

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

ANIELLY SCHIAVINATO LEITE

**MOBILIZAÇÃO DO DIREITO FRENTE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um estudo
sobre o discurso médico hegemônico como fator ensejador da injustiça epistêmica**

FRANCA/SP
2022

Anielly Schiavinato Leite

**Mobilização do direito frente à violência obstétrica: um estudo sobre o discurso médico
hegemônico como fator ensejador da injustiça epistêmica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Estadual Paulista (UNESP
Câmpus Franca) sob orientação do Prof. Dr.
Agnaldo de Sousa Barbosa.

FRANCA/SP

2022

L533m

Leite, Anielly Schiavinato

Mobilização do direito frente à violência obstétrica : um estudo sobre o discurso médico hegemônico como fator ensejador da injustiça epistêmica / Anielly Schiavinato Leite. -- Franca, 2022
98 p.

Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado - Direito) -
Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências
Humanas e Sociais, Franca

Orientador: Agnaldo de Sousa Barbosa

1. violência obstétrica. 2. injustiça epistêmica. 3. mobilização do
direito. 4. discurso hegemônico. 5. hegemonia médica. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de
Ciências Humanas e Sociais, Franca. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

ANIELLY SCHIAVINATO LEITE

MOBILIZAÇÃO DO DIREITO FRENTE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM ESTUDO
SOBRE O DISCURSO MÉDICO HEGEMÔNICO COMO FATOR ENSEJADOR DA
INJUSTIÇA EPISTÊMICA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Direito da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” como parte das exigências para a obtenção de Título de Bacharel em Direito. Área de concentração: Sociologia do Direito.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____

Prof. Dr. Agnaldo de Sousa Barbosa

1ª Examinadora: _____

2ª Examinadora: _____

Franca, ____ de _____ de 2022.

À Luzia Fernandes da Cunha (in memoriam)

AGRADECIMENTOS

Não há outra forma de iniciar os agradecimentos senão dedicando-os à minha mãe, Gislene, e ao meu pai, Ricardo, que desde que vim ao mundo fizeram de tudo – e mais um pouco – para priorizar meu acesso à educação. Se hoje consigo dar um passo essencial à conclusão da minha graduação em uma universidade pública, é inteiramente pelos suportes e incentivos que tive.

Agradeço às minhas avós, Ercília e Iracy, ao meu avô, João Pedro, por toda uma vida de saberes diversos a mim passados.

À minha bisavó, Luzia, com quem tive o privilégio de conviver durante 24 anos da minha vida.

Não poderia deixar de agradecer àquelas e àquele que também são minha família: Bárbara, Brenda, Giovanna, Letícia e Miguel. Obrigada pela amizade indispensável e inigualável.

Agradeço ao Luís Felipe, pelo companheirismo, parceria, incentivo, escuta, suporte e tantas outras ações e afetos que foram alívios durante essa jornada.

À Marina, que foi fundamental para que eu superasse os momentos de ansiedade que a incerteza sobre a escrita me causava.

À Bruna, que me acolheu desde o meu primeiro instante em Franca e com quem tive o prazer de dividir o querido apartamento 51.

À Giovanna, pelas conversas, risadas, choros e comemorações no apartamento 54.

Ao meu orientador, prof. Dr. Agnaldo de Sousa Barbosa, não somente pela orientação deste trabalho, mas também por exercer papel transformador com suas aulas.

Agradeço ao Jacques, pela amizade construída e por toda a ajuda no meu crescimento acadêmico.

Agradeço a todo mundo que fez e faz parte do Observatório de Desigualdades de Franca, grupo de pesquisa e extensão cujos projetos me orgulho de fazer parte. Em especial, agradeço à prof^a. Dra. Angélica Vieira de Souza Lopes, membra do Observatório, de quem tive o incentivo para publicar meu primeiro artigo.

Ao prof. Dr. Daniel Damásio Borges, agradeço imensamente pela orientação e oportunidade de realização da minha iniciação científica.

Por fim, agradeço à todas e todos que, de algum modo, contribuíram para que este trabalho pudesse nascer.

“A vida é uma luta permanente, com avanços e retrocessos.

Não é o fim do mundo.

É (preciso) aprender com os erros que cometemos e começar de novo.

E tampouco achar que quando vencemos tocamos o céu com as mãos e que chegamos a um mundo maravilhoso.

Não, apenas subimos um degrau.”

(Frases do discurso de Pepe Mujica ao comentar resultado das eleições brasileiras de 2018)

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso pretende, de modo geral, analisar a mobilização do direito diante da problemática da violência obstétrica, evidenciando esta como uma injustiça epistêmica decorrente da hegemonia dos discursos médico-masculinos. Para tanto, busca-se, em primeiro momento, analisar as alterações históricas acerca do ato de parir - em especial a retirada de autonomia da parturiente e as decorrentes violências obstétricas a partir da entrada do discurso médico-masculino cumulado com a hospitalização do parto. Em segundo momento, estuda-se a teoria da injustiça epistêmica cunhada pela filósofa Miranda Fricker com o objetivo de compreender como este conceito atrela-se às intercorrências da violência obstétrica. Em terceiro momento, traça-se um panorama acerca de leis e diretrizes dispostos no ordenamento jurídico brasileiro que dizem respeito ao combate à violência obstétrica. Ao final, busca-se uma análise da mobilização do direito em relação à violência obstétrica, estudando-se a teoria cunhada por Michael McCann, bem como evidenciando mobilizações já engendradas acerca da temática da violência obstétrica e analisando qualitativamente uma amostragem de acórdãos do Tribunal de Justiça de São Paulo para compreender as demandas e entendimento jurisprudencial sobre essa violação.

Palavras-chave: violência obstétrica; injustiça epistêmica; mobilização do direito.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 - A CONSTRUÇÃO DO SER-MULHER E A REDUÇÃO DO CORPO FEMININO À CAPACIDADE REPRODUTIVA.....	14
1.1. O controle dos corpos femininos como resposta à crise demográfica no continente europeu.....	16
1.2 A mão de obra escravizada como resposta à crise demográfica.....	19
1.2.1 A animalização da imagem da mulher negra	19
1.2.2 A dupla exploração da mulher negra escravizada	21
1.3 A entrada e posterior consolidação dos discursos médicos-masculinos no campo obstétrico.....	24
1.3.1 A retirada de cena das parteiras leigas para a inclusão das parteiras letradas	26
CAPÍTULO 2 - A INJUSTIÇA EPISTÊMICA E A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO DA PESSOA GRÁVIDA.....	29
2.1. Injustiça testemunhal.....	30
2.1.1 Operação de poder	31
2.1.2 Poder de identidade.....	32
2.1.3 Injustiça hermenêutica	34
2.2 A injustiça epistêmica na violência obstétrica	36
2.3 Do Domicílio Ao Hospital: a intensificação da medicalização do parto	39
2.3.1 Os corpos femininos como objetos da ciência médica.....	39
2.3.2 Discurso médico e controle social dos corpos das mulheres.....	40
2.4 O parto como ato exclusivo da medicina no Brasil	43
2.4.1 As “naturezas femininas”	43
2.4.2 A hospitalização do parto	44
2.5 A Violência Instituída No Modelo Obstétrico-Ginecológico Brasileiro: “na hora de fazer não gritou”	45

CAPÍTULO 3 - LEIS E DIRETRIZES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO	50
3.1 Breve histórico dos direitos reprodutivos e sexuais nos âmbitos internacional e nacional	53
3.1.2 A justiça reprodutiva e a análise interseccional da violência obstétrica	56
3.2 Os direitos reprodutivos e sexuais no ordenamento jurídico brasileiro	59
3.2.1 Direitos reprodutivos e sexuais positivados na Constituição Federal de 1988 .	60
3.2.1 A violência obstétrica como violação aos direitos reprodutivos e sexuais	62
3.3 Garantias de proteção contra a violência obstétrica na legislação infraconstitucional	62
3.3.1 Projetos de lei que versam sobre violência obstétrica.....	62
3.3.2 Disposições legislativas para o enfrentamento da violência obstétrica	65
CAPÍTULO 4 - UMA ANÁLISE DA MOBILIZAÇÃO DO DIREITO EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	69
4.1. As mobilizações sobre o tema da violência obstétrica	72
4.1.1 A mobilização social a partir das redes sociais <i>online</i>	74
4.2 A mobilização pela reparação e pelo combate à violência obstétrica no Poder Judiciário	77
4.2.1 Materiais e métodos	77
4.2.1.1 Objetivos	78
4.2.1.2 Amostragem.....	78
4.2.2 Acórdãos.....	78
4.2.2.1 Acórdão 1.....	78
4.2.2.2 Acórdão 2.....	80
4.2.2.3 Acórdão 3.....	80
4.2.2.4 Acórdão 4.....	81
4.2.2.5 Análise dos acórdãos.....	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86

REFERÊNCIAS.....	89
-------------------------	-----------

INTRODUÇÃO

A concepção acerca do gestar e do parir sofreu intensas alterações no decorrer da história, principalmente, em razão da perda de autonomia e protagonismo da pessoa parturiente pelo adentramento da ciência médica como detentora de todo o conhecimento sobre o campo obstétrico. No Ocidente, até meados do século XVII, havia a detenção dos saberes sobre o parto pelas mulheres, principalmente na figura das parteiras (TEMPESTA; FRANÇA, 2021). No entanto, houve uma alteração de cenário quando, na Europa, deu-se início a uma movimentação pela marginalização de práticas até então habituais – a partir disso, foi introduzido um ordenamento normativo acerca do assunto que classificava muitos dos procedimentos realizados à época como “crimes reprodutivos”. Ao passo em que essa criminalização ocorria, ascendia a figura do médico-cirurgião, posteriormente consolidado como protagonista do parto (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

As mudanças acerca do parto e da concepção de maternidade também sobrevieram com transformações na compreensão do papel de gênero das mulheres. No entanto, ao tratar desse papel, é necessário pontuar que há uma diferença abismal do que significou/significa ser uma mulher branca e o que significou/significa ser uma mulher negra ao longo dos processos históricos.

No século XV, houve no continente europeu um intenso declínio demográfico, pelo qual as mulheres brancas passaram a ser culpabilizadas. Nesse contexto, a estas mulheres, passava a ser restringida a incumbência da maternidade, quase que como esta sendo uma de suas “poucas utilidades”. As empreendidas para tomada de controle dos corpos das mulheres foram acompanhadas por intensos ataques à imagem e à reputação destas. O papel social que se pretendia atribuir à mulher era inteiramente pautado naquilo que era entendido como a única capacidade útil da mulher - a reprodução. Nesse sentido, a degradação da imagem e da reputação das mulheres foi usada como justificativa para que os homens as afastassem de seus trabalhos não-domésticos e passassem a exercer controle sobre a reprodução, bem como a criminalização de práticas comuns como o aborto (FEDERICI, 2017).

Ao passo em que às mulheres brancas era construída e atribuída a maternidade por “amor e devoção”, nas colônias da América do Sul, como resposta à crise populacional advinda da morte de, aproximadamente, 75 milhões de habitantes (STANNARD, 1992), às mulheres negras africanas e descendentes, escravizadas, foi instituída a dupla exploração – para além da força de trabalho, a força reprodutiva também era alvo de controle pelos senhores. Deste modo,

a reprodução era imposta e estimulada como forma de consolidação e continuidade do sistema escravista, principalmente quando surge a discussão acerca da proibição do tráfico de almas.

O processo da dupla exploração das mulheres negras não pode ser entendido somente como tendo por base a exploração escravista, isto porque os estereótipos acerca do corpo feminino negro têm bases que antecedem a escravização. Esta, foi um projeto e para que fosse aceita foi necessário que a imagem da pessoa negra africana fosse atrelada à imagem de um indivíduo que deveria ser escravizado por alguma motivação – esse processo é explicitado por Achille Mbembe (2014) como “efabulação”. Esta motivação foi justificada, principalmente, pela narrativa cristã de que havia uma “maldição divina” sobre pessoas negras africanas e que a escravização seria a forma de redenção/penitência de seus pecados (SOUSA, 2021).

Para além disso, para a consolidação da estereotipagem do corpo negro, houve a difusão da visão dos viajantes europeus sobre a população africana. O corpo da mulher negra foi retratado pelos viajantes como sendo “afastado de Deus”, as observações equivocadas imputavam àquelas mulheres uma ausência de dor, uma força que era oposta àquela atribuída à mulher europeia, e o não sentir dor as aproximava da selvageria, culminando em uma imagem de animalização da mulher negra (SOUSA, 2021).

Dentro desses cenários em que nitidamente predominavam os ideais de homens, sobretudo, brancos, no campo da ciência médica, não ocorreu de forma diferente. Assim como em outras esferas da sociedade, o domínio sobre os partos passou ao controle masculino - no contexto do fim do século XIX, a busca dos médicos é para afastar (e, inclusive, difamar) a imagem das parteiras como quem detém saber sobre os nascimentos, mas não para excluí-las completamente (ao menos, não havia intenção de excluir as parteiras letradas). A busca era por uma legitimidade social da ciência médica (TELLES, 2018).

Ao final do século XIX, diante de um enaltecimento da medicalização como sinônimo de demonstração de “civilidade” e “progresso”, deu-se a expansão da ideia de hospitalização dos partos (TEMPESTA; FRANÇA, 2021). Ao passo em que há a construção dessa concepção no imaginário social e que há a consolidação da hospitalização dos partos, extirpa-se da figura da pessoa gestante/ parturiente a autonomia e o condão de consentir sobre as condutas empregadas no parto (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

No Brasil, a maior parte das práticas da obstetrícia, atualmente, ainda estão centradas em um discurso hegemônico da ciência médica que, reiteradamente, submete parturientes à cesáreas eletivas (por conveniência médica) e a procedimentos sem embasamento científico (que, por vezes, já tiveram comprovações científicas de malefícios em suas utilizações) como

é o caso, a título de exemplo, da episiotomia¹, da manobra de Kristeller², e da posição litotômica no parto³ (GABRIEL; SANTOS, 2020).

Tendo isso em vista, é possível compreender a violência obstétrica como um fenômeno permeado por injustiças epistêmicas. A injustiça epistêmica trata-se da exclusão da participação que se procede e da credibilidade que se retira de uma pessoa ou de um grupo de indivíduos no que se refere à construção e conjunção de saberes sobre um determinado assunto:

Na era da informação e da comunicação, questões sobre desinformação e falta de comunicação estão mais prementes do que nunca. Quem tem voz e quem não tem? As vozes estão interagindo com a mesma agência e poder? Em quais termos elas estão se comunicando? Quem está sendo entendido e qual não está (e a que custo)? Em quem se acredita? E com quem está sendo reconhecido e engajado? Injustiça epistêmica se refere àquelas formas de tratamento injusto relacionadas a questões de conhecimento, compreensão e participação em práticas comunicativas (KIDD; MEDINA; POHLHAUS JR, 2017, p. 1, tradução livre).

Ainda, dentro da concepção de injustiça epistêmica, Miranda Fricker (2007; 2017) discute dois tipos principais dessa injustiça: (i) injustiça testemunhal, quando se retira credibilidade de um indivíduo (ou grupo de indivíduos) por preconceitos relacionados à identidade deste, por conseguinte, a comunicação de conhecimento do sujeito fica prejudicada; (ii) injustiça hermenêutica, quando o sujeito (ou grupo) é parte de uma minoria marginalizada política e socialmente e isso culmina em uma ausência de recursos epistêmicos suficientes a ensinar a comunicação do sujeito com os demais sobre o testemunho de sua experiência.

É a partir da concepção de injustiça epistêmica que se pretende, no presente trabalho, evidenciar a injustiça epistêmica na relação médico-paciente nos casos de violência obstétrica. Há que se apontar, ainda, que o entendimento da violência obstétrica necessariamente implica em uma discussão sob a ótica interseccional, não se limitando apenas à observação da sujeição de gênero, mas também devendo atentar às questões de raça e classe.

¹ Episiotomia trata-se de uma incisão no períneo da gestante, utilizada sob o pretexto de facilitar a passagem do bebê durante o parto e evitar lacerações nos órgãos genitais. No entanto, há evidências científicas de prejuízo na utilização desse procedimento, desaconselhando a prática. Ver mais em: SANTOS, Jaqueline de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Escola Anna Nery*, v. 12, n. 14, p. 645-650, 2008.

² Neste procedimento, um profissional da saúde realiza uma pressão externa sobre o útero da mulher, na tentativa de acelerar o período expulsivo do parto. Contudo, a técnica pode trazer uma série de danos e lesões para a mãe e o feto. Ver mais em: NASCIMENTO, Ketre Iranmarye Manos et al. Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 2, p. 7362-7380, 2021.

³ Também conhecida como “posição ginecológica”, a posição litotômica no parto consiste na mulher deitada de barriga para cima com as pernas levantadas. Ainda que haja evidências científicas que desencorajam a imposição da litotomia no parto, continua sendo a posição mais utilizada. Ver mais em: SILVA, Renata Cunha da et al. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 22, n. 3, p. 629-636, 2013.

Para além disso, a partir dessa evidenciação inicial, o presente trabalho busca evidenciar a violência obstétrica também como violação ao direito à saúde e aos direitos reprodutivos, buscando no ordenamento jurídico e em demais documentações instrumentos que possam ser mobilizados em prol da salvaguarda desses direitos. Diante disso, a compreensão da violência obstétrica como problema de saúde pública é crucial para a luta contra a hegemonia dos discursos médicos que retiram das parturientes a autonomia sobre seus próprios corpos

Ainda, a partir da perspectiva da mobilização do direito introduzida por Michael McCann (2010), buscou-se investigar os ativismos sociais e as demandas envolvendo a questão da violência obstétrica que estão sendo levadas ao Poder Judiciário, para que seja possível entender como atores sociais estão mobilizando o direito para reivindicar uma injustiça epistêmica dentro do campo dos direitos reprodutivos e sexuais e quais são as compreensões sobre o tema observadas pelas decisões judiciais proferidas.

CAPÍTULO 1 - A CONSTRUÇÃO DO SER-MULHER E A REDUÇÃO DO CORPO FEMININO À CAPACIDADE REPRODUTIVA

Mulher

Entre tudo o que existe, é principal

Pra você gerar a vida é natural

Esse é o mundo da mulher

(Elba Ramalho)

A violência obstétrica não pode ser entendida de maneira simplista como resultado de um ato violento praticado contra mulheres no momento do parto. Para melhor compreendê-la, é necessário que sejam observados os aspectos políticos, médicos e sociais transformadores das concepções sobre o ser-mulher, bem como sobre os corpos femininos, no decorrer da história.

