreciação do tema, frente aos embates da classe médica e de outros profissionais de saúde, em sua maioria, homens.

Quanto ao aspecto jurídico, não é diferente. As falas dos ministros ao julgarem as leis que já existem trazem uma carga valorativa que responsabiliza a mulher por suas escolhas, além da categorização que é feita em estratos sociais. Essa categorização reflete o aspecto social de que a saúde pública tem as suas limitações e que, por conta disso, as mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde são as mais afetadas com a falta de escolha no momento do parto.

Aliado a esse aspecto, encontra-se uma contradição. Pois, enquanto algumas condutas são voltadas à responsabilização da mulher, outras envolvem uma carga significativa maior de responsabilidade da classe médica quanto aos procedimentos adotados e às condutas profissionais, que necessitam de uma reprovação moral que vai além da própria violência obstétrica, atingindo os crimes que já se encontram tipificados no Código Penal.

O que se tem, portanto, é que os problemas que envolvem a violência obstétrica encontram inúmeros entraves, sobretudo quanto à necessidade de se romper com as barreiras dos conhecimentos médicos e do desconhecimento sobre o corpo feminino que ainda rodeia as mulheres em geral.

Com isso, é possível concluir que a violência obstétrica tem sido um tema que ainda não foi reconhecido como problema público pelo país, por encontrar entraves sociológicos, jurídicos e políticos. Contudo, ao longo dos anos, houve um avanço nos movimentos sociais, nas iniciativas institucionais e na mobilização do direito a fim de buscar melhorias para as mulheres em seus partos.

Apesar da falta de êxito em muitas iniciativas, a discussão sobre o tema contribui para que cada vez mais a problemática seja visível até que se torne um problema público, capaz de ser parte da legislação brasileira que responsabiliza os profissionais que adotam condutas que violam os direitos e o corpo da mulher.

REFERÊNCIAS

- ARGENTINA. Leyes. **Ley 25929** - parto humanizado. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, 2018.
- BETIOLI, Mariana. **Shantal Verdelho** - reportagem do FANTÁSTICO sobre Violência Obstétrica. Disponível em: “https://www.youtube.com/watch?v=SWRYZs0S_mU”. Acesso em julho de 2024.
- BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. Trad. Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina**: a condição feminina e a violência simbólica. 17ª ed. trad. Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 3346/2024**. Brasília, DF: 2024.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 2350/2024**. Brasília, DF: 2024.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 3974/2024**. Brasília, DF: 2024.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 190/2023**. Brasília, DF: 2023.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 3710/2023**. Brasília, DF: 2023.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 2373/2023**. Brasília, DF: 2023.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 989/2023**. Brasília, DF: 2023.
- BRASIL. **Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico** (Grupos de Robson). Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: “<https://plataforma.saude.gov.br/natalidade/grupos-de-robson/>”. Acesso em maio de 2023.
- BRASIL. **Lei Ordinária nº 14.737/2023**. Brasília, DF: 2023.
- BRASIL. **Decreto nº 10.987 de 2022**. Brasília, DF: 2022.
- BRASIL. **Pesquisa nacional de saúde: ciclos de vida**: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. 139p. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.
- BRASIL. **Lei nº 14.188 de 28 de julho de 2021**. Brasília, DF: 2021.
- BRASIL. **Despacho SEI/MS – nº 9087621**. Ministério da Saúde. Brasília, DF: 2019.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 878/2019**. Brasília, DF: 2019.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 3635/2019**. Brasília, DF: 2019.

BRASIL. **Recomendação nº 05** de 09 de maio de 2019. Conselho Nacional de Direitos Humanos. Brasília, DF: 2019a.

BRASIL. **Requerimento nº 160/2019**. Câmara dos Deputados. Brasília, DF: 2019.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais para o Parto Humanizado**. Brasília, DF: 2017.

BRASIL. **Projeto de lei nº 2589/2015**. Brasília, DF: 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Rede Cegonha**. Portaria do Ministério da Saúde nº1459/11. Brasília, DF: 2011.

BRASIL. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Portaria nº569/00. Brasília, DF: 2000.

BRASIL. **Decreto nº 1.973, de 1 de agosto de 1996**. Brasília, DF: 1996.

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

BRASIL. **Decreto-lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942**. Lei de introdução às normas do direito brasileiro. Brasília, DF: 1942.

BURAWOY, Michael. **Marxismo Sociológico**: quatro países, quatro décadas, quatro grandes transformações e uma tradição crítica. São Paulo: Alameda, 2014.