A medicalização e controle dos corpos femininos não se trata de fenômeno atual. Durante séculos, as ideias médicas foram produzidas pensando os corpos das mulheres como objetos que detêm uma função intrinsecamente atrelada a uma questão crucial para o controle Estatal: o ato de dar à luz, que se conecta com os interesses demográficos de cada contexto histórico.

É nesse sentido que o presente capítulo buscará realizar uma breve explanação das experiências vivenciadas no Ocidente, mais especificamente na Europa e nas colônias da América, para elucidar a construção de pensamentos acerca do corpo feminino, bem como as raízes e a consolidação da medicalização do corpo das mulheres, elementos esses que possuem influências no campo médico-obstétrico e refletem na violência obstétrica até os dias atuais.

Ainda, importa destacar que a história social não foi dada de forma igual para mulheres brancas e negras. Por isso, neste capítulo, ao subdividir os olhares entre Europa e América, nesta será apontada, principalmente, a condição da mulher negra escravizada; enquanto, naquela, a da mulher branca. Isso posto, passa-se às elucidações acerca da construção do ser-mulher e da mulher-mãe.

Inicialmente, é necessário evidenciar que o mundo comandado sob a ótica do patriarcado antecede o sistema capitalista. Ainda que as sociedades primitivas fossem marcadas pela organização matriarcal, a partir da demarcação das propriedades, a figura masculina é colocada como “provedora”; a mulher passa a ser subordinada e com o dever de manter-se na

monogamia; esta, com o intuito de que gerasse herdeiros de seu marido, garantindo a mão de obra e a transmissão da propriedade privada (FEDERICI, 2017).

A transição de um mundo feudal para um sistema que se aproxima do capitalismo implicou em grandes mudanças para o papel exercido pelas mulheres europeias. Como ensina Federici (2017), o capitalismo surge como uma contrarrevolução em face da luta antifeudal. Nesse momento, as mulheres protagonizaram aquilo que se coloca como um primeiro indício de uma movimentação comandada por mulheres que se revoltaram com a ordem que se impunha.

No entanto, há que se pontuar que - no referido período - as mulheres servas não estavam de todo subordinadas aos seus familiares do sexo masculino em razão da limitação de autoridade destes pela autoridade de seus senhores. Silvia Federici (2017, p. 51) defende que com essa menor submissão as mulheres desse tempo estariam menos subordinadas às necessidades dos homens “do que logo estariam as mulheres “livres” na sociedade capitalista”.

Ainda no século XIV, as mulheres passavam a ocupar espaços como profissionais habilitadas a trabalharem como médicas, cirurgiãs, professoras, etc., competindo com homens que possuíam formação em universidades. Médicas e parteiras predominavam no campo obstétrico e, até o século XVII, o parto e seus saberes eram dominados pelas mulheres, a medicina não possuía domínio sobre o tema e as intervenções de cunho médico ocorriam em raras exceções, mas, ainda assim, o poder de decidir sobre o parto era detido pela parturiente e suas companheiras mulheres (FEDERICI, 2017; VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Esse cenário, no entanto, foi alterado a partir da invasão dos europeus no solo americano, no século XV, quando se passou a ter a idealização de oferta ilimitada de trabalho que, todavia, foi frustrada pela morte de aproximadamente 75 milhões de habitantes da América do Sul (STANNARD, 1992). Este fato, seguido pela colossal redução populacional no continente europeu, em decorrência de uma associação de fatores malthusianos⁴ e socioeconômicos⁵ (KRIEDTE, 1983 apud FEDERICI, 2017), propiciou uma nova configuração

⁴ A teoria de Thomas Malthus defende que ao passo em que a população cresce em uma progressão geométrica (ex.: 1, 2, 4, 8, 16, 32, 64...), a produção de alimentos crescerá em progressão aritmética (ex.: 1, 2, 3, 4, 5, 6...). Em termos gerais, a teoria argumenta que a produção de alimentos não cresce tão rápido quanto a população – deste modo, faltaria alimento porque haveria um excesso de contingente populacional e haveria um alto número de indivíduos miseráveis. Para Malthus, não era interessante que a população como um todo desfrutasse de boas condições de vida e a desigualdade seria inevitável. Diante disso, as proposições da teoria malthusiana defendiam fatores como guerras e doenças como modo de controle de crescimento da população pobre, bem como pregavam o desestímulo da ajuda a esta e a manutenção dos *status* sem que houvesse mobilidade social.

⁵ Como ensina Federici (2017), a diminuição da população atingiu, principalmente, aquela menos favorecida socioeconomicamente. Essa redução era atribuída a uma baixa natalidade e desinteresse da população pobre em ter filhos.

para a mulher branca, que, a partir da resposta à crise populacional vivenciada pelo continente europeu, passaria a ter como única atribuição considerada relevante a capacidade de gestar e parir. Também a crise populacional nas Américas implicou em consequências para as mulheres que ali viviam, especialmente as escravizadas, que passaram a ser exploradas por dois vieses, o da força laboral e o da reprodutiva.

1.1. O controle dos corpos femininos como resposta à crise demográfica no continente europeu

Ao passo em que havia declínio demográfico, também acontecia o fenômeno de que as pessoas não mais casavam-se tão jovens e a crise econômica que assolava a Europa desestimulava a reprodução. Assim, a associação das crises demográfica e econômica europeia também impactou a economia das colônias na América, levando a uma crise internacional:

É nesse contexto que o problema da relação entre trabalho, população e acumulação de riquezas passou ao primeiro plano do debate e das estratégias políticas com a finalidade de produzir os primeiros elementos de uma política populacional e um regime de “biopoder”.

[...] Sustento, ademais, que a intensificação da perseguição às “bruxas” e os novos métodos disciplinares que o Estado adotou nesse período, com a finalidade de **regular a procriação e quebrar o controle das mulheres sobre a reprodução**, têm também origem nessa crise. (FEDERICI, 2017, p. 169-170, grifo nosso).

Nesse contexto, ao passo em que era introduzido no pensamento social que a riqueza de uma nação seria diretamente proporcional à quantidade de habitantes, as mulheres passaram a ser culpabilizadas pelo declínio populacional, como também pelos “crimes reprodutivos” (como o aborto), cujas punições eram severas. Diante dessa conjuntura, a imputação do papel social da mulher restrito à maternidade passou a ser ainda mais incisiva (FEDERICI, 2017).

Historicamente, as religiões em muito buscaram interferir na questão da reprodução e da sexualidade. Em decorrência da Reforma Protestante foi empreendida uma quebra do ideal da castidade, reforçando o valor do casamento e da capacidade reprodutiva da mulher. King (1991 apud FEDERICI, 2017) elucida a visão de Martinho Lutero sobre as mulheres, trazendo o pensamento de que a mulher seria necessária para o desenvolvimento da raça humana por possuir uma “virtude” que anularia todas as suas “debilidades”: ter um útero que pode gerar uma vida. Ou seja, a mulher é tida como um ser inferior, mas que teria um único dom útil e necessário, sua força reprodutiva.

Assim, no apogeu do mercantilismo, intensificava-se o controle dos corpos pelas instituições (religião e Estado) na nítida intenção de expandir a população como forma de aumentar a força de trabalho:

No entanto, a principal iniciativa do Estado com o fim de restaurar a proporção populacional desejada foi **lançar uma verdadeira guerra contra as mulheres, claramente orientada a quebrar o controle que elas haviam exercido sobre seus corpos e sua reprodução.**

[...] essa guerra foi travada principalmente **por meio da caça às bruxas**, que literalmente demonizou qualquer forma de controle de natalidade e de sexualidade não procriativa [...]. (FEDERICI, 2017, p. 174, grifo nosso).

Os “crimes reprodutivos” eram, principalmente, a contracepção, o aborto e o infanticídio. A este último, às mulheres que o praticassem, era aplicada a pena de morte. O infanticídio foi - apenas atrás da bruxaria - a maior causa de processos contra mulheres entre os séculos XVI e XVII:

[...] a suspeita que recaiu sobre as parteiras nesse período - **e que levou à entrada de médicos homens na sala de partos** - provinha **mais do medo que as autoridades tinham do infanticídio do que de qualquer outra preocupação pela suposta incompetência médica das parteiras.**

Com a marginalização das parteiras, começou um processo pelo qual as **mulheres perderam o controle que haviam exercido sobre a procriação, sendo reduzidas a um papel passivo no parto**, enquanto os médicos homens passaram a ser considerados como “aqueles que realmente davam vida” (FEDERICI, 2017, p. 177, grifo nosso).

Neste cenário, há a abrupta retirada de autonomia das mulheres sobre o parto. Os saberes femininos sobre seus próprios corpos e os entendimentos sobre o ato de dar à luz são forçosamente substituídos pelo olhar médico-masculino de um corpo que não lhes pertence e sobre o qual não detém o mesmo conhecimento que as parteiras. A empreitada da caça às bruxas foi, sobretudo, uma busca incessante pelo controle dos corpos femininos para subjugá-los aos interesses religiosos e estatais - dessa conjuntura decorreu, então, a extirpação da autonomia da mulher sobre si e seus saberes sobre o próprio corpo.

As parteiras passaram a ser submetidas a exames que eram realizados por comissões de municípios ou eclesiásticas, objetivando assegurar às instituições do Estado e da Igreja que as parteiras não realizariam os ditos “crimes sexuais”. Exigia-se, ainda, que a parteira professasse a fé católica e que fossem mulheres de reputação imaculada (VIEIRA, 2002).

Para além disso, dentro do contexto de “impedir o infanticídio” a qualquer custo, os casos de emergência que aconteciam durante o parto passaram a priorizar a vida do feto:

Isso contrastava com o processo de nascimento habitual que as mulheres haviam controlado. E, para que efetivamente ocorresse, a comunidade de mulheres que se reunia em torno da cama da futura mãe teve que ser expulsa da sala de partos, ao mesmo tempo que as parteiras eram postas sob a vigilância do médico ou eram recrutadas para policiar outras mulheres (FEDERICI, 2017, p. 177).

Assim, a presença de médicos homens nas salas de parto ensejou uma operacionalização de controle violenta sobre o ato de parir, chegando até mesmo ao ponto de as mulheres serem castigadas por não se esforçarem suficientemente para dar à luz, como ocorria na Alemanha (RUBLACK, 1996 apud FEDERICI, 2017).

Como defende Federici (2017), a reprodução passou a ser uma espécie de escravização da mulher. Neste momento, diferentemente do que ocorria na Idade Média, as mulheres não mais tinham o controle reprodutivo e não mais podiam fazer uso de métodos contraceptivos⁶. Da subjugação da mulher ao trabalho “doméstico” nasce uma nova divisão sexual - dominante no contexto capitalista -, na qual a figura masculina é a única provedora e o trabalho feminino não é remunerado. O trabalho doméstico, diferentemente do que ocorria ao tempo dos feudos, não mais era visto como força de trabalho, mas sim como mera tarefa de obrigação da mulher, o que implica na desvalorização desta como corpo capaz de produzir, resultando em pagamentos insuficientes à subsistência quando a mulher trabalha fora de sua casa (FEDERICI, 2017).

Importante destacar que, para a colocação da mulher em um papel desprestigiado, houve intensa degradação social empregada:

Não é exagero dizer que as mulheres eram tratadas com a mesma hostilidade e com o mesmo senso de distanciamento que se concedia aos “índios selvagens” na literatura produzida depois da Conquista. O paralelismo não é casual. Em ambos os casos, a depreciação literária e cultural estava a serviço de um projeto de expropriação. [...] a demonização dos povos indígenas americanos serviu para justificar sua escravização e o saque de seus recursos. Na Europa, **o ataque contra as mulheres justificou a apropriação de seu trabalho pelos homens e a criminalização de seu controle sobre a reprodução. O preço da resistência era, sempre, o extermínio** (FEDERICI, 2017, p. 203, grifo nosso).

Assim, pode-se inferir que o emprego das tentativas de controle dos corpos femininos foi acompanhado por intensos ataques à imagem e reputação das mulheres. Como visto, o papel

⁶ Os métodos utilizados compunham-se de ervas utilizadas para provocar abortamento ou gerar estado de esterilidade. Essa autonomia de poder controlar os nascimentos deslocou-se para a esfera da clandestinidade. Importante pontuar que, em momento posterior, quando houve retomada de uso de métodos contraceptivos, estes foram elaborados exclusivamente para uso masculino, mais uma vez reforçando a ausência de autonomia feminina sobre o próprio corpo (FEDERICI, 2017; RIDDLE, 1997)

social que se pretendia atribuir à mulher era pautado naquilo que era visto como única capacidade útil da mulher - a da reprodução. Deste modo, na intensa empreitada da caça às bruxas, se construía dentro do imaginário social um ideal de mulher, que seria aquela que é passiva, que não emprega resistência aos mandos que recaem sobre ela.

A “feminilidade” passa, assim, a ser associada a uma essência de rendição, de domesticação. Com isso, inicia-se, também, uma exaltação da maternidade, que atribui às mulheres, além do encargo de procriar, o de dedicarem-se aos cuidados domésticos, das proles e de seus maridos.

No entanto, importante destacar que o exposto é atribuído às mulheres brancas europeias que, mesmo que estivessem em uma posição deveras inferiorizada e desprestigiada socialmente, ainda era vista com superioridade étnica em relação às mulheres africanas levadas para serem escravizadas nas Américas.

1.2 A mão de obra escravizada como resposta à crise demográfica

Diferentemente da resposta europeia à crise demográfica, na América colonial houve não a subjugação da mulher à maternidade, mas sim o tráfico de almas para serem escravizadas, servindo de mão de obra. A alta produtividade advinda da exploração dos escravizados⁷, bem como a riqueza captada da extração de ouro e prata, fomentaram a Revolução Industrial europeia.

Não se pretende aqui fazer uma análise aprofundada dos sistemas escravistas que estiveram presentes no continente americano, mas sim delinear como a reprodução da mulher escravizada foi explorada como fator crucial para a consolidação e continuidade do regime, bem como elucidar a construção de estereótipos sobre a mulher negra, que possuem efeitos que impactam até os dias atuais na questão da violência obstétrica.

1.2.1 A animalização da imagem da mulher negra

Como ensina Achille Mbembe na obra “Crítica da Razão Negra” (2014, p. 27), “a raça não passa de uma ficção útil, de uma construção fantasista ou de uma projeção ideológica”. O Ocidente, considerando-se como centro do mundo e detentor das verdades universais, colocava-se como civilizado ao codificar um rol de costumes e constituir um “direito das gentes”.

⁷ Em especial, o trabalho nas monoculturas de exportação dos latifúndios, no sistema de *plantations*.

Entretanto, aquilo que não era semelhante ao indivíduo europeizado – o continente africano, de modo geral e o negro, em particular - figurava como:

[...] não figurável, o Negro, em particular, era o exemplo total deste ser-outro, fortemente trabalhado pelo vazio e cujo negativo acabava por penetrar em todos os momentos da existência – a morte do dia, a destruição e o perigo, a inominável noite do mundo. Hegel dizia, a propósito de tais figuras, que elas eram estátuas sem linguagem nem consciência de si; entidades humanas incapazes de se despir de vez da figura animal com que estavam misturadas. No fundo, era da sua natureza albergar o que estava já morto (MBEMBE, 2014, p. 28).

Nesse sentido, conforme elucidado por Mbembe (2014), o processo de efabulação perdurou e foi responsável pela construção imagética do “outro”, do “não europeu”. É a partir disso que houve uma identificação e classificação – por parte dos europeus – das “espécies e raças”:

A primeira grande classificação das raças levada a cabo por Buffon ocorreu num ambiente em que a linguagem acerca dos mundos era construída a partir dos preconceitos mais ingênuos e sensualistas, e formas de vida extremamente complexas são trazidas à pura simplicidade dos epítetos. Chamemos a isso o momento gregário do pensamento ocidental. Nele, o Negro é **representado como protótipo de uma figura pré-humana incapaz de superar sua animalidade, de se autoproduzir e de se erguer à altura de seu deus** (MBEMBE, 2014, p. 39, grifo nosso).

Nesse sentido, o afastamento do europeu para com o “outro” foi fruto da construção da imagem de que as humanidades não europeias tratavam-se de seres desprovidos de exarar a forma humana ideal - como seria a europeia. Assim, o processo de efabulação rebaixava a pessoa negra a uma condição de animalidade e de afastamento de Deus.

Necessário evidenciar que a imputação de estereótipos sobre o corpo negro antecede a escravização. No processo de efabulação, para atrelar a imagem do negro africano à imagem do indivíduo que deveria ser escravizado, a narrativa cristã passou a justificar a escravidão como advinda de uma “maldição divina”, posta como “consequência direta do pecado de Adão e Eva, e, portanto, seria um símbolo da desgraça humana. [...] Nesta perspectiva o escravizado era um pecador e penitente” (SOUSA, 2021, p. 11).

Para além da contribuição religiosa para a estereotipagem, houve estabelecimento de visões sobre a população negra africana pelos viajantes, os quais promoviam rotulações com vistas a enquadrar o corpo negro como “incomum”, a fim de tornar aceitável a dominação de uma população que precisaria ser “civilizada”:

Foi através de seu corpo que a mulher africana se tornou o contingente pelo qual sexualidade e selvageria se ligavam, ambos se encaixavam para possibilitar o trabalho produtivo e reprodutivo que tais mulheres desempenhariam na América. Assim, as **descrições sobre a sua força - em oposição à fraqueza das mulheres europeias, ausência de dor durante o parto e facilidade para amamentar logo foram utilizadas mais uma vez para distinguir a África da Europa. Por supostamente não sentirem dor**, segundo observações equivocadas, as mulheres africanas não poderiam descender de Eva, e por consequência do próprio deus cristão. A construção em torno da ausência de dor conformava de uma só vez argumentos essenciais para sua subjugação e escravidão nas Américas: **não sentir dor as afastava de deus, aproximava da selvageria, e as tornava perfeitamente adaptáveis ao sistema de trabalho pesado das colônias** (SOUSA, 2021, p. 35-36, grifo nosso).

A aproximação do corpo da mulher negra com uma visão “animalesca” surge nesse contexto. O comportamento desconhecido - pelos europeus - das mulheres africanas foi colocado como inferior àquele imputado às mulheres brancas europeias, inferindo uma “hierarquia racial”. A construção da imagem dessas mulheres africanas através da literatura dos viajantes as colocava em local de inferioridade em relação às mulheres brancas europeias - as quais, como visto, já estavam em um patamar de desprestígio social. Para além disso, essa representação também culminou em uma erotização, que viria a justificar “tanto o estupro das mulheres negras quanto a exploração de sua capacidade de amamentar e cuidar das crianças brancas” (TELLES, 2018, p. 26).

A partir dessa e de outras justificativas (inclusive religiosas) enquadrando pessoas do continente africano como indivíduos inferiores que precisavam ser “civilizados”, empreendeu-se o tráfico de almas pelo atlântico e a escravização nas Américas. Faz-se necessário pontuar que a mulher negra “sofreu uma dupla violação e apropriação por parte do sistema escravista”, isto porque além de sofrer exploração de sua força laboral, “como os homens, mas, diferente deles, seu corpo configurava também um espaço para a reprodução da própria escravidão” (SOUSA, 2021, p. 37). Ou seja, a mulher negra, para além de ter sua força laboral explorada, também tinha sua força reprodutiva subjugada aos interesses de seu “proprietário”.

1.2.2 A dupla exploração da mulher negra escravizada

O ventre das mulheres escravizadas figurou de formas distintas durante a perpetuação do sistema escravista. Em primeiro momento, com o *partus sequitur ventrem*⁸: instituto que teve origem no Código Romano e que atrelava a condição de nascimento à condição da mãe;

⁸ Em suma, esse instituto garantiu a hereditariedade da condição de escravizado à prole das mulheres cativas.

deste modo, se a mãe fosse cativa, sua prole também seria. Em segundo momento, nas lutas abolicionistas, das quais resultou, no Brasil, a Lei do Ventre Livre.

As colônias das Américas Portuguesa e Espanhola adotaram esse princípio desde o início do sistema escravista, atribuindo desde logo a hereditariedade à condição de escravizado. Em diversas colônias, quando a discussão sobre a abolição do tráfico negreiro aproximou-se, medidas incisivas de incentivo à reprodução dos cativos foram implementadas - a partir do *partus sequitur ventrem* era possível dar continuidade ao sistema ainda que o tráfico de almas estivesse proibido:

Pensar sobre as formas específicas de abuso feminino dentro da escravidão é prestar atenção ao duplo trabalho exigido das mulheres escravizadas. Ainda que pudesse variar de acordo com o lugar em que estavam e flutuar por períodos distintos, **o seu corpo, a reprodução e o aumento da escravaria de proprietários, consequentemente, dependeu em algum momento do ‘trabalho reprodutivo’ dessas mulheres, e por consequência, atravessou de maneira violenta o exercício de sua maternidade.** Isso pode ter interferido na maneira como elas viam a maternidade, em oposição à visão de seus senhores. Além da angústia de conceber um filho na escravidão, muitas mulheres precisaram lidar com os traumas causados pelo estupro - em alguns casos desde a infância/adolescência -, **além de diversas intervenções senhoriais sobre os aspectos mais íntimos de suas vidas como casamento, sexualidade, gravidez e parto** (SOUSA, 2021, p. 48, grifo nosso).

No sistema escravista norte-americano, neste mesmo contexto de abolição do tráfico de almas, as mulheres negras passaram a ser avaliadas de acordo com seu potencial reprodutivo:

Nas décadas que precederam a Guerra Civil, as mulheres negras passaram a ser cada vez mais avaliadas em função de sua fertilidade (ou da falta dela): aquela com potencial para ter dez, doze, catorze ou mais filhos era cobiçada como um verdadeiro tesouro. Mas isso não significa que, como mães, as mulheres negras gozassem de uma condição mais respeitável do que a que tinham como trabalhadoras. **A exaltação ideológica da maternidade - tão popular no século XIX - não se estendia às escravas.** Na verdade, aos olhos de seus proprietários, elas não eram realmente mães; eram apenas **instrumentos que garantiam a ampliação da força de trabalho escrava.** Elas eram ‘reprodutoras’ - animais cujo valor monetário podia ser calculado com precisão a partir de sua capacidade de se multiplicar (DAVIS, 2016, p. 25, grifo nosso).

A partir disso, verifica-se que o conceito de existência de uma hierarquia racial ocorrida nesse contexto impactava, inclusive, na questão reprodutiva. Enquanto às mulheres brancas europeias era imposto o dever de gestar, parir e maternar, como um ato de preservação da entidade familiar, às mulheres negras cativas a reprodução era vinculada não à ideia de maternidade, mas à de expansão e sucessão do modelo laboral escravista.

As escravizadas gestantes, embora em algumas colônias houvesse uma espécie de recompensa àquelas que tivessem bastantes filhos⁹, continuavam a exercer trabalhos pesados e não estavam imunes ao recebimento de castigos. Para além disso, a exploração reprodutiva do corpo da mulher cativa também implicava em experiências violentas relacionadas à ginecologia e à obstetrícia:

Nos Estados sulistas onde foram adotadas políticas senhoriais favoráveis à reprodução, as medidas pró-natalistas ultrapassaram o favorecimento aos casamentos, o afastamento de gestantes do trabalho pesado e recompensas às mulheres que levassem a gestação a termo e fossem mães de vários filhos, atuando diretamente sobre seus corpos. Foram comuns os registros de senhores e administradores que **perscrutaram as vidas íntimas e os ciclos menstruais das cativas, contratando médicos, muitos deles inexperientes, que visitavam as fazendas inspecionando seus corpos e atuando frente aos problemas ginecológicos, durante a gravidez e nos partos difíceis, utilizando técnicas cirúrgicas invasivas e dolorosas** (TELLES, 2018, p. 28, grifo nosso).

Havia, neste cenário, conflito de interesses entre as cativas e os senhores. Os partos mais complexos passaram a ser espaço de tensões, que chocavam a tentativa das cativas de “busca de autonomia frente à intervenção senhorial na escolha e imposição de parteiras diplomadas e médicos brancos que agiam de maneira contrária às práticas consideradas apropriadas pelas parteiras e parturientes cativas africanas e descendentes” (TELLES, 2018, p. 31).

Ainda que a vivência experimentada pelas mulheres negras nas diversas colônias tenha sido diferente em alguns aspectos, a exploração violenta da força reprodutiva diante da “ameaça” do fim do tráfico negreiro foi observada também na então América Portuguesa. No período entre 1826 e 1830, houve uma valorização no preço das mulheres crioulas e africanas em idade fértil, indicando o interesse na compra de mulheres que pudessem parir indivíduos que se tornariam força de trabalho escravizada. No entanto, o cenário sofreu modificação a partir da década de 1870, em decorrência da chamada Lei do Ventre Livre - promulgada em 28 de setembro de 1871, dispunha que se considerava livre todos os nascidos de mulheres escravas a partir de então¹⁰ (TELLES, 2018).

A mera existência de uma norma como a Lei do Ventre Livre, todavia, não implicava em um cumprimento de fato. No contexto em que passou a haver a libertação gradual da população cativa, para que pudesse ter a eficácia pretendida, a Lei do Ventre Livre dependeu

⁹ Como no caso estadunidense, em que poderia haver um afastamento dessa mulher de trabalhos muito pesados. Isso, no entanto, não significava que a força produtiva da escravizada não fosse continuar a ser explorada.

¹⁰ No entanto, como é sabido, os nascidos das cativas ficariam sob “cuidados” dos senhores até os 21 anos de idade ou seriam entregues ao governo.

de esforços empreendidos pelas mães escravizadas e libertas, que traçaram enfrentamentos jurídicos pela liberdade de suas proles¹¹:

Mulheres escravas e libertas perpetraram, por meio de seus representantes legais, ações de liberdade com requerimentos elaborados por homens letrados que não somente invocaram argumentos jurídicos, mas também ecoaram os ideais a respeito da maternidade enquanto dever para mulheres das elites, apropriados pelo discurso abolicionista enquanto direito negado à mulher escravizada (TELLES, 2018, p. 42).

Por outro lado, nesse cenário, os discursos preconceituosos que colocavam a mulher negra como figura animalesca, inferindo em uma ameaça às crianças e à nação, ainda possuíam grande força. Estas arguições estavam não somente no cenário social, como também, no científico - emergiam discursos médicos sanitaristas que buscavam afastar as figuras das amas de leite, sob argumentação de que as mulheres negras possuíam doenças e poderiam levar à morte as crianças brancas.

Deste modo, as mulheres cativas enfrentaram não só a escravidão focada na exploração laboral, como também aquela exploração com vistas a utilizar-se de sua força reprodutiva. Os estereótipos construídos anteriormente à escravidão, na época dos viajantes, ainda encontravam muita força e eram utilizados como respaldo às condições em que as mulheres eram colocadas. Não diferente do imaginário social, nas instituições médicas também estavam fortemente difundidos os olhares preconceituosos.

Sobre as instituições médicas, importa ressaltar que o cenário obstétrico brasileiro passa a mudar vagarosamente a partir do século XIX. Ainda que tenha havido a fundação das Escolas de Medicina no Rio de Janeiro e em Salvador e que o escopo médico também fosse integrado por médicos formados na Europa, o número de médicos e cirurgiões existentes era baixo - mas, ainda assim, pouco a pouco, os discursos médicos foram adentrando a sociedade, como será visto.

1.3 A entrada e posterior consolidação dos discursos médicos-masculinos no campo obstétrico

Antes do saber médico-obstétrico ser inserido, as mulheres (tanto as livres de quaisquer classes sociais quanto as escravizadas) buscavam os saberes de parteiras da vizinhança quando enfrentavam complicações no parto. No início do século XIX, aos saberes e práticas da

¹¹ Salienta-se que esse respaldo jurídico não era uma regra, a ausência de proteção jurídica perpetuava e diversas mães perderam seus direitos de guarda sobre suas filhas e filhos.

medicina não era conferida uma legitimidade social, tampouco eram alvo de busca pela maioria das mulheres (TELLES, 2018). Nesse cenário, até o final do referido século, a maioria dos partos tinha caráter domiciliar e eram assistidos por parteiras academicamente leigas. Todavia, os médicos passaram a questionar os saberes dessas parteiras, em nítida intenção de afastá-las da posição de detentoras de conhecimento acerca de questões relacionadas à gravidez e ao parto, mas não projetavam retirá-las inteiramente de cena, limitando a figura da parteira para fins determinados pelos próprios médicos:

Incorporando os padrões de conhecimento vigentes nas universidades europeias, a reforma do ensino médico de 1832 instituía cursos de medicina, de farmácia e para parteiras, **para restringir a prática dos partos a mulheres brancas letradas, formadas em cursos acadêmicos, segundo os cânones da obstetrícia.** Se a **hegemonia e o prestígio das parteiras práticas passaram a ser questionados pelos médicos**, estes, no entanto, não queriam substituí-las: avessos aos preparativos, à assistência durante longas horas e aos cuidados com os recém-nascidos, eles procuravam **limitar e controlar a arena de atuação das parteiras**, defendendo a necessidade de que fossem instruídas na ciência obstétrica e de que **não intervissem nos partos difíceis por conta própria.** Ao longo da segunda metade do século XIX, com os avanços da medicina higienista e de seus ataques às tradicionais comadres, as parteiras diplomadas e os médicos, numericamente pouco expressivos, passaram a conquistar muito lentamente a preferência e a confiança de um grupo restrito de mulheres das elites escravistas europeizadas, provocando mudanças no cenário da assistência ao parto na cidade. (TELLES, 2018, p. 121, grifo nosso).

Deste modo, promoveu-se o lento ganho de confiança - por parte da elite escravista - dos dizeres da medicina higienista e suas intenções de afastar do cenário dos partos as mulheres que possuíam os saberes populares. Importante notar que, na América Portuguesa, as questões relacionadas ao corpo feminino (como doenças uterinas, partos, puerpério, aborto, entre outras) era de domínio exclusivamente das mulheres, independentemente de qual posição social advinham (TELLES, 2018). No entanto, esse cenário também se altera com a introdução do discurso da ciência médica, implicando em um massacre da autonomia feminina em relação ao seu próprio corpo.

A entrada dos discursos médicos-masculinos na sociedade foi permeada de investidas afrontosas com o cunho de desmerecer - e, até mesmo, aniquilar - a prática daquelas parteiras que não fossem as brancas e letradas:

Os médicos, em busca de legitimidade e clientela, divulgaram nas teses de medicina e jornais diários um **discurso misógino a respeito das parteiras dos estratos populares como mulher supersticiosa, infanticida e aborteira.** [...] A campanha dos médicos higienistas e seus **discursos racializados dirigidos às parteiras brasileiras e africanas negras**, ao longo da segunda metade do século XIX, penetravam uma elite dentre os escravistas que passaram a preterir-las. Se em 1855 a escrava alugada em uma casa da rua Quitanda era atendida pela parteira francesa **apenas quando o parto se complicava**, senhoras abastadas, que se europeizavam ao

longo da segunda metade do século, solicitavam assistência de parteiras brancas e letradas, **desde o início do parto** das cativas (TELLES, 2018, p. 130, grifo nosso).

Por isso, a segunda metade do século XIX foi marcada por uma imposição, às mulheres escravizadas - das técnicas médicas em conjunto com as parteiras brancas e letradas. Apesar de, possivelmente, no imaginário social, o acesso a um atendimento médico soar como uma espécie de atenção e cuidado à condição de saúde da escravizada, na realidade fática, ocorriam diversas violências contra a escravizada em trabalho de parto. Conforme os estudos de Telles (2018), a parteira francesa Madame Durocher publicou texto nos *Annaes de Medicina* relatando agressões às cativas se estas deixassem transparecer suas dores causadas pelo parto. Destaca-se, aqui, que a imagem atribuída à mulher negra era ainda conforme as descrições dos viajantes - a mulher cativa era “selvagem”, não era aproximada de Deus e não sentiria dor. Diferente da imagem de fraqueza da mulher branca, às negras era atribuída a imagem de força, castigadas se ousassem demonstrar sinais de sofrimento.

Esse contexto obstétrico ao qual as mulheres escravizadas eram submetidas ocasionava vulnerabilidades ainda mais profundas. Não só estavam na iminência de sofrerem retaliações severas por demonstrarem seu sofrimento, como também, a obrigação do atendimento feito a partir das parteiras brancas e letradas acarretava exclusão das cativas “de suas redes de solidariedade” porque com aquelas “não compartilhavam das mesmas origens sociais nem das concepções acerca do nascimento” (TELLES, 2018, p. 132).

1.3.1 A retirada de cena das parteiras leigas para a inclusão das parteiras letradas

A mencionada reforma do ensino médico instituiu cursos de medicina, farmácia e para parteiras - em momento anterior a isso, o ensino da obstetrícia limitava-se às intervenções cirúrgicas. Seguindo, principalmente, o modelo do ensino francês, a partir da reforma foram introduzidas disciplinas sobre parto, puerpério, doenças do sistema reprodutor feminino e, ainda, sobre recém-nascidos. Diferentemente das parteiras leigas que possuíam experiência prática e diante de um cenário em que não existiam maternidades públicas e os partos estavam na esfera domiciliar, os homens que se formavam médicos não obtinham uma prática clínica. Em razão disso, professores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro movimentaram-se para propiciar a fundação de institutos voltados a uma assistência obstétrica de modo gratuito, como a Maternidade Municipal que viria a ser a Santa Casa de Misericórdia, a qual “impactou as vivências do parto portas afora para jovens crioulas escravizadas. Na década final do regime,

muitas delas deram à luz a seus bebês ingênuos nestes estabelecimentos criados para servirem aos interesses dos médicos e às demandas dos senhores” (TELLES, 2018, p. 170).

É digno de nota que as mulheres escravizadas desconfiavam das técnicas e práticas médicas, associando fins drásticos a estes procedimentos. Os saberes que elas possuíam sobre partos difíceis diferenciava-se em muito do que era aplicado pela medicina, fator este que acarretava em severo desconforto e temor nas parturientes, ensejando maiores tensões no parto. Circunstâncias como o uso do fórceps¹² mediante coação provocavam pavor nas mulheres, que muitas vezes eram contidas por outras pessoas para que o médico utilizasse o instrumento de maneira forçada (TELLES, 2018). Diferentemente do tratamento das mulheres negras, quando se tratava de brancas, as práticas médicas obstétricas buscavam - para o uso do fórceps, que era proposto e não imposto - “posições que proporcionassem bem-estar e comodidade à parturiente” (TELLES, 2018, p. 184).

O fórceps entrou em cena com a atuação dos médicos nos partos - a utilização desse instrumento propagava-se e as consequências de seu mau uso eram sentidas pelas mulheres. Infecções (causadas, também, pela falta de desinfecção das mãos e do material), lacerações no trato ginecológico, morte de fetos, passaram a ser cada vez mais comuns com a banalização do uso desse instrumento.

Como leciona Telles (2018), o clorofórmio e o éter passaram a ser utilizados pelos médicos como forma de atenuar as dores do parto - ou seja, como forma de anestésicos. Essa analgesia era utilizada nas mulheres brancas, apenas em raras ocasiões o uso se fazia nas mulheres negras:

[...] nas sociedades escravistas ao sul dos Estados Unidos, os médicos compartilhavam e reforçavam as concepções eivadas no racismo científico de que as mulheres brancas, descendentes dos povos europeus considerados civilizados, eram mais suscetíveis à dor e a partos difíceis que as escravizadas, africanas e descendentes, consideradas selvagens e insensíveis à dor. Em direção semelhante, José Cordeiro, em tese defendida na faculdade do Rio de Janeiro em 1876, intitulada *Do emprego dos anestésicos durante o trabalho de parto*, argumentou que seu uso entre as mulheres brancas “civilizadas” tornava-se imprescindível, devido às transformações sofridas por seus corpos - envolvendo vida sedentária, luxos e maus hábitos higiênicos - que as afastavam da natureza e as predisponham aos partos dolorosos. Estas ideias também foram divulgadas em outra tese defendida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, intitulada ‘*Do parto e de suas consequências na espécie negra*’. Em 1887, Justo Ferreira dissertava acerca da pretensa relação entre raça, gênero, estado de civilização e a suposta menor suscetibilidade a partos difíceis e dolorosos entre mulheres negras africanas e descendentes (TELLES, 2018, p. 189-190, grifo da autora).