CASTRO, Fernanda de. Mobilização do direito: a função negligenciada do direito no sistema político. **Revista Direito e Práxis**, 15(2). Recuperado de “<https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaceaju/article/view/78036>”. Acesso em julho de 2024

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.284/2020**. Publicada no Diário Oficial da União em 24 de maio de 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Nota Técnica**. Nota à imprensa e à população. Brasília, DF: 2019. Disponível em: “https://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota-violencia-obstetrica.pdf?fbclid=IwAR0KJt-%5C_0WFJKGeBG04eN_8xHk1FsCKvK6XNBdjQ5nnQANFoCwcDMt3mh24”. Acesso em setembro de 2024.

ESTÉS, Clarissa Pinkola. **Mulheres que correm com os lobos**: mitos e histórias do arquétipo da mulher selvagem. Tradução de Waldéa Barcellos. 1ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2018.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Informativo *FEBRASGO Position Statement*. **Uso de misoprostol em obstetrícia**. Disponível em:

“https://www.febrasgo.org.br/images/pec/FPS_-_N6_-_Junho_2023_-_portugues.pdf”. Acesso em julho de 2024.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). DAPES/SAS/MS. **Posicionamento oficial do Ministério da Saúde sobre o termo “violência obstétrica”**. Ofício nº 017/19 – JUR/SEC. 2019. Disponível em: “<https://www.febrasgo.org.br/es/revistas/item/797-posicionamento-oficial-do-ministerio-da-saude-sobre-o-termo-violencia-obstetrica>”. Acesso em maio de 2023.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Notícias. **Cuidados no Trabalho de Parto e Parto: Recomendações da OMS**. São Paulo, 2018. Disponível em: “<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/556-cuidados-no-trabalho-de-parto-e-parto-recomendacoes-da-oms>”. Acesso em junho de 2023.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. Trad. Coletivo Sycorox. São Paulo: Elefante, 2017.

FRANCA, Estado de São Paulo. **Câmara Municipal de Franca**. Munícipe pede humanização no atendimento e leis contra violência obstétrica. Assessoria de imprensa, fevereiro de 2024. Disponível em: <https://franca.sp.leg.br/pt-br/noticias/2024/02/municipe-pede-humanizacao-no-atendimento-e-leis-contra-violencia-obstetrica>. Acesso em novembro de 2024.

FRICKER, Miranda. **Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing** New York: Oxford University Press, 2007.

GABRIEL, Alice de Barros; SANTOS, Breno Ricardo Guimarães. A Injustiça Epistêmica na violência obstétrica. **Revista Estudos Feministas**. V. 28. 2020. Disponível em: “<https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n260012>”. Acesso em maio de 2023.

GONZÁLEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano**. Zahar, 2020.

HUGHES, Alicia. Authorship, image-making and excess: William Hunter’s Anatomia Uteri humani gravidi tabulis illustrata - 1174. **Journal for Eighteenth-Century Studies**. Vol. 46 nº. 2 (2023) Disponível em: “<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1754-0208.12859>”. Acesso em outubro de 2024.

KANT, Immanuel. **Observações sobre o sentimento do belo e do sublime: ensaio sobre as doenças mentais**. Edições 70, 2017.

LASCOUMES, Pierre; LE GALÈS, Patrick. **Sociologia da ação pública**. Tradução de George Sarmento. EDUFAL: Maceió, 2012.

LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, p. 166-174, 2013.

MCCANN, Michael. Poder Judiciário e mobilização do direito: uma perspectiva dos “usuários”. **Revista Escola da Magistratura Regional Federal da 2ª. Região/Emarf**, p. 175-196, 2010. Disponível em: <https://emarf.trf2.jus.br/site/documentos/revistaemarfseminario.pdf>. Acesso em maio de 2023.

MOREIRA, Adilson. **Tratado de Direito Antidiscriminatório**. Editora Contracorrente, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. 2015 Disponível em: “https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=63D272DDFB4B506F44199EEA316B64C8?sequence=3”. Acesso em maio de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade Segura** - assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de um grupo técnico. Genebra, 2002.

MACHADO, Jacqueline Simone de Almeida; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. As políticas públicas de saúde e a fragmentação do corpo feminino em útero e peito. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 32, p. e320221, 2022.

MARTINS, Ana Paula Vosne. Memórias maternas: experiências da maternidade na transição do parto doméstico para o parto hospitalar. **História Oral**, v. 8, n. 2, 2005.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Recomendação nº 29/2019**. Brasília, DF: 2019.