¹² Instrumento em formato de pinça arredondada, colocado ao redor da cabeça do feto para promover a sua extração.

Novamente, há o aparecimento do conceito imagético construído à época dos viajantes: o da mulher negra que é selvagem, não aproximada de Deus e que não sente dor. Infelizmente, como será visto em momento posterior, este cenário da negação de analgesia às mulheres negras é uma problemática que ocorre até os dias atuais, tendo por raízes históricas todos esses contextos apresentados.

Todo o exposto demonstra os esforços preconceituosos de atribuir às mulheres negras a força reprodutiva para que, posteriormente, pudesse ser explorada a força laboral de suas proles. O maternar por amor e devoção era atribuído apenas às mulheres brancas europeizadas. Como resta nítido, a medicina seguia as convicções do racismo científico. Todo o arcabouço das teorias de hierarquia racial que rebaixavam mulheres africanas e descendentes à condição animalesca reflete, inclusive, no tratamento atribuído na assistência ao parto - as objetificações de seus corpos, a incidência de práticas médicas forçadas, a retirada de autonomia de seus próprios corpos diante da supressão de seus saberes e experiências, entre outras muitas ocorrências de violências que não se limitam ao campo obstétrico.

CAPÍTULO 2 - A INJUSTIÇA EPISTÊMICA E A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO DA PESSOA GRÁVIDA

Eu pari treze filhos e vi a maioria deles ser vendida para a escravidão, e quando eu clamei com a minha dor de mãe, ninguém a não ser Jesus me ouviu! E não sou uma mulher?

(Sojourner Truth)

Para adentrar aos fatores que permeiam a ocorrência de violência obstétrica, no presente capítulo será conceituada a teoria da injustiça epistêmica, cunhada por Miranda Fricker (2007), para explicar como a ocorrência desse tipo de violação de direitos está diretamente conectada às disparidades de gênero, raça, classe e saberes dentro da relação médico-paciente. Para além da violência obstétrica ter como causa as injustiças epistêmicas, estas não somente propiciam a violência obstétrica, como também são barreiras constantes às mobilizações pelo direito ao parto respeitoso e humanizado.

O conceito de injustiça epistêmica foi proposto pela filósofa inglesa Miranda Fricker, e, em suma, caracteriza-se por ‘‘uma exclusão danosa da participação de uma pessoa, ou de um grupo de pessoas, na produção, disseminação e manutenção de conhecimento’’ (GABRIEL; SANTOS, 2020, p. 2). Nesse sentido, a uma pessoa ou a um grupo atribui-se menor reconhecimento em suas vozes, enquanto, a outra ou a outro grupo, atribui-se uma maior autoridade epistêmica.

Em outras palavras, isso significa dizer que, por algum(ns) fator(es), indivíduos ou coletivos podem ter seus saberes anulados, suas demandas não escutadas e suas dores suprimidas, sendo reduzidos de tal forma que não gozam de credibilidade social para aquilo que se discute. Para identificar uma injustiça epistêmica, Kidd, Medina e Pohlhaus, Jr. colocam alguns questionamentos que podem ser realizados:

Na era da informação e da comunicação, problemas de desinformação e erros de comunicação são mais iminentes do que nunca. **Quem tem voz e quem não tem? As vozes estão interagindo com igual agência e poder? Nos termos de quem estão se comunicando? Quem está sendo entendido e quem não está (e a que custo)? Em quem se acredita? E quem está até mesmo sendo reconhecido e engajado?** A injustiça epistêmica refere-se àquelas formas de tratamento injusto que se relacionam às questões de conhecimento, compreensão e participação em práticas comunicativas (KIDD; MEDINA; POHLHAUS, JR, 2017, p. 1, tradução nossa, grifo nosso).

A partir disso, é possível compreender as variadas formas de distribuição desigual de poder político e social tendo em vista os preconceitos de identidade que fazem com que esse fenômeno culmine na ocorrência de violências em face das chamadas minorias sociais¹³. Estas minorias, por vezes, são lidas como menos capazes - ou, até mesmo, incapazes - de contribuir para uma “troca epistêmica” (GABRIEL; SANTOS, 2020, p. 2).

Ainda, Fricker (2007) subdivide a injustiça epistêmica em duas categorias: injustiça testemunhal e injustiça hermenêutica. Como será visto, na testemunhal, um preconceito de identidade é capaz de descredibilizar o testemunho de um sujeito, simplesmente por este pertencer a um grupo categorizado no imaginário social como indigno, inferior. Já na hermenêutica, determinados indivíduos que sofrem marginalização social e política ficam impossibilitados de comunicar sobre as violências que sofreram de forma que possam ser compreendidos, isso porque sequer haveria um termo para expressar suas experiências.

2.1. Injustiça testemunhal

Na injustiça do tipo testemunhal pode haver dois cenários. No primeiro, “o preconceito resulta no orador recebendo maior credibilidade do que teria em um contexto diverso - uma credibilidade excessiva”; no segundo, resulta no orador “recebendo menos credibilidade do que teria em contexto distinto - um déficit de credibilidade” (FRICKER, 2007, p. 17, tradução nossa). Nesse sentido, um preconceito¹⁴ tende a influenciar prontamente na credibilidade atribuída à fala de um indivíduo, seja na atribuição exacerbada ou na deficitária, e, por vezes, o preconceito será fator suficiente para atravessar o limiar da crença e aceitação.

Quando se trata da credibilidade atribuída às minorias sociais, a atribuição tende sempre a ser deficitária. Nesse cenário, o preconceito do ouvinte em relação ao orador causa àquele o desperdício da oportunidade de conhecer um diferente saber. No entanto, quando se atribui credibilidade em excesso a alguém, o cenário também pode ser desvantajoso. Por exemplo, quando um médico sem qualificação específica em um determinado ramo da medicina é perguntado sobre algo desse ramo, um paciente assume que, por ser aquele indivíduo um médico, estaria este em posição de prover informações confiáveis - porém, pela falta de especialização, as informações não são precisas como seriam as de um especialista, mas, para

¹³Aqui, o conceito de minorias sociais é aquele defendido por Muniz Sodré (2005, p.1), “é o de um lugar onde se animam os fluxos de transformação de uma identidade ou de uma relação de poder”. As minorias, portanto, devem ser entendidas como aquelas que não aceitam os lugares que a elas foram determinados, traçando uma luta contra hegemônica.

o ouvinte, aquele indivíduo é digno de muito crédito pela posição que assume enquanto profissional da medicina.

Ademais, para compreender como uma injustiça testemunhal pode ocorrer, Fricker (2007) discorre sobre a operação de poder, que está conectada àquilo que se compreende como preconceito de identidade. Nesse sentido, a injustiça testemunhal ocorre quando se tem um cenário em que um preconceito influencia na “capacidade de um sujeito de comunicar conhecimento, por conta de uma atribuição deficitária de credibilidade por parte de outro sujeito” (GABRIEL; SANTOS, 2020, p. 2). Esse déficit de credibilidade relaciona-se com a operação do poder de identidade - ou seja, determinados agentes sociais possuem em comum certa convicção preconceituosa acerca, por exemplo, do gênero feminino; o preconceito de identidade que esses agentes possuem faz com que estes vejam as mulheres como dignas de menor credibilidade quando expressam suas experiências e testemunhos.

2.1.1 Operação de poder

De acordo com Fricker (2007), o poder pode ser operacionalizado de forma passiva ou ativa. Ativa, quando um indivíduo que é atribuído de um determinado poder opera este ativamente - como, por exemplo, quando um guarda de trânsito aplica uma multa em alguém que estacionou em local proibido. Passiva, quando, por influência desse poder atribuído a um indivíduo, outra pessoa age de forma condizente com as regras para não ser multada.

Ainda, “em sendo o poder uma capacidade, e uma capacidade persiste através de períodos quando não estão sendo realizados, o poder existe mesmo quando não está sendo realizado na ação” (FRICKER, 2007, p. 10, tradução nossa). Deste modo, ainda que um poder esteja ocioso/inoperante em determinado momento, não deixa de existir, exatamente por se tratar o poder de uma capacidade, que não cessa com a inoperância. Nesse sentido, Fricker (2007) diferencia a mera capacidade social do poder, observando que os indivíduos possuem habilidades que não estão envoltas pela esfera do poder, como, por exemplo, a capacidade de descontar um cheque em um banco - essa atividade depende da coordenação prática com os agentes sociais envolvidos no procedimento bancário e situa-se como uma mera habilidade social. Para diferenciar situações em que há mera capacidade social daquelas em que há poder em ação, Fricker (2007) define que a concepção de poder social seria:

Uma capacidade praticamente socialmente situada para controlar as ações dos outros, em que esta capacidade pode ser exercida (ativa ou passivamente) por determinados agentes, ou, alternativamente, pode operar de forma puramente estrutural. Embora

tendamos a usar a noção de poder social como um conceito de protesto - em geral, nós reclamamos por poder somente quando queremos nos opor - a concepção proposta reflete o fato de que a própria ideia de poder social é, em si, mais neutra do que isso, embora nunca seja tão neutra quanto a mera ideia de capacidade social. É correto, então, permitir que um exercício de poder não precisa ser ruim para ninguém. Por outro lado, a colocação da noção de controle como questão central leva à inflexão crítica apropriada: **onde quer que o poder esteja em ação, devemos estar prontos para perguntar quem ou o que está controlando quem, e por quê** (FRICKER, 2007, p. 13, tradução nossa).

Assim, sendo o poder uma capacidade e estando este sendo posto em prática, é necessário que se realize o questionamento sobre quem ou o que está exercendo o poder e quem está sendo influenciado, bem como buscar a compreensão dos porquês.

2.1.2 Poder de identidade

Fricker (2007) explicita uma forma de poder social que requer não somente uma coordenação social prática, mas também, uma identificação presente no imaginário social. Isto é, algumas operações de poder são dependentes dos agentes sociais possuírem em comum certas concepções de identidade social; concepções estas que são existentes no pensamento majoritário de uma sociedade, como, por exemplo, “o que é ou significa ser uma mulher ou um homem, o que é ou significa ser homossexual ou heterossexual, novo ou velho, e assim por diante” (FRICKER, 2007, p. 14, tradução nossa).

O poder de identidade, do mesmo modo que o poder social, pode ser ativo ou passivo - a questão, aqui, é que esse tipo de poder, para entrar em ação, depende daquilo que está presente no imaginário social. Como exemplo, cita-se o exercício do poder de identidade em relação ao gênero. Um homem, em razão de sua própria posição como homem - e tendo em vista a inserção em uma sociedade patriarcal -, pode utilizar-se disso para influenciar o comportamento de uma mulher. Fricker (2007) utiliza como exemplo uma passagem do filme “O talentoso Ripley”, na qual a personagem Marge expressa sua suspeita sobre Ripley ser o assassino e tem sua desconfiança prontamente silenciada pelo personagem Greenlaf, que diz: “Marge, existe a intuição feminina, e depois há os fatos”. Essa fala representa um exercício ativo do poder de identidade - isso porque o personagem atinge seu objetivo, que é silenciar Marge e esse silenciamento ocorre exatamente por uma concepção presente no imaginário social: a da “feminilidade como insuficientemente racional, porque seria excessivamente intuitiva” (FRICKER, 2007, p. 15, tradução nossa).

Esse exemplo retrata o poder de identidade ativo, em que houve o silenciamento da mulher em decorrência de uma fala repreensiva do personagem masculino. No entanto, o poder

de identidade passivo também pode ser exercido. Na configuração de uma sociedade patriarcal, há um nítido desnível de forças quando se trata da discussão de gênero. Isso porque à performance da masculinidade e ao exercício do poder masculino foram construídos e atribuídos papéis de dominação. Nesse sentido,

Tanto a masculinidade quanto a feminilidade são socialmente construídas. Sobre o sexo biológico são criadas demandas culturais que indicam os papéis que devem ser desempenhados pelos gêneros masculino e feminino, bem como a relação que serão estabelecidas entre eles. **As relações de gênero não ocorrem de maneira igualitárias e simétricas. Elas são permeadas por relações de poder e dominação dos homens sobre as mulheres** (NADER; CAMINOTI, 2014, p. 1, grifo nosso).

Diante de uma construção social que reprime as vozes, vontades, os pensamentos, anseios, prazeres femininos, pode-se ter um cenário em que o poder de identidade será exercido de forma passiva. Como propõe Fricker (2007), basta que se imagine um contexto em que a dominação do poder masculino é tamanha que faz com que as mulheres sejam ensinadas que jamais podem falar algo que contrarie a palavra de um homem. Diante desse contexto, uma mulher é silenciada sem que seja necessário que um homem faça isso de modo ativo, ela se cala diante das situações por estar presente no imaginário que a palavra dela não possui legitimidade para contrariar a de um homem. Assim, um homem nada precisaria dizer para silenciar uma mulher, o mero fato de ser homem e expressar seu pensamento faria com que uma mulher ali presente se abstinhasse de qualquer fala que pudesse contrariar aquilo que foi por ele falado - essa situação, portanto, demonstraria o exercício do poder de identidade passivo.

Para a operação do poder de identidade, todas as partes envolvidas precisam “compartilhar as concepções coletivas do que é ser um homem e o que é ser uma mulher, em que tais concepções equivalem a estereótipos (que podem ou podem não ser distorcidos) sobre a respectiva autoridade de homens e mulheres nesse ou naquele tipo de assunto” (FRICKER, 2007, p. 15, tradução nossa). Ainda, o poder de identidade não implica em uma aceitação consciente do estereótipo como uma verdade absoluta, isso porque uma mulher pode estar ciente de como um estereótipo de gênero pode ser utilizado para silenciá-la e, ainda assim, mesmo consciente, ser silenciada:

As concepções de diferentes identidades sociais que são ativadas em operações de poder identitário não precisam ser mantidas no nível da crença no sujeito ou no objeto, pois o *modus operandi* primário do poder identitário está no nível da imaginação social coletiva. Consequentemente, ele pode controlar nossas ações, mesmo apesar de nossas convicções (FRICKER, 2007, p. 15, tradução nossa, grifo da autora).

Para além disso, o poder de identidade, de modo geral, não aparece sozinho, mas em conjunto com outras formas de poder. Isso porque essa forma de poder se configura como um dos modos de identificação social e essas categorias de identificação estão atreladas a concepções de classe, gênero, raça, etnia, etc. Portanto, uma situação em que há uso do poder de identidade pode estar permeada por outras formas de poder que podem ser pautadas em mais de uma desigualdade social, como a disparidade financeira que pode levar a tratamentos desiguais para com pessoas de classes sociais distintas.

2.1.3 Injustiça hermenêutica

Em decorrência das marginalizações e discriminações que sofreram - e ainda sofrem - muitos grupos que compõem a sociedade, houve uma “participação desigual [...] na construção e revisão de recursos epistêmicos centrais para nossa vida em comunidade” (GABRIEL; SANTOS, 2020). Esse fenômeno de segregação de minorias sociais implicou - e ainda implica - em uma menor atribuição de credibilidade a essas pessoas. Ocorre que esse déficit de confiabilidade torna os testemunhos desses indivíduos prejudicados, ou seja, ao tentar comunicar um saber ou uma situação, há o silenciamento, apagamento ou a desacreditação do testemunho impulsionados pelos preconceitos.

Para evidenciar esse tipo de injustiça, Fricker (2007) exemplifica a preocupação do movimento feminista para com as relações de poder que oprimem as próprias capacidades e noções das mulheres para entender as experiências às quais são submetidas, assim:

[...] as pessoas dominadas vivem em um mundo estruturado por outros para seus propósitos - propósitos estes que não são os nossos próprios e que são, em geral, inimigos do nosso desenvolvimento e até mesmo da nossa existência.

[...] grupos dominados experienciam uma série de inversões, distorções e apagamentos que podem tornar-se epistemologicamente constitutivo (HARTSOCK, 1998, p. 297-298, tradução nossa).

Para exemplificar como a dominação sobre os indivíduos pode provocar apagamentos e, para além disso, criar lacunas de compreensão sobre as próprias experiências enfrentadas, Fricker (2007) revisita o testemunho de uma mulher que, ao final da década de 1960, relatou o narrado abaixo sobre um *workshop* universitário que tratava das questões médicas e sexuais das mulheres:

Wendy Sanford, nascida em uma família republicana de classe alta, estava enfrentando a depressão após o nascimento de seu filho. Sua amiga Esther Rome, uma

seguidora da tradição judaica ortodoxa, a levou à segunda sessão do MIT. Wendy tinha mantido distância de grupos políticos. ‘Eu entrei na sala’, lembra ela, ‘e estavam falando sobre masturbação. Eu não disse uma palavra. Eu estava chocada, estava fascinada. Em uma sessão posterior, uma pessoa me fez uma demonstração de amamentação. Aquilo não me chocou, mas depois nos dividimos em grupos pequenos. Eu nunca havia me ‘dividido em um pequeno grupo’ na minha vida. No meu grupo, as pessoas começaram a falar de depressão pós-parto. Naquele período de quarenta e cinco minutos, me dei conta de que aquilo que eu estava me culpando e o que meu marido tinha me culpado, não era uma falha pessoal. Era uma combinação de elementos fisiológicos e uma coisa social, o isolamento. Aquela realização foi um daqueles momentos que fazem de você uma feminista para sempre. (BROWNMILLER, 1990, p. 182 apud FRICKER, 2007, p. 149, tradução nossa).

Esse é um relato que demonstra a revelação sobre a depressão pós-parto para uma mulher que estava sofrendo com o transtorno, mas não a compreendia como tal (e sequer saberia dar nome àquilo que enfrentava), porque, coletivamente, não era compreendida.

Naquele momento em que Wendy percebe que sua condição não é algo que acontece por sua culpa, mas sim uma circunstância advinda de fatores fisiológicos e sociais, conforme expõe Fricker (2007) é não somente um avanço hermenêutico, mas também a superação de uma injustiça epistêmica.

Além desse exemplo, Fricker (2007) também cita o caso de Carmita Wood, uma mulher de 44 anos à época dos fatos, funcionária durante oito anos do departamento de física nuclear da Universidade de Cornell, Estados Unidos. Um superior de Wood cometeu assédio sexual contra ela. No entanto, naquele momento, não existia o termo “assédio sexual” como caracterizador da situação vivenciada, ou seja, havia uma lacuna conceitual que impedia que Wood pudesse comunicar a um indivíduo ou à coletividade o que o superior havia feito:

Por conta da marginalização social e política e, por consequência, da participação historicamente desigual das mulheres na elaboração e na revisão de conceitos-chave para explicar experiências cotidianas, Carmita não tinha as ferramentas necessárias para explicar para as demais pessoas (inclusive aquelas que eram relevantes para os trâmites de seu seguro desemprego) como sua experiência fora degradante. Assim, havia, em um nível interpretativo ou hermenêutico naquela comunidade, uma situação em que um grupo marginalizado não poderia tornar suas experiências conhecidas, justamente por conta de sua marginalização. Quando há casos em que uma marginalização política e social obscurece a expressão das experiências desses grupos marginalizados, temos o que Fricker chama de uma injustiça hermenêutica (GABRIEL; SANTOS, 2020, p. 3).

Deste modo, as construções desiguais de poder nas sociedades, que levam aos preconceitos de identidade, ao atribuírem maior ou menor credibilidade a um indivíduo ou a um grupo e ao negarem espaço para construção de conceitos de experiências vivenciadas pelas minorias, criam lacunas conceituais/hermenêuticas, que fazem com que a comunicação das vítimas e o entendimento coletivo sejam prejudicados.

2.2 A injustiça epistêmica na violência obstétrica

Tratando da injustiça epistêmica na área da medicina, Havi Carel e Ian James Kidd (2017) elucidam haver assimetrias epistêmicas e relações de poder desiguais na relação médico-paciente¹⁵. Essas assimetrias privilegiam o conhecimento que advém da medicina em detrimento de saberes que podem ter a(o) paciente em decorrência de suas experiências.

Carel e Kidd (2017, p.337) defendem que problemas epistêmicos dentro da lógica dos sistemas de saúde podem resultar em prejuízos (epistêmicos ou não) aos pacientes, “que não são ‘ouvidos’, ou tratados como sujeitos de conhecimento” e isso pode implicar em danos ao tratamento e aos cuidados. Isso ocorre porque, em geral:

No caso de pacientes, supõe-se que elas ou eles não tenham o treinamento e a experiência necessária para serem incluídas(os) nos processos de decisão clínica - assim, sua opinião passa a ser vista como irrelevante. **A paciente é, no máximo, uma informante pouco confiável, sendo tipicamente vista como objeto de estudo e não como sujeito participante nas práticas epistêmicas de tomada de decisão [...]** (GABRIEL; SANTOS, 2020, p. 4, grifo nosso).

Trazendo a análise da injustiça epistêmica para o campo da obstetrícia, pode-se apontar uma série de práticas médicas realizadas com base em preconceitos.

De início, há que se pontuar que as próprias conceituações de práticas como “violência obstétrica” podem ser entendidas como início de superação de injustiças epistêmicas do tipo hermenêutica. Isso porque a imagem do parto como um ato permeado por dor e sofrimento instaurou no imaginário social uma normalização do sofrimento experimentado por parturientes, sem que as vítimas pudessem reconhecer que estavam passando por situações de violência atravessadas por intervenções desnecessárias e sem respaldo científico. Um exemplo clássico de intervenção realizada sem indicação ou situação de emergência que a requeira é a cesárea. Esta, trata-se de intervenção cirúrgica que deveria ter sua utilização restrita a casos de partos de alto risco e situações emergenciais¹⁶. No entanto, o que se vê na prática é a utilização

¹⁵ Importante ressaltar que a hierarquia epistêmica também está presente entre os próprios profissionais da saúde. Os conhecimentos de profissionais de outras esferas que não a da medicina, como os da área da enfermagem, fisioterapia, psicologia, etc., podem ter seus saberes menosprezados, também implicando no acontecimento de injustiças epistêmicas.

¹⁶ Importa destacar que algumas justificativas dadas por profissionais da medicina como indicação de cesárea não possuem respaldo científico, como, por exemplo, a indicação por conta de circular de cordão (cordão umbilical enrolado no pescoço do feto), a ausência ou “pouca” dilatação do colo do útero, parturiente abaixo ou acima do peso, entre outras. As indicações absolutas de cesarianas não são tão comuns e a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que apenas 10 a 15 por cento das parturientes precisarão dessa intervenção. Ver mais em: OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível

rotineira dessa via, sob o discurso de “ser a forma segura e sofisticada de dar à luz, de proteção aos riscos e a imprevisibilidade do parto” (BORGES, 2020, p. 10).

Chama-se cesárea eletiva a utilização do procedimento cirúrgico sem motivação médica que indique essa via em detrimento do parto vaginal. A predileção pela cesárea tem motivações controversas, isso porque as parturientes estão expostas a riscos muito altos por tratar-se de procedimento cirúrgico: como hemorragias, maior chance de infecção após o parto, longos períodos de internação e índices de mortalidade materna maiores em comparação às mortes no parto vaginal. Além disso, a cesárea também pode trazer prejuízos para a criança recém-nascida - estudos demonstram que bebês nascidos pela via cesariana possuem cinco vezes mais chances de desenvolverem problemas respiratórios do que os nascidos de parto vaginal (BORGES, 2020, p. 11).

Nesse sentido, a alta incidência de cesáreas eletivas caracteriza a situação como violência obstétrica e pode ser entendida como uma injustiça epistêmica. Isso porque, em geral, as pacientes atribuem grande credibilidade às indicações de profissionais da medicina:

Muitas vezes, embora as gestantes prefiram o parto normal, são submetidas ao parto cirúrgico. São muitos fatores que levam à anulação da vontade da mulher, e o **principal deles é a soberania médica.**

Existem razões pelas quais os médicos tenham preferência pela operação, como os honorários e o controle de todo o processo de parto. **A violência acontece quando os interesses dos médicos se sobrepõem à vontade das mulheres e interferem na decisão sobre a via de parto.**

A **falta de informação** leva ao aceite por uma falsa indicação de cesárea (BORGES, 2020, p. 11, grifo nosso).

O déficit informacional ocasiona danos epistêmicos. Não se pode dizer que uma cesárea eletiva foi uma escolha de uma gestante quando o que se tem é a ausência de informações e instruções sobre os prejuízos e riscos de uma intervenção cirúrgica desnecessária. Em geral, a cesárea é indicada sem qualquer necessidade, apenas para atender aos interesses médicos e estes profissionais utilizam-se de sua posição hierarquicamente entendida como “superior” para influenciar e induzir as gestantes a entenderem a cesárea como a “forma segura” de parir. O medo da dor e do sofrimento são alguns dos artifícios utilizados para induzir a gestante à via da cesárea:

O processo de parturição é algo fisiológico, por isso, a dor causada pelo trabalho de parto logo é suportável e não está relacionada a um evento patológico.

Cada indivíduo possui a sua própria percepção de dor, ou seja, cada pessoa pode perceber a mesma dor de uma forma e intensidade diferentes. Durante o trabalho de parto, é fundamental sentir dor e, para tanto, é importante saber de onde ela vem e por que acontece.

[...] **O que pode intensificar ainda mais a dor do trabalho de parto é a violência obstétrica**, que se manifesta mediante intervenções desnecessárias, como a indução por ocitocina, ou até mesmo abusos verbais. Essas condutas podem agravar uma dor fisiológica, **transformando-a em um sofrimento traumático** (BORGES, 2020, p. 26-28, grifo nosso).

Assim, diante de um quadro em que não há informação e suporte suficientes às parturientes, muitas conformam-se com a cesárea acreditando que não precisarão experimentar dores e sofrimentos, mas acabam deparando-se com um procedimento cirúrgico desnecessário e de maiores riscos. O acesso à informação, à boa instrução sobre a via de parto normal, o acolhimento e suporte emocional por parte da médica, são, portanto, o início de uma ruptura com uma injustiça epistêmica que privilegia o saber médico como hegemônico.

Para além disso, pontua-se que o racismo institucional é uma realidade no âmbito da obstetrícia. Como exposto no primeiro capítulo, as mulheres negras, historicamente, tiveram sua força reprodutiva explorada como forma de manutenção ao sistema escravista; e a imagem atribuída a elas era a de que eram “selvagens”, que não sentiriam dor. Essa falácia da mulher negra como biologicamente capaz de suportar dores em níveis maiores do que as mulheres brancas, atrelada ao racismo institucional nas instituições de saúde, implica em negativas/dificuldades de acesso à analgesia nos partos de muitas mulheres pretas e pardas:

Particularmente perversa, ao mesmo tempo que reveladora quanto aos impactos da desigualdade de raça/cor, é a constatação quanto à menor aplicação de analgesia para os grupos étnico-raciais mais discriminados. [...] Os resultados das mulheres brasileiras, mesmo após controle para variáveis sociodemográficas, indicam um menor uso de analgesia nas mulheres pretas. Uma década atrás, em estudo em maternidades do Rio de Janeiro, Leal et al. também evidenciaram uma menor oferta de procedimentos anestésicos no parto vaginal para mulheres pretas e pardas, com menores proporções ainda para as de menor escolaridade (LEAL et al., 2017, p. 10).

Não somente o preconceito racial influencia no acesso à analgesia durante o parto para as mulheres pretas e pardas, como também na menor atenção que estas recebem no pré-natal - menor número de consultas e exame e menor recebimento de orientação em comparação às mulheres brancas (LEAL et al., 2017). Nesse sentido, pode-se dizer que as mulheres negras enfrentam uma injustiça do tipo testemunhal, em que há negligência médica para com a dor e necessidades das gestantes em decorrência de um preconceito advindo de uma história marcada pela opressão e exploração das pessoas pretas. Ou seja, o tratamento experienciado pelas

mulheres negras tende a sofrer atribuição deficitária de credibilidade aos testemunhos destas, com inobservância às práticas essenciais à condução da gestação e do parto.

Diante do exposto, pode-se afirmar que o ramo da obstetrícia é permeado por práticas que se revelam como injustiças epistêmicas, tanto do tipo testemunhal quanto do hermenêutico. No presente trabalho, não há a pretensão de esgotar as práticas que podem ser enquadradas como injustiças epistêmicas, mas sim evidenciar como um processo histórico marcado pelo crescente aumento da medicalização do parto e perda da autonomia da mulher culminam na existência de atribuições deficitárias de credibilidade às gestantes e parturientes e na persistência da ocorrência de violência obstétrica.

2.3 Do Domicílio Ao Hospital: a intensificação da medicalização do parto

2.3.1 Os corpos femininos como objetos da ciência médica

Diferente do que se possa pensar em um primeiro instante, a medicalização do corpo feminino não é um processo vinculado apenas a aspectos biológicos. Para pensar nos corpos das mulheres como objetos para a medicina, é necessário compreender que, para além das condições orgânicas, também há a questão social do gênero. Como exposto no primeiro capítulo, o ser-mulher no Ocidente passou por transformações ao longo da história e, especificamente, a força reprodutiva esteve atrelada ao papel social do sexo biológico feminino.

No contexto de constituição de uma sociedade capitalista, surge a medicalização do corpo ao passo em que a ciência médica se consolida como um saber científico (VIEIRA, 2002). O estabelecimento de uma medicina higienista (ou seja, focada na higiene pública), para além do campo da obstetrícia e da ginecologia, também promovia uma ampliação da prática médica com o oferecimento - e consumo - de assistência médica individualizada:

A medicina, a partir de então, irá se caracterizar por uma penetração cada vez maior na sociedade, como objeto de reflexão e prática e como **apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado** (Machado et al., 1978). Segundo Foucault (1980b), ao final do século XVII surgem na sociedade ocidental os dispositivos que **tratarão a sexualidade e a reprodução de uma forma política na emergência da sociedade capitalista e dos Estados nacionais**. O controle desempenhado pela higiene durante a urbanização constituiu-se em um marco dessa penetração. Os dispositivos higiênicos estenderam-se dos espaços comuns e públicos à interioridade dos lares, no projeto maior de higienização da família e de seus membros, particularmente das mulheres e crianças (VIEIRA, 2002, p. 21-22, grifo nosso).

Importa ressaltar que, nesse cenário, a epistemologia positivista está em vigor. O pensamento engendrado por Auguste Comte implicava na leitura do mundo social a partir das

ciências da natureza, por isso, a medicina assume o papel de instrumento a “solucionar” problemáticas sociais. Como ressalta Vieira (2002), a problemática da demografia, agora, se transformaria em uma questão atrelada à natureza ginecológica-obstétrica.

Há, portanto, a ampliação da atuação do médico que “também se transforma em educador e guardião da moral e dos costumes, à medida que o projeto de higienização se amplia e passa do espaço público das cidades à interioridade dos lares” (VIEIRA, 2002, p. 22). É nesse panorama da legitimação dos discursos médicos como autoridades do saber que se insere a medicalização do corpo feminino, envolta em valores morais patriarcais.

2.3.2 Discurso médico e controle social dos corpos das mulheres

Como visto anteriormente, no Brasil, a atuação dos médicos nos partos foi dada de forma lenta, tendo em vista a força que as parteiras populares possuíam. Por isso, as investidas em propagandas pró-medicina - que se iniciaram ainda no século XIX - intensificaram-se nos primeiros momentos do século XX. Os anúncios propagavam explicações que atrelavam o parto hospitalar a vantagens e maior segurança:

Ao mesmo tempo, o parto começava a ser visto cada vez mais como um evento médico e potencialmente perigoso, passível de intervenções que diminuíssem seu sofrimento. A partir da década de 1930, o desenvolvimento tecnológico da medicina e, em especial, a visão do hospital como seu principal centro de atuação, fez com que maternidades, clínicas médicas e hospitais passassem a ser vistos como os locais ideais e mais seguros para o parto. No entanto, **foi necessária a construção de argumentos que justificassem a mudança de local e a presença do obstetra**. Para dar conta dessa tarefa, **os periódicos de obstetrícia contribuíram com a difusão de uma nova argumentação sobre a natureza do parto e, por conseguinte, dos corpos das mulheres** (SILVA et al., 2019, p. 173-174, grifo nosso).

Dentre as justificativas utilizadas, ainda que não negassem que o parto seria uma atividade fisiológica natural, a ciência médica buscava métodos e instrumentos que pudessem diminuir o tempo do trabalho de parto, bem como reduzir suas dores. A ideia de que o parto proporcionava “sofrimentos e traumatismos” e “estaria sujeito a tantas e tão frequentes complicações que constituiria, por si só, um risco” (SILVA et al., 2019, p. 174) passou a ser difundida ao passo em que o discurso médico atribuía ao parto humano e à mulher impedimentos para que o ato de dar à luz pudesse ser feito de modo natural e, por isso, seria imprescindível que houvesse ali a figura do médico obstetra.

Esse plano exemplificativo insere aquilo que passaria a ser cada vez mais incisivo e determinante: o controle social - a partir do discurso médico - da sexualidade e da

reprodução da mulher. A medicalização, portanto, deixa de lado o corpo masculino (ainda que essas questões também sejam inerentes a este) e dá enfoque ao feminino, como objeto de entendimento da ciência médica:

Autores que analisaram o discurso médico sobre a mulher apontam para a higiene, a psiquiatria e a medicina legal como áreas nas quais este mais se desenvolve como **discurso disciplinador** (Costa, 1979; Nunes, 1982; Vainfas, 1985). Entretanto, não fazem referência à articulação do discurso médico com o desenvolvimento da prática de cuidados com o corpo feminino, como área do conhecimento que se consolida no século XIX. Essa articulação não pode ser ignorada, porque o **desenvolvimento da tecnologia de intervenção nesse corpo significa exercer apropriação médica dele como objeto de saber. Isto porque a prática médica é, sobretudo, uma prática intervencionista**, e mais que um discurso disciplinador sobre os corpos, teremos nessa área, ao estender sua jurisdição, **a efetivação da apropriação**. (VIEIRA, 2002, p. 23, grifo nosso).

A partir da aproximação dos médicos para com o parto, desenvolveu-se a obstetrícia e este foi o primeiro passo para o desenvolvimento de outros campos médicos que também surgem com o anseio de ocupar-se do corpo feminino. São exemplos os campos da ginecologia, embriologia e da contracepção - todos estão, de algum modo, atrelados ao sistema reprodutor feminino. Assim, houve aperfeiçoamento de técnicas que buscavam reduzir a mortalidade de mulheres e crianças nos partos; na realidade prática, de fato, foram obtidas mudanças relativas aos riscos do parto.

No entanto, ainda que o fator redução de mortalidade pareça atribuir apenas ganhos às mulheres, para compreender as implicações da medicalização do corpo feminino, não se pode deixar à margem a retomada da análise dos aspectos políticos da medicina. Como elucida Vieira (2002, p. 26), nesse contexto, tem-se a elaboração de teorias médicas positivistas que compõem a intervenção no corpo feminino como uma estratégia social, reduzindo este às suas funções biológicas: “o modelo médico em relação ao corpo feminino que se estabelece então, concordante com as normas sociais vigentes, implica que as mulheres só poderiam atingir uma vida saudável se estivessem sexualmente ligadas em matrimônio com finalidade reprodutiva”.

O fim do século XIX e o início do XX foram palco de significativas alterações no meio político-social brasileiro. Com a Proclamação da República e a abolição da escravidão, o país passava a adentrar uma configuração burguesa da sociedade. Cumulativamente a isso, com a migração dos ex-escravizados para as cidades e a transformação da organização dos núcleos urbanos, os raciocínios da ciência médica expunham uma necessidade de controlar a condição

sanitária dos espaços citadinos, bem como o asseamento de locais públicos e a estrutura da entidade familiar¹⁷ (VIEIRA, 2002).

Esse controle dos locais urbanos provoca uma alteração na visão do papel da mulher dentro do núcleo familiar. Esta, ainda que não deixe de ser submissa ao poder da figura masculina, passa a ser atribuída de responsabilidade exclusiva pelo ambiente doméstico. Ou seja, amplia-se no Brasil a concepção da mulher reduzida à figura materna. Assim, é a partir do discurso médico que elege a mulher como pessoa adequada para cuidados do lar que é reforçada a atribuição tão somente às mães do papel de responsabilização para com a prole. Salienta-se que a salvaguarda da infância passa a ser uma medida visada para coibir a mortalidade, disso decorre a insistência na imputação ao sexo biológico feminino à função de proteção.