NAKAMURA, Fernanda de Castro. A mobilização do Direito para efetivação da saúde: a questão da hipossuficiência em face da perspectiva da universalidade. **Tese de Doutorado**. Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho” – Faculdade de ciências humanas e sociais, 2021.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor**. São Paulo: Terceira Margem, 2000.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. Subseção de Goiás. Notícias. **Abuso cometido por anestesista do RJ traz à tona discussões a respeito da lei que garante acompanhante durante o parto**; Entenda. Goiás, 2022.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. Conselho Federal. Notícias. **OAB repudia despacho do Ministério da Saúde que elimina o termo violência obstétrica**. Brasília, DF: 2019.

PETRUCCE, Luiz Fernando Fernandes et al. Humanização no atendimento ao parto baseada em evidências. **Femina**, v. 45, n. 04, p. 212-222, 2017.

PIRES, João Davi Avelar. Misoginia medieval: a construção da justificação da subserviência feminina a partir de Eva e do pecado original. **Faces da História**, v. 3, n. 1, p. 128-142, 2016.

QUEIROZ, Marcel Reis. Síndromes hipertensivas na gestação no Brasil: estudo a partir dos dados da pesquisa Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e nascimento, 2011-2012. 2018. **Tese de Doutorado**. Universidade de São Paulo, 2018.

QUEIROZ, Monique Galdino; PEREIRA, Regina Celi Mendes. A voz da mulher não especialista na (co) autoria de planos de parto: estratégias de acesso à escrita do gênero. **Linha D'Água**, v. 37, n. 2, p. 9-29, 2024.

SADEK, Maria Tereza Aina. Acesso à justiça: um direito e seus obstáculos. **Revista USP**, São Paulo, n. 101, pp. 55-66, maio de 2014.

SADLER, Michelle; SANTOS, Mário JDS; RUIZ-BERDÚN, Dolores; ROJAS, Gonzalo Leiva; SKOKO, Elena; GILLEN, Patrícia; CLAUSEN, Jete A. Para Além do desrespeito e do abuso: as dimensões estruturais da violência obstétrica. **Questões de saúde reprodutiva**. V.10. 2017. Disponível em: “<https://srhm-cdn-1.s3.eu-west-2.amazonaws.com/wp-content/uploads/2018/04/19145839/2017-RHM-in-Portuguese.pdf#page=64>”. Acesso em maio de 2023.

SANTA CATARINA. **Lei nº 18.322**, de 5 de janeiro de 2022. Florianópolis, 2022.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Introdução à sociologia da administração da justiça. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. 21 (1986) 11-37. Portugal, 1986.

SÃO PAULO. **Lei nº 17.431** de 2021. São Paulo, 2021.

SÃO PAULO. **Projeto de Lei nº 624** de 2020. São Paulo, 2020.

SÃO PAULO. **Lei nº 17.137 de 2019**. São Paulo, 2019.

SÃO PAULO. **Projeto de Lei nº 437** de 2015. São Paulo, 2015.

SÃO PAULO. **Regimento Interno da Assembleia Legislativa**. São Paulo, 2011.

SÃO PAULO. **Lei nº 3.656** de 1982. São Paulo, 1982.

SENA, Ligia Moreira. “Ameaçada e sem voz, como em um campo de concentração”: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. 2016. **Tese de doutorado** em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/172548/343425.pdf?sequence=1>. Acesso em maio de 2023.

SERAFIM, Milena Pavan. DIAS, Rafael de Brito. Análise de Política: uma revisão da literatura. **Revista do Centro Interdisciplinar de Desenvolvimento e Gestão Social (RGS)**. V.3. jan-jun 2012. Disponível em https://www.academia.edu/79372515/AN%C3%81LISE_DE_POL%C3%8DTICA_UM_A_REVIS%C3%83O_DA_LITERATURA_Policy_analysis_a_review. Acesso em maio de 2023.

STORTI, Juliana de Paula Louro. O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal. 2004. **Tese de Doutorado**. Universidade de São Paulo.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **Agravo em Recurso Especial (AREsp) nº 2587582** do Estado de São Paulo. Acórdão. Brasília, DF: 2024.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 132** do Estado do Rio de Janeiro. Brasília, DF: 2011.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 4277**. Brasília, DF: 2011.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, p. 483-492, 2002. Disponível em “<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>”. Acesso em janeiro de 2022.

UBERABA, Estado de Minas Gerais. **Lei municipal nº 13.640/2022**. Uberaba, 2022.

VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia** de 27 de abril de 2007. Caracas, 2007.

VENTURI, Gustavo. GODINHO, Tatau (Orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc SP, 2013. Disponível em “https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf”. Acesso em abril de 2023.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.