Nesse cenário, a medicalização passa a conectar-se com interesses estatais - para além da questão de higiene pública, há a preocupação com o crescimento populacional desordenado que poderia inferir em riscos à manutenção do poder estatal, bem como à economia. A ciência médica passa a interferir, também, nesse cenário:

O discurso médico propõe a formação de um determinado tipo de indivíduo para o aprimoramento da população e melhoria da raça. Passa a existir, juntamente com a perspectiva da higiene pública, a preocupação em produzir indivíduos **física e moralmente adequados a um determinado projeto social**.

Como é necessário assegurar que a mulher não relaxe ou abandone suas funções tradicionais, criam-se para isso estatutos de anomalias potenciais em relação ao sexo feminino. Nesse processo, o poder do médico aumenta à medida que sua opinião torna-se soberana para os casos controvertidos. Mott (1988) cita o exemplo do aborto terapêutico que até 1870 era uma decisão médica que necessitava da autorização da mulher, mas que muitas vezes era também tomada junto aos familiares. A partir de 1880, **a decisão médica passa a ser soberana** (VIEIRA, 2002, p. 30, grifo nosso)

Retira-se da mulher qualquer resquício de autonomia sobre seu corpo. A incisividade do discurso médico atribui uma degeneração comum a todos os corpos femininos, inserindo uma concepção pautada na ideia de que estaria presente na “natureza feminina” a loucura e a degeneração moral, razão pela qual seria necessário retirar a capacidade autônoma da mulher, tornando-as indignas. Ou seja, a mulher é vista não como um sujeito, mas como um ser que necessita de tutela por, supostamente, estar na iminência de tornar-se uma ameaça. Nesse pensamento, o modelo ideal da mulher como mãe e esposa exerceria o controle sob essa loucura intrínseca à “natureza feminina”. Assim,

¹⁷ A entidade familiar a ser tratada com enfoque nesse contexto (ainda que se considere a existência de outras configurações de família à época) refere-se a um núcleo heteronormativo no qual a mulher é subjugada ao poder do marido.

É com base na ‘natureza feminina’, portanto, que se constrói o discurso médico-social, assim como se tenta entender a fisiologia desse corpo, realizando-se intervenções médicas que ampliarão o processo de medicalização do corpo feminino. As idéias da higiene social que evoluem a partir do final do século XIX irão se conformar em preocupações eugênicas nas primeiras décadas do século XX. É o que confirma Rossi (1926), ao se referir a Pinard, obstetra francês com intensa participação na medicalização do parto na França. Ao defender a puericultura intra-útero, o pré-natal, Pinard estaria também em defesa dos ideais da eugenia, que, segundo Rossi, nada mais seria do que o aperfeiçoamento físico e moral da espécie humana (VIEIRA, 2002, p. 31).

Deste modo, assim como já havia ocorrido na Europa ao tempo da caça às bruxas e com a intervenção dos discursos religiosos, agora, são as instituições médicas que moldam a concepção do ser-mulher reduzido ao seu aspecto reprodutivo. Às mulheres brancas são, por conseguinte, reforçados e aprofundados os estereótipos de uma devoção à maternidade e ao matrimônio a partir dos discursos das instituições médicas que agora, atrelando-se a interesses estatais, possuem força incisiva e prestígio social. No entanto, ao passo em que a medicina intenta intervir nos corpos femininos, também investe esforços em diferenciá-los a partir de critérios étnicos e socioeconômicos.

2.4 O parto como ato exclusivo da medicina no Brasil

2.4.1 As “naturezas femininas”

Como anteriormente exposto, as práticas obstétricas diferenciavam-se a depender de quem era a mulher a ser atendida. Como justificativa dessas distinções, o discurso médico passa a estabelecer conceitos de aproximação ou afastamento da “natureza”, assim, quanto mais “civilizada” (branca e economicamente abastada) fosse a mulher, menos aproximada da natureza - ou seja, menos “selvagem”:

José Belizário de Lemos Cordeiro (1876), em sua tese inaugural sobre o uso de anestésicos durante o parto normal, afirma que a urbanização e o progresso, que ele denomina civilização, criam para as mulheres ricas o hábito do luxo, do bem-estar, da cultura e da inteligência, aperfeiçoando-lhes a sensibilidade e propiciando maior disposição à dor [...]

Ao se referir às diferenças entre a mulher da corte e a da província, no ato de parir, declara que, no primeiro caso, o parto é laborioso e excessivamente doloroso; no segundo, o parto é mais rápido e, apesar de doloroso, o choque nervoso encontra um organismo que não se deixa abater (VIEIRA, 2002, p. 37).

Disto, infere-se que os discursos médicos eram alterados conforme se alterava a condição social da mulher. Não existiria, portanto, uma só “natureza” aplicada às mulheres,

mas várias delas. Ao passo em que a fragilidade, a necessidade de analgesia e a delicadeza eram atribuídas às mulheres europeizadas, às “menos civilizadas” eram impostos atributos de resistência à dor, menor vulnerabilidade e, conseqüentemente, menor merecimento de atenção médica.

2.4.2 A hospitalização do parto

A retirada de cena das parteiras leigas e a introdução dos médicos como detentores de saber sobre o parto provocam uma alteração no local em que ocorrem os nascimentos. À passagem do parto do domicílio para o hospital podem ser atribuídos ganhos na questão tecnológica, no entanto, a retirada de autonomia das mulheres sobre seu corpo e a possibilidade de ter ao seu lado o suporte de amigos e família desarticulou o ambiente de acolhimento que anteriormente se fazia ao redor da parturiente; no hospital, não se tinha a possibilidade de ter um acompanhante ao lado da mulher, sendo presente somente os profissionais da saúde (STORTI, 2004; VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Ao passo em que a ciência médica se desenvolvia, novas técnicas, medicações e ferramentas foram desenvolvidas para serem utilizadas na ginecologia e na obstetrícia. Os “avanços” são marcados por desencadarem o que se chama de patologização da gravidez - a produção de conhecimento retida na esfera da ciência médica provoca uma confecção de “tecnologias” tão somente intervencionistas. Nesse cenário, “o obstetra especialista domina o processo, dirigindo a gravidez e a gestante é percebida como ‘veículo’ de material obstétrico” (KRAKOWSKI, s.p.).¹⁸

Práticas intervencionistas como uso de fórceps, pelvímeter, cirurgias cesarianas e anestésias tornavam-se cada vez mais amplas. Nos anos 1960, com o surgimento da anestesia peridural, estendeu-se ainda mais a ideia de um “parto sem dor”, o que também está atrelado às noções de controle do corpo da mulher. Isso porque a anestesia representa uma forma de domesticação e amansamento da mulher no parto (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

A hospitalização do parto era, para aqueles casos difíceis em que há muitos riscos para a mãe ou a criança, um local de maior segurança e redução das complicações. A febre puerperal, assim como outros problemas que decorriam do partear, tinham o hospital como solução para

¹⁸ Nesse aspecto, é válido pontuar que Carel e Kidd (2017) apontam para a presença ocorrência de injustiça epistêmica na relação médico-paciente ao passo em que pacientes são excluídas do processo de participação porque são tipicamente entendidas como objetos que apenas participam para confirmar o que lhes é perguntado ou reportar sintomas.

suas ocorrências, isso porque nele a assepsia era realizada, reduzindo a incidência de infecções. Em contrapartida, a parturiente, para além de não ter sua rede de apoio ao lado, não tem voz sobre as intervenções feitas em seu próprio corpo (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

O processo de medicalização do corpo feminino intensificou-se a partir do século XX. Assim, à medida em que a medicina se consolidou como detentora do saber sobre o corpo da mulher, a autonomia desta sobre seu corpo foi relegada. Esse corpo é, para a ciência médica, um objeto cujas particularidades subjetivas e existenciais não importam. O parto hospitalizado foi vendido com a ideia de que seria mais seguro, indolor, asséptico e de melhor qualidade - no entanto, ainda que permeado por alguns benefícios, o ambiente hospitalar trouxe e ainda traz uma série de violações contra a mulher e seu corpo, incorrendo na chamada violência obstétrica.

Assim, as injustiças epistêmicas passaram a acentuar-se com a medicalização do corpo feminino e o processo de hospitalização do parto, aprofundando as desigualdades na relação profissional da medicina para com paciente - relação que, de modo diverso do ideal de horizontalidade, torna-se uma hierarquia de poder, conferindo ao saber médico maior credibilidade.

2.5 A Violência Instituída No Modelo Obstétrico-Ginecológico Brasileiro: “na hora de fazer não gritou”

É a partir do assentamento da ciência médico-obstétrica que a arte de partejar teve sua configuração alterada. O enfoque patológico em torno da gravidez, a ausência de autonomia da mulher nas decisões sobre o parto, o abuso do uso de práticas intervencionistas e o desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos (PALHARINI, 2017) culminam em discursos legitimadores de práticas que devem ser entendidas - por assim o ser - como violência obstétrica.

A violência obstétrica ocorre não somente no momento do parto, mas também durante a gestação, pós-parto e, também, em atendimentos a casos de abortamento. Esse tipo de violência pode acontecer de forma física, verbal, psicológica ou a partir de condutas negligentes, discriminatórias, através da utilização de práticas cientificamente não recomendadas, desnecessárias ou excessivas, que causam grande prejuízo às mulheres e aos ritmos naturais de seus corpos.

A fim de exemplificar, mas não de limitar, práticas que são violências obstétricas, cita-se: a episiotomia, que consiste na incisão feita no períneo sob a alegação de “facilitar a passagem” do feto; a manobra de Kristeller, utilizada com a finalidade de acelerar o parto, consiste em aplicar pressão externa sobre o útero da mulher; impedir a mulher de se alimentar

ou ingerir líquidos no momento do parto; obrigar a parturiente a ficar em posição litotômica (também chamada de posição ginecológica, em que a mulher fica deitada sobre a mesa de cirurgia com os membros inferiores elevados e colocados sobre perneiras metálicas); o impedimento de acompanhante de escolha da mulher no parto; omitir informações; suprimir opiniões e vontades da mulher; infantilização da parturiente; lavagens intestinais; depilação forçada; puxo dirigido, prática muito comum de pedir para que a mulher “faça força” para expulsar o bebê que, por estar no imaginário social como algo normal, muitas vezes não é entendida como violência; separação mãe-bebê por mero protocolo; utilização de procedimentos sem respaldo científico (desatualizados, prejudiciais); curetagem (nos casos de abortamento) quando não se tem necessidade; cesáreas eletivas sem qualquer indicação que demonstre a necessidade desse procedimento cirúrgico; ameaças, xingamentos, gritos, discriminação de qualquer tipo e violências físicas durante o parto, entre muitas outras práticas que também podem configurar uma violência obstétrica.

Importante destacar que, no Brasil, o parto:

[...] teria assumido um significado patológico com foco na dor como uma experiência traumática e na cirurgia cesariana como ‘padrão ouro da assistência obstétrica brasileira’ (Ferreira Jr; Barros, 2011). A inadequação e a realização de procedimentos rotineiros não recomendados por órgãos internacionais como a Organização Mundial da Saúde têm sido denunciadas com frequência nos últimos anos (PALHARINI, 2017, p. 3)

O país lidera *rankings* mundiais de taxas de utilização da cirurgia cesariana como via de nascimento. A pesquisa nacional “Nascer no Brasil”, realizada pela Fiocruz, elaborou um inquérito nacional sobre parto e nascimento nos anos de 2011 a 2012 e, dentre os principais resultados, esse estudo revelou que no setor privado a incidência das cesarianas atinge 88% dos nascimentos, enquanto, no setor público, esse número é de 46%.

Ambos os dados, dos setores público e privado, revelam um cenário longe do ideal, isso porque a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é para que a porcentagem de cesáreas não ultrapasse 15% do total de partos. Como anteriormente elucidado, apesar da normalização que foi atribuída a esta via de nascimento, a cesárea trata-se de um procedimento cirúrgico que apresenta riscos elevados para a saúde da mãe e do feto quando não se tem a necessidade de eleger essa modalidade. Como defende Palharini (2017, p. 4):

Essa demanda pela cesárea tem sido pontuada também como uma demanda por dignidade, já que o modelo de parto “normal” típico tem sido definido como intervencionista e traumático (Maia, 2010). Os pressupostos de gênero que conduzem a assistência no Brasil se expressam na superestimação dos benefícios da tecnologia

e na subestimação ou negação dos desconfortos e efeitos adversos das intervenções, de acordo com Diniz (2009). Um modelo que, segundo a autora, estaria contribuindo para uma “pessimização do parto” como meio instrumental para favorecer a cesariana de rotina.

Para além disso, o próprio discurso médico elenca a cesariana como a “boa prática obstétrica”, atribuindo ao parto normal riscos muitas vezes irreais. Os médicos, ao atribuírem à cesárea a carga de menor risco em relação ao parto normal, influenciam as decisões dos corpos grávidos. Por óbvio, esse é um procedimento cômodo aos profissionais da saúde - sabe-se a hora, o local e como o nascimento ocorrerá, diferentemente do parto normal, que seguirá o ritmo do corpo da gestante. O que, em geral, não se é dito é que o parto “normal”, se amparado por equipe de profissionais que proporcionarão um bom atendimento, possui menos riscos do que a feitura de uma cirurgia sem necessidade.

A pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” (VENTURI; GODINHO, 2013), conhecida pelo título “Na hora de fazer não gritou”, revelou que essa frase é a segunda mais escutada pelas mulheres durante o parto, atrás apenas de “não chora que ano que vem você está aqui de novo”. Para além dessas, outras como “se gritar eu paro agora o que eu estou fazendo, não vou te atender” evidenciam a forma violenta como muitas mulheres são tratadas durante o ato de partejar. Diante disso, é de se entender os porquês de o parto normal ser propagandeado como experiência dolorosa e traumática. As tão comuns violências verbais somadas às intervenções médicas desnecessárias e violentas, afastam a escolha da gestante pelo parto normal. Aqui, pontua-se que, em momento algum, a mulher pode ser culpabilizada pela sua escolha, tendo em vista que esta está permeada por discursos médicos hegemônicos que negligenciam informações que não beneficiam seus interesses próprios. Ou seja, as injustiças epistêmicas e as hierarquias de poder que permeiam a situação impedem que as vítimas realizem uma verdadeira escolha, autônoma, desimpedida e bem fundamentada.

Grande parte da classe médica brasileira reluta em aceitar as muitas denúncias de violência obstétrica. O Conselho Federal de Medicina (CFM), em meio ao contexto brasileiro de retrocessos dentro do governo de Jair Bolsonaro, atua no sentido da defesa de procedimentos nocivos às mulheres. No ano de 2019, em nota¹⁹, o CFM repudiou o termo “violência obstétrica”, colocando-o como pejorativo e estimulador de conflitos entre médicos e pacientes, ressaltando que o uso dessa expressão seria uma agressão à comunidade médica.

¹⁹ CFM. Nota à imprensa e à população. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota-violencia-obstetrica.pdf>. Acesso em 15 set. 2022.

Para além disso, ainda dentro do âmbito de retrocessos de um governo alinhado à extrema-direita e avesso às pautas de direitos humanos, há o desmonte da Rede Cegonha, uma política pública, implementada através das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), que visa a garantia do direito ao planejamento reprodutivo e da atenção humanizada à gravidez, parto e ao puerpério, bem como visa a saúde da criança e seu desenvolvimento saudável. Esse programa, considerado eficiente na atenção e assistência às gestantes, parturientes e puérperas, foi extinto pelo Ministério da Saúde - através da Portaria 715 de 2022 (BRASIL, 2022a) para ser substituído pela Rede Materno e Infantil (RAMI). Conforme notícia veiculada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ):

[...] entidades e especialistas passaram a criticar a medida. Eles apontam que a troca não foi discutida antes de ser implementada pelo Ministério da Saúde e que a mudança pode representar um risco à saúde pública.

O novo programa dá ênfase à atuação do médico obstetra sem contemplar ações e serviços voltados às crianças e a atuação dos médicos pediatras, além de excluir o profissional enfermeiro obstetra (FIOCRUZ, 2022, s.p.).

Nesse sentido, o desmonte da Rede Cegonha abre espaço para a volta de um sistema obstétrico público pautado na centralização e hegemonia do saber médico em detrimento dos demais.

Alinhada a esse projeto, foi lançada a sexta edição da Caderneta da Gestante²⁰ (BRASIL, 2022b), edição na qual foram elencadas práticas contrárias às evidências científicas, como a cesárea eletiva, a defesa da episiotomia em casos de “sofrimento fetal”²¹ e da amamentação como método contraceptivo²². Além disso, a antiga caderneta trazia informações sobre o direito ao plano de parto - através do qual a gestante pode inserir seus consentimentos e vontades -, e, também, sobre a participação das doulas compondo a equipe profissional de assistência ao parto; a sexta edição retirou a informação sobre o direito ao plano de parto e excluiu completamente a figura das doulas. Assim, ainda que a Caderneta da Gestante (2022b) não implique em uma perda de direitos - porque não revoga legislações que versam sobre garantias ao parto vigentes -, ainda assim, implicam em retrocesso e violência para com as pessoas gestantes. Para muitas destas, a caderneta é a única fonte de informação acessível; mas, ao trazer

²⁰ A caderneta é um documento informativo de linguagem acessível entregue às pessoas gestantes quando do início do pré-natal.

²¹ Não há base científica que embase a utilização da episiotomia em qualquer situação.

²² A amamentação faz com que a pessoa produza o hormônio prolactina, que impede a ovulação. No entanto, evidências científicas demonstram que a lactação não pode ser considerada método contraceptivo porque não há garantia de que a pessoa estará produzindo quantidades suficientes do hormônio que impeçam a ovulação, ou seja, as chances de falha são muito elevadas.

informações sem embasamento científico e omitir orientações importantes ao atendimento humanizado, transforma-se em uma verdadeira fonte de desinformação, aprofundando ainda mais as injustiças epistêmicas que permeiam o campo obstétrico.

Portanto, as diretrizes brasileiras que dizem respeito à assistência e respeito ao parto são atravessadas por avanços e retrocessos; e as instituições médicas, como o próprio CFM, - que deveriam sair em defesa da melhoria nas condições dos nascimentos do país -, por vezes, representam verdadeiros obstáculos para a concretização de progressos no combate à violência obstétrica.

CAPÍTULO 3 - LEIS E DIRETRIZES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

Conforme anteriormente elucidado, a violência obstétrica pode ser cometida de maneiras diversas, seja a partir de meios que violentam fisicamente, verbalmente, ou mesmo através de negligências (assistenciais e/ou informacionais), infantilização da pessoa grávida, negativa ou abuso de medicamentos para alívio de dor, negativa de acompanhante durante o parto, uso indevido de técnicas ou equipamentos inadequados e/ou que contrariam as evidências científicas.

Deste modo, é fato que a violência obstétrica não se trata unicamente de violência de gênero, mas também institucional, e que está consolidada após uma trajetória de injeção dos discursos médicos-masculinos na sociedade, culminando na retirada de autonomia e vulnerabilização da parturiente. Nesse sentido, é necessário compreender que essa violência também “perpassa o debate da questão étnica e racial próprias do paradigma civilizatório da colonialidade, uma vez que a estrutura colonial de poder produziu discriminações sociais que, posteriormente, foram identificadas como raciais, étnicas e culturais” (NUNES, 2021, p. 35).

Para além dessa compreensão, salienta-se, também, a ocorrência da violência obstétrica como uma violação ao direito à saúde. Disposta no art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), a garantia do acesso à saúde também inclui a proteção à maternidade e à infância, elencando que estas possuem direito a cuidados e assistência especiais.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) elenca nos arts. 196 a 200 as disposições acerca da garantia à saúde como dever Estatal, do acesso universal e igualitário, bem como arrola determinações acerca dos sistemas de saúde público e privado. Nesse sentido, o direito à saúde está sob custódia do Estado, o qual deve garantir o pleno acesso a todos os indivíduos e tem por dever a implementação de políticas públicas para o alcance de um estado de bem-estar social. Ainda,

Em sentido amplo e contemporâneo, **saúde** é sobretudo uma questão de cidadania e de justiça social, e não um mero estado biológico independente do nosso *status* social e individual. Os principais documentos nacionais e internacionais acerca do tema consagram a caracterização de **saúde** como um completo estado de bem-estar, e não a mera ausência de doenças, incorporando também a concepção de que a situação de saúde é determinada pelas condições de vida e de trabalho dos indivíduos; pela conjuntura social, econômica, política e cultural de determinado país (SCLIAR, 2007); por aspectos legais e institucionais relativos à organização dos sistemas de saúde; e por valores individuais e coletivos sobre como viver bem (AYRES, 2007) (VENTURA et al., 2010, p. 81, grifo da autora).

Deste modo, o entendimento do direito à saúde vai além da perspectiva centrada na medicalização dos corpos e na restrição ao atendimento médico e à prescrição medicamentosa. Assim como todo o âmbito da saúde, o direito à reprodução e à sexualidade também está envolto em um panorama complexo em que:

A expressão tão genérica, abrangente e heterogênea desses direitos permite uma relativização que traz dificuldades teóricas e práticas, no momento de sua realização, de diversas ordens: filosóficas, políticas, jurídicas, sociais, econômicas, culturais e técnico-científicas. As dificuldades de se articular esses elementos e estabelecer os acordos necessários sobre o conteúdo e o modo de garanti-los têm sido o distanciamento entre o direito vigente na lei e o direito vivido na prática por milhões de pessoas, em todo o mundo (VENTURA et al., 2010, p.84)

Nesse cenário, há duas dimensões do direito: a “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” (NAKAMURA, 2021, p.18). À vista disso, infere-se que não basta a mera existência normativa que disponha sobre determinado direito, “é preciso executá-lo, fazê-lo tangível aos indivíduos que fruirão das ações e serviços” (NAKAMURA, 2021, p. 24).

Existe, portanto, uma dissonância entre os deveres do Estado positivados em lei e as ações efetivamente implementadas. O que, no entanto, não corresponde a uma insignificância da legislação frente às ausências de efetividade de políticas sociais e violações; isso porque às normas garantidoras pode-se, também, atribuir a função de instrumento “de garantia legal e constitucional postos a favor das pessoas, que se perfazem na possibilidade de ingresso no sistema de justiça para concretização dos direitos fundamentais e sociais inscritos na Constituição” (NAKAMURA, 2021, p. 24-25).

Nesse contexto, a violência obstétrica configura-se como uma mácula ao direito à saúde, se consolidando como um problema de saúde pública que “rompe com a singularidade do parto, processo fisiológico de vulnerabilidade a danos físicos, mentais e sociais” (TEIXEIRA et al., 2020, p. 154). Como já elucidado, a violência obstétrica não é uma questão que surgiu contemporaneamente, mas sim, uma violação que se aprimora à medida em que há a intensa medicalização do corpo feminino, a extirpação da figura das parteiras para a entrada em cena da figura de profissionais da medicina-obstétrica e a retirada de protagonismo e autonomia da mulher. Para além disso, está permeada por injustiças epistêmicas que evidenciam a ocorrência de preconceitos de gênero, de classe, culturais, étnico-raciais, entre outros, que culminam na assimetria da relação médico-paciente e no impedimento ao acesso à um parto humanizado.

Nesse cenário, evidencia-se como o direito à saúde não pode ser analisado apenas em um panorama generalizado, mas sim com atenção às especificidades que demandam as

disparidades sociais. Exemplo disso reside na esfera do direito à saúde da pessoa gestante negra: o estudo intitulado “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil” (LEAL et al., 2017) analisou a influência das desigualdades raciais do Brasil no que se refere à assistência pré-natal e ao parto, identificando que:

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

Como visto no primeiro capítulo, a colocação da mulher negra como uma figura animalizada esteve presente no campo científico e teve espaço dentro do discurso médico-sanitarista, tendo refletido no tratamento e na assistência dada às mulheres negras, assim como nos ataques às parteiras brasileiras e de origem africana (TELLES, 2018). Também, a falácia de que a mulher preta possui uma força - contraposta à fragilidade conferida à mulher branca europeia - que a imunizaria de sentir as dores do parto (SOUZA, 2021) reflete até os dias atuais. Como evidenciam Leal et al. (2017), na mulher preta parturiente é empregado menor uso de ocitocina, bem como menor incidência de anestesia em caso de episiotomia.

Nesse sentido, é possível afirmar que a mácula ao direito à saúde adquire um caráter multifacetado, abarcando violências como a institucional, de gênero, étnico-racial, cultural, entre outras. A violência obstétrica é, portanto, uma violação à garantia constitucional do direito à saúde que se perpetua reproduzindo injustiças sociais - e epistêmicas.

À vista da complexidade de fatores que permeiam a violência obstétrica e considerando que esta, segundo Relatório da 74ª Assembleia Geral (BRASIL DE FATO, 2022), é tão naturalizada que, por vezes, sequer é entendida como violência, faz-se fundamental a investigação da construção das reivindicações pela atenção à saúde da mulher e pela dignidade reprodutiva e sexual, bem como elencar alguns dos instrumentos do ordenamento jurídico que configuram-se como equipamentos capazes de garantir a tutela jurídica dos direitos reprodutivos e sexuais no que concerne ao tratamento respeitoso à gestação, ao parto e ao puerpério.

3.1 Breve histórico dos direitos reprodutivos e sexuais nos âmbitos internacional e nacional

Ainda que as lutas das mulheres por demandas situadas na esfera da reprodução e da sexualidade possam ser identificadas a partir do século XVII, a concepção dos direitos reprodutivos e sexuais teve início somente a partir da década de 1970 (CORRÊA; ÁVILA, 2003). As discussões acerca dos direitos reprodutivos, no âmbito do direito internacional, ganham espaço principalmente a partir das conferências das Nações Unidas.

Tendo em vista a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) como resultado da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1948, o entendimento sobre os direitos humanos passa por uma expansão que inicia um processo de especificação e focalização em diferentes indivíduos e grupos, assim, “houve um distanciamento da figura abstrata do homem para atender as diferenças existentes entre sexos, raças, gerações, etc.” (MATTAR, 2008, p. 63). Nesse sentido, entram em campo os debates sobre os direitos das mulheres que, posteriormente, darão início aos debates sobre os aspectos reprodutivos e sexuais.

As questões relativas ao âmbito reprodutivo foram denominadas “saúde da mulher” quando trazidas ao debate público e quando da propositura de políticas. Esse termo era utilizado como uma espécie de tradução daquilo que demandava o movimento feminista na década de 1970, cujo lema era “nosso corpo nos pertence” (*The Boston Women's Health Collective*, 1984). Essa pauta “radical para seu tempo, implicava o reconhecimento de que o corpo de cada uma/um é o lugar primeiro da existência humana a partir do qual ganham sentido as experiências individuais no cotidiano e nos processos coletivos da história” (CORRÊA; ÁVILA, 2003, p. 19).

No entanto, o termo “saúde da mulher” passou a ser substituído pelo “direitos reprodutivos”, a partir do I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, ocorrido em 1984, em Amsterdã, Holanda. Nesse evento, foi convencionado que o termo “direitos reprodutivos” seria uma denominação mais completa e adequada para atender à “ampla pauta de autodeterminação reprodutiva das mulheres” (MATTAR, 2008, p. 63). A partir da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) em 1994, no Cairo, Egito, a expressão “direitos reprodutivos” foi ratificada. Nessa conferência, que deu origem ao Programa de Ação do Cairo, a temática da defesa da reprodução como direito humano aparece nos parágrafos 7.2 e 7.3 do programa:

7.2 A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que **a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer**. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de **serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade** que não sejam contrários à lei, e **o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que dêem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto** e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. De conformidade com definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui também a saúde sexual cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis.

7.3 Tendo em vista a definição supra, os direitos de reprodução **abrangem certos direitos humanos já reconhecidos** em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos de acordos. Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de **decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer**, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos. No exercício desse direito, devem levar em consideração as necessidades de seus filhos atuais e futuros e suas responsabilidades para com a comunidade. A promoção do exercício responsável desses direitos por todo indivíduo deve ser a base fundamental de políticas e programas de governos e da comunidade na área da saúde reprodutiva, inclusive o planejamento familiar. Como parte de seus compromissos, toda atenção deve ser dispensada à promoção de relações mutuamente respeitadas e equitativas entre os sexos, particularmente, à satisfação de necessidades educacionais e de serviço de adolescentes para capacitá-los a tratar sua sexualidade de uma maneira positiva e responsável. A saúde reprodutiva é motivo de frustração de diversos povos do mundo por causa de fatores tais como: níveis inadequados de conhecimento da sexualidade humana e informação e serviços inadequados ou de pouca qualidade na área da saúde reprodutiva; a predominância de um comportamento sexual de alto risco; práticas sociais discriminatórias; atitudes negativas com relação à mulher e à jovem; o limitado poder que têm muitas mulheres e moças sobre suas próprias vidas sexuais e reprodutivas. Os adolescentes são particularmente vulneráveis por causa de sua falta de informação e de acesso a serviços pertinentes na maioria dos países. Homens e mulheres mais idosos têm diferentes problemas de saúde reprodutiva e sexual, muitas vezes tratados de maneira inadequada. (PATRIOTA, 1994, p. 62, grifo nosso)

Assim, o Programa de Ação do Cairo firmou a base da definição acerca dos direitos reprodutivos, evidenciando não somente a liberdade de decisão das mulheres e homens em relação às suas capacidades reprodutivas, mas também o direito de serem informados e terem acesso aos melhores métodos (MATTAR, 2008; CORRÊA; ÁVILA, 2003).

Já na IV Conferência Mundial da Mulher, 1995, em Pequim, China, a Plataforma de Ação de Pequim acabou por configurar uma ampliação dos direitos reprodutivos, afirmando

que nestes também se incluem os direitos relativos à sexualidade, saúde sexual e reprodutiva e o planejamento familiar, tendo a mulher como maior protagonista.

Porém, ainda que documentos acima mencionados sejam de grande importância para a composição do direito internacional sobre o assunto, são considerados *soft-law*, ou seja, não possuem força vinculante em relação aos Estados signatários como tratados e convenções sobre direitos humanos. Apesar de uma *soft-law* ser uma fonte do Direito Internacional que pode ser mobilizada para utilização complementar ao Direito interno, em geral, representam “compromissos morais, éticos e políticos dos Estados e representam mecanismos de constrangimento político no caso de descumprimento” (NUNES, 2021, p. 45).

Nesse sentido, na primeira década do século XXI, deu-se início a uma série de mobilizações de instituições feministas - principalmente, partindo do Comitê Latino Americano e Caribenhos para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM) - pelo projeto de uma Convenção Interamericana de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Muitos materiais de divulgação foram elaborados em forma de manifestos para tornar acessível a compreensão dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais. Ademais, as ações buscaram fazer com que a Organização dos Estados Americanos (OEA) se atenta para a relevância e necessidade de se criar uma convenção para a discussão do tema.

No entanto, apesar das mobilizações para ampliação dos debates acerca dos direitos reprodutivos e ainda que as definições e conceituações acerca destes tenham sofrido avanços no sentido de serem reconhecidos como direitos humanos básicos, a ausência de discussões que englobasse o recorte racial e se preocupasse com as distintas realidades sociais colocou em discussão a estruturação teórica construída até então para os direitos reprodutivos. Davis (2016) elucida que o distanciamento entre os movimentos liderados por feministas brancas e de classes média/alta - pelo direito ao aborto e libertação sexual - para com aqueles norteados por feministas antirracistas - pelo direito à maternidade e contra a opressão de classe - ainda reverberam consequências que “atingem, principalmente, populações racializadas e expropriadas por mecanismos coloniais e capitalistas” (TEIXEIRA; GALLO, 2021, p. 53). Diante do cenário de afastamento das causas, como defende Davis (2016, p. 217), as feministas brancas ativistas que lutavam pelo direito do aborto na década de 1970 não desfizeram atitudes racistas que suas antecessoras promoveram, como o “controle de natalidade e a esterilização compulsória como formas de eliminar os setores ‘inaptos’ da população”. Assim, a partir dos pensamentos de Ângela Davis e outras feministas negras estadunidenses, surgiu o conceito de justiça reprodutiva, um paradigma “gestado a partir de dolorosas experiências de *opressão reprodutiva* vivenciadas pelas mulheres submetidas ao racismo nos EUA, expressas através de

práticas eugenistas de esterilização e abortos compulsórios” (TEIXEIRA; GALLO, 2021, p. 53, grifo das autoras). Nesse sentido,

[...] a partir da teoria interseccional e das lutas dos movimentos de mulheres negras pelo reconhecimento dos direitos reprodutivos surge o conceito de justiça reprodutiva para enfatizar a interseccionalidade dos fatores de classe, gênero e raça na realidade de injustiça social e de inefetividade dos direitos reprodutivos estampados nos tratados internacionais de direitos humanos.

Trata-se, portanto, de um conceito teórico e *prático* embebido no ideário de justiça social e pautado no exame da disciplinação reprodutiva que afeta minorias majoritárias em detrimento do privilégio da minoria detentora do poder decisório no sistema político-democrático (NUNES, 2021, p. 40-41, grifo da autora).

Deste modo, o delineamento do termo “justiça reprodutiva” passa a unir pautas de direitos reprodutivos e sexuais vinculados às lutas de grupos marginalizados (com base em raça, classe e etnia) pela justiça social, avançando no sentido das discussões da autonomia reprodutiva a partir de recortes interseccionais.

3.1.2 A justiça reprodutiva e a análise interseccional da violência obstétrica

Conforme explanam Teixeira e Gallo (2021), no Brasil, a luta pela justiça reprodutiva, marcada pela atuação do feminismo negro, é datada da década de 1980; momento a partir do qual se deu início a uma maior mobilização para as denúncias de violências que atentam contra a saúde reprodutiva e sexual das mulheres negras - principalmente, a violência obstétrica, com foco nas esterilizações compulsórias. Essas denúncias suscitaram a composição de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) no Congresso Federal Brasileiro, nos anos de 1992 e 1993, com o intuito de iniciar uma investigação sobre as esterilizações em massa que aconteciam com as mulheres no Brasil:

Esta CPMI, presidida pela então deputada federal Benedita da Silva, ouviu diversos atores sociais no intuito de compreender o fenômeno. No Requerimento da Comissão, **afirma-se que 45% das mulheres em idade fértil no Brasil se encontravam esterilizadas cirurgicamente, número muito superior ao de países como Itália ou Inglaterra – com 1% e 8%, respectivamente.** O texto também aponta para uma **maior incidência de esterilização nos estados da região nordeste e centro-oeste do Brasil – regiões que concentram um maior contingente de pessoas pobres e negras do país.** Isto, segundo os autores do Requerimento, evidenciaria o caráter racista e o recorte de classe presentes na prática da esterilização (GABRIEL; SANTOS, 2020, grifo nosso).

O Relatório da CPMI confirmou a ocorrência das esterilizações compulsórias através da laqueadura²³, uma violação dos direitos reprodutivos concretizada a partir de um projeto eugenista praticado, principalmente, contra mulheres negras. Foi a partir da CPMI que se evidenciou a urgência do delineamento de uma política pública voltada ao planejamento familiar; a partir disso, foi aprovada a Lei 9.236/96, Lei do Planejamento Familiar (BRASIL, 1996), que traz em seu art. 2º, parágrafo único, a vedação da utilização de ações de planejamento familiar com o intuito de controle demográfico.

No ano de 1998, foi noticiado o atentado genocida contra mulheres indígenas, especialmente as *Pataxó Hãhãhã* das aldeias *Bahetá* e *Caramuru*, a partir da esterilização em massa, por meio da laqueadura, das mulheres em idade fértil. A notícia-crime direcionada à Procuradoria Geral da República contava com diagnóstico realizado nas aldeias *Pataxó* em que restou constatado que, das 14 aldeias analisadas, na de *Bahetá* todas as mulheres em idade reprodutiva haviam sido esterilizadas. As mulheres das aldeias confirmaram que não só haviam sido induzidas a realizarem a laqueadura por agentes da campanha política do deputado federal Roland Lavigne, como foram submetidas ao procedimento sem qualquer exame prévio, sem informações acerca da intervenção cirúrgica e sem internação prévia ao procedimento. Essas mulheres foram enganadas e levadas a crer que precisavam do procedimento da laqueadura para ter uma melhor qualidade de vida, enquanto, na verdade, como denunciado pelas mulheres que sofreram essa violência, o interesse dos envolvidos na campanha do médico Roland Lavigne era o aniquilamento do povo *Pataxó Hãhãhã* - ou seja, ações disfarçadas sob o ideal de “planejamento familiar” que tinham como objetivo alterar (ou, nesse caso, acabar com) a taxa de crescimento dessa população (SOUZA, 2007).

Apesar da Lei do Planejamento Familiar estabelecer marco importante para o Brasil na esfera da justiça reprodutiva, a aplicação dessa lei encontra muitos desafios. Os casos de esterilização em que a mulher é induzida ou sequer é capaz de consentir continuam ocorrendo, como é o exemplo da vítima Andrielli Amanda dos Santos, uma jovem mulher negra que já esteve em situação de rua e sofreu acusação de ter sido usuária de drogas e/ou álcool. Em julho de 2021, a jovem deu entrada no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU), em Florianópolis/SC, acompanhada de um psicólogo e familiares. Quando Andrielli já estava em trabalho de parto, foi informada pelas assistentes sociais e pela psicóloga do HU que o Conselho Tutelar de Florianópolis havia encaminhado e-mail - sem pedido judicial anexo -

²³ Procedimento cirúrgico que realiza o corte e ligamento das tubas uterinas que fariam o caminho do ovário até o útero. A partir da feitura desse procedimento, os espermatozoides são impedidos de seguirem o caminho até o encontro do óócito (gameta feminino, também chamado de óvulo), impossibilitando, portanto, a fecundação.

solicitando que fosse informado imediatamente quando se desse a internação da jovem, para que a criança fosse retirada da mãe. Andrielli recebeu altas doses de anestesia para mantê-la alheia ao ato de partear e prejudicar a interação pós-parto entre a parturiente e a filha, tendo apenas amamentado a recém-nascida por uma única vez quando a viu ser retirada de seus braços pela conselheira tutelar, sem sequer ter acontecido a judicialização do caso. Foi negado pelo hospital o direito de acesso à Declaração de Nascido Vivo à família da recém-nascida, o que impossibilitou o registro da criança. Para além de todas as muitas violências já explicitadas que foram cometidas contra Andrielli, esta também sofreu esterilização compulsória - foi realizada uma laqueadura sem consentimento da parturiente. Como defendem Gabriel e Santos (2020, p. 6, grifo nosso):

[...] é possível pensarmos em **esterilização compulsória como um caso extremo de violência obstétrica**: acontecendo logo após a retirada do bebê em uma **cesariana - que é muitas vezes induzida justamente com esse fim** - e causando **perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidirem livremente sobre seus corpos**.

Nesse sentido, a esterilização compulsória também integra o quadro de violência obstétrica cometido contra mulheres. O caso da Andrielli ocorreu no estado de Santa Catarina, que possui uma lei estadual de proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica: Lei 17.097, de 2017 (SANTA CATARINA, 2017a), regulamentada pelo Decreto nº 1.269/2017 (SANTA CATARINA, 2017b). Esta lei, no entanto, foi consolidada e revogada pela Lei nº 18.322, de 2022 (SANTA CATARINA, 2022), que trouxe as disposições da lei anterior no Capítulo V - ‘‘Da implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica’’. O art. 34 dessa lei versa sucintamente sobre uma conceituação de violência obstétrica:

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.

Ainda que exista uma lei de proteção às gestantes e parturientes, esta não é suficiente para afastar a ocorrência de casos como o da Andrielli. Isso porque a violência obstétrica engloba fatores complexos e que, por vezes, não são entendidos como violações pelas próprias vítimas. Em relato (GUIMARÃES, 2021), a jovem contou que, em primeiro momento, não havia entendido a laqueadura como mácula de seu direito, porque sequer sabia que teria direito à informação sobre o procedimento e o poder de decisão sobre a feitura ou não deste. Atos como

esse, que advém de decisões unilaterais de profissionais da saúde - em especial, da medicina -, são constantemente vistos como normais/rotineiros e não como o que realmente são: atentados à autonomia e aos direitos reprodutivos das mulheres.

Para além da série de violações já explicitadas sofridas por Andrielli, há que se destacar que a decisão do Conselho Tutelar (acatada pelo HU) em afastar a recém-nascida de sua mãe (impedindo até mesmo a amamentação, fundada no fato de que a jovem já viveu em situação de rua e com o pretexto da denúncia de que seria usuária de drogas/álcool) está permeada pelo racismo estrutural e institucional, que invisibiliza as dores e ofende ainda mais duramente os direitos das mulheres negras a terem um tratamento digno e respeitoso durante a gestação, o parto e o puerpério.

Novamente, retoma-se a atenção às injustiças epistêmicas ocorridas na relação entre a equipe de assistência ao parto (representada, principalmente, por profissional da medicina, que, em geral, é a figura tomadora de decisão) e a parturiente. Andrielli - que sequer entendia o que experienciou como uma violência - estava sob uma injustiça hermenêutica que foi ultrapassada quando do conhecimento de seus direitos, possibilitando que a vítima desse início a uma batalha pelo reconhecimento e reparação da violência que sofreu. Ademais, a ausência de atribuição de credibilidade à jovem (por todos os indivíduos envolvidos no ocorrido), pautada em preconceitos raciais e para com a situação de rua já vivenciada pela paciente e a acusação de já ter tido vício em álcool e/ou drogas, configuram uma evidente ocorrência de injustiça epistêmica - e de grandes danos à Andrielli e sua filha.

Os casos apresentados são apenas alguns dos que se tornaram manchetes em diversos veículos midiáticos, mas representam a realidade de violências obstétricas que são experienciadas cotidianamente no Brasil. Novamente, há que se destacar que a incidência dessa mácula ao direito à saúde recai, principalmente, sobre pessoas pretas e pardas de classes econômicas menos favorecidas (LEAL, 2017). Nesse sentido, a luta pela justiça reprodutiva introduziu a investigação interseccional, englobando fatores de “raça, classe e colonialidade das políticas reprodutivas, evidenciando a estrutura de poder que obstaculariza a relação dos direitos reprodutivos nas pessoas marcadas pelas distintas vulnerabilidades” (NUNES, 2021, p. 43).

3.2 Os direitos reprodutivos e sexuais no ordenamento jurídico brasileiro

De modo geral, pode-se afirmar que os direitos humanos adentram a Constituição Federal como direitos fundamentais, de maneira que há a afirmação e proteção desses direitos

a partir de garantias específicas. Os direitos fundamentais positivados na carta constitucional gozam da posição de cláusulas pétreas, ou seja, não podem ser suprimidos por lei e somente podem ser alterados a partir de emenda constitucional em caso de ampliação da garantia, mas não para retroceder. A partir disso, faz-se necessária a identificação dos direitos reprodutivos e sexuais como parte da esfera dos direitos fundamentais (VENTURA, 2009).

3.2.1 Direitos reprodutivos e sexuais positivados na Constituição Federal de 1988

A pauta dos direitos reprodutivos e sexuais esteve presente durante o período da redemocratização brasileira. Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988, por tratar-se de documento elaborado a partir de amplo debate social democrático e com a presença de diversos atores sociais, incluindo movimentos feministas, consagrou um marco no avanço aos direitos reprodutivos e sexuais no ordenamento jurídico brasileiro (RODRIGUES, 2021).

O art. 5º, inciso I, traz o reconhecimento da igualdade de gênero e dispõe em outros incisos normativas para o estabelecimento de políticas afirmativas para efetivação das igualdades de fato e de direito entre os gêneros:

[...] no decorrer dos próprios incisos do art. 5.º a Constituição Federal prevê regras de igualdade material, exigindo que o Estado estabeleça ações afirmativas que possibilitem a igualdade, de fato e de direito, por exemplo: entre homens e mulheres (5.º inc. I); o direito da presidiária de permanecer com seus filhos durante o período de amamentação (art. 5.º inc. L) e de toda população carcerária ter a integridade física e moral respeitada (art. 5.º inc. XLIX), considerando a vulnerabilidade destes segmentos às violações de direitos fundamentais, e as desigualdade de fato existentes para o exercício dos mesmo (VENTURA, 2009, p. 57).

Por sua vez, o inciso X prevê a inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem das pessoas. Isso significa que a carta magna confirma o direito à vida “não apenas no seu sentido biológico, mas reconhece proteção à integridade física e moral [...] prevendo inclusive sanção penal e civil em face dos violadores” (VENTURA, 2009, p. 57). Para além disso, os parágrafos 2º e 3º do referido artigo trazem expressamente a recepção dos direitos e garantias decorrentes de tratados internacionais, especificando o rito de aprovação²⁴ daqueles que versam sobre direitos humanos para que adquiram seu *status* normativo supralegal - equivalente às emendas constitucionais (PIOVESAN, 2013; NUNES, 2021).

²⁴ Para que tenham equiparação às emendas constitucionais, os tratados e convenções internacionais de direitos humanos precisam ser aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros.

O art. 5º da Constituição Federal elenca, dentre outros, também: o princípio da liberdade de ação (art. 5º, inc. II); a livre manifestação do pensamento, vedado o anonimato (art. 5º, inc. IV); a inviolabilidade da liberdade de consciência e crença, assegurando o livre exercício e proteção aos locais de culto; assegura o acesso à informação (art. 5º, inc. XIV).

O inciso IV do art. 3º da Constituição traz como objetivo fundamental a promoção do bem coletivo sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outros modos de discriminação.

O art. 6º, CF, dispõe expressamente um rol mínimo de direitos sociais, como a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, que se relacionam com a efetivação da garantia dos direitos reprodutivos e sexuais e “visam coibir uma série de discriminação ligadas à reprodução, maternidade e sexualidade” (NUNES, 2021, p. 47).

O art. 7º dispõe acerca dos direitos dos trabalhadores urbanos e rurais e garante a licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de cento e vinte dias (art. 7º, inc. XVIII), bem como a licença-paternidade (art. 7º, inc. XIX).

Ainda, o art. 201, que versa sobre a organização do regime de previdência social, anuncia a proteção à maternidade e, principalmente, à gestante (art. 201, inc. II). O art. 203, tratando da prestação da assistência social independente de contribuição para a seguridade social, defende a proteção à família e à maternidade (art. 203, inc. I). Também o art. 226 trata da paridade de gênero relativa aos direitos e deveres sobre a sociedade conjugal (art. 226, § 5º) e do planejamento familiar ser de livre decisão do casal, cabendo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício dessa garantia, com fundamento nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável (art. 226, § 7º).

A violência obstétrica, ainda que o termo não esteja especificado na Constituição, macula os princípios:

[...] da legalidade e vedação a direito garantido por lei (art. 5º, II, CF); de vedação à tortura e ao tratamento desumano e degradante (art. 5º, X, CF); de proibição à violação da intimidade e vida privada (art. 5º, XXXII); de defesa do consumidor (especialmente no que se refere à supremacia do interesse da consumidora no âmbito dos serviços de saúde); e o próprio direito à saúde estampado no art. 196 da Constituição Federal, entre outros (NUNES, 2021, p. 58).

Deste modo, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu - em variadas esferas, como a da saúde, educacional, trabalhista, etc. - uma sistemática de direitos e garantias que se relacionam direta ou indiretamente à efetivação dos direitos reprodutivos e sexuais.

3.2.1 A violência obstétrica como violação aos direitos reprodutivos e sexuais

Diante do cenário de garantias constitucionais aos direitos reprodutivos e sexuais, há que se pontuar que esses estão conectados a diversas temáticas sobre as quais há disposições infraconstitucionais, como, por exemplo: aborto, infecções sexualmente transmissíveis, planejamento familiar, violências sexuais, licença maternidade/paternidade, filiação, maternidade, paternidade, técnicas de reprodução, educação sexual, dentre muitas outras.

Sendo a violência obstétrica uma grave violação aos direitos reprodutivos e sexuais, na ausência de dispositivo constitucional que trate expressamente dessa mácula e considerando a extensão das temáticas que envolvem os direitos reprodutivos e sexuais, no presente trabalho, serão elencados apenas aqueles dispositivos infraconstitucionais que visam coibir a ocorrência de violências obstétricas.

3.3 Garantias de proteção contra a violência obstétrica na legislação infraconstitucional

3.3.1 Projetos de lei que versam sobre violência obstétrica

Inicialmente, há que se pontuar que, apesar de ser uma violação recorrente, no Brasil, não há legislação federal específica que conceitue e enquadre condutas como violências obstétricas.

Segundo levantamento realizado pelo CFEMEA (Centro Feminista de Estudos e Assessoria), foram identificados ao menos treze projetos de lei apresentados na Câmara dos Deputados que abordam a problemática da violência obstétrica (GLOBO, 2022). Três dos projetos tramitam em conjunto: o PL 8219/17 (BRASIL, 2017b), apresentado pelo deputado Francisco Floriano; o PL 7867/17 (BRASIL, 2017a), apresentado pela deputada Jô Moraes; e o PL 7633/14 (BRASIL, 2014), apresentado pelo deputado Jean Wyllys.

O Projeto de Lei 7.633 (BRASIL, 2014) dispõe sobre a humanização da assistência (à mulher e à criança recém-nascida) à gestação, ao pré-parto, parto e puerpério, incluindo casos de abortamentos espontâneos ou provocados. Já o PL 7.867 (BRASIL, 2017a), dispõe sobre medidas de proteção à violência obstétrica e de divulgação de boas práticas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal, incluindo também os casos de abortamento. O PL 8.219 (BRASIL, 2017b) dispõe sobre a violência obstétrica praticada por profissionais da saúde contra mulheres em trabalho de parto ou após. De modo geral, esses projetos buscam definir o conceito de violência

obstétrica e as condutas tipificadoras, bem como a previsão de punições para as atitudes enquadradas nesse tipo de violação.

O PL 7.633 (BRASIL, 2014) traz, no art. 5º, o direito à elaboração de um plano individual de parto, a partir do qual a gestante indica as permissões e vontades, como a equipe responsável; os locais em que ocorrerão o pré-natal e o parto; a contratação de profissionais de auxílio e/ou assistência que estarão autorizadas a estarem presentes no suporte ao parto, a presença de acompanhante livremente indicado pela gestante; utilização ou não de métodos não farmacológicos para alívio da dor; utilização ou não de analgesia farmacológica (com as devidas informações acerca de riscos ao procedimento); o modo de monitoramento de batimentos cardíofetais, entre outras disposições das manifestações de vontades. Além disso, qualquer intervenção deve ter justificativa baseada em evidências respaldadas pela literatura científica.

O PL 7.867 (BRASIL, 2017a) traz, no parágrafo único do art. 2º, a obrigatoriedade do plano de parto. Ainda, define que violência obstétrica pode acontecer por meio de violências verbal e física, dispondo um rol do que pode ser considerado como ofensa, como, por exemplo: o tratamento da paciente de forma não empática, em tom de zombamento, com grosseria ou outras formas de atingir negativamente; ironização ou recriminação de comportamentos durante o parto, como os gritos de dor, choro, etc.; induzir a gestante a optar pelo parto cirúrgico quando não há indicação e, para além disso, não informar acerca dos riscos da cesariana para a parturiente e para a criança; impedir presença de acompanhante; impedir alojamento conjunto e amamentação por livre demanda em casos clinicamente injustificados, entre outros.

O PL 8.219 (BRASIL, 2017b) traz uma conceituação para o termo violência obstétrica e, no art. 3º, dispõe um rol de condutas que caracterizariam essa ofensa, como os atos de: negar atendimento à gestante/parturiente; constranger a mulher por sua raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil, orientação sexual, número de filhos; negar ou delongar o contato entre a parturiente e a criança recém-nascida; realizar procedimentos cirúrgicos sem conhecimento e consentimento (sob pena de detenção de seis meses a dois anos, além de multa). Ainda, traz no art. 3º a vedação ao procedimento de episiotomia, salvo em casos específicos de risco à vida, devendo ser motivado no prontuário (passível de pena de detenção de um a dois anos e multa).

No Senado, tramita o Projeto de Lei nº 2.082, de 2022 (BRASIL, 2022c), de autoria da senadora Leila Barros. No art. 2º, o PL dispõe sobre a alteração no Código Penal (BRASIL, 1940), Decreto Lei nº 2.848/1940, para incluir o art. 285-A:

Violência Obstétrica

Art. 285-A Constitui violência obstétrica qualquer conduta direcionada à mulher durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, praticada sem o seu consentimento ou em desrespeito pela sua autonomia ou, ainda, em desacordo a procedimentos estabelecidos no âmbito do Ministério da Saúde, constituindo assim uma clara limitação do poder de escolha e de decisão da mulher.

Pena - detenção, de três meses a um ano.

Parágrafo único. Caso a mulher vítima de violência seja menor de 18 anos ou maior de 40 anos

Pena - detenção, de seis meses a dois anos (BRASIL, 2022c)

Ainda, prevê inclusão na Lei nº 8.080/1990 - Lei do SUS (BRASIL, 1990b) - do § 4º no art. 19-J e a inclusão do art. 19-K:

Art.19-

J.....
.....

§ 4º O disposto no caput deve ser colocado à disposição da parturiente e sua recusa deve ser registrada no respectivo prontuário do procedimento.

Art. 19-K. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, devem criar ações e procedimentos para combater a violência obstétrica.

§ 1º As ações destinadas ao combate da violência de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

§ 2º Entende-se por violência obstétrica: qualquer conduta direcionada à mulher durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, praticada sem o seu consentimento ou em desrespeito pela sua autonomia ou em desacordo a procedimentos estabelecidos no âmbito do Ministério da Saúde, constituindo assim uma clara limitação do poder de escolha e de decisão da mulher.

§ 3º O Sistema Único de Saúde deve promover campanhas de prevenção à violência obstétrica.

Nesse sentido, esse projeto - para além de trazer a conceituação da ofensa - dispõe sobre (i) a tipificação da violência obstétrica como crime, (ii) a garantia da permissão da presença de acompanhante junto à parturiente (da qual trata o art. 19-J), e (iii) o estabelecimento da criação de procedimentos para a prevenção à violência obstétrica.

Os projetos mencionados ainda estão em trâmite, ou seja, não foram aprovados e sancionados. Portanto, na ausência de normatização específica, a justificativa para a responsabilização de profissionais que cometem violência obstétrica é respaldada e enquadrada por disposições diversas do ordenamento jurídico.

3.3.2 Disposições legislativas para o enfrentamento da violência obstétrica

No ano de 2000, a Portaria nº 569 (BRASIL, 2000), do Ministério da Saúde (MS), instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Sistema Único de Saúde. O art. 2º dessa portaria estabeleceu como princípios e diretrizes para a estruturação do programa que toda gestante tem direito ao atendimento digno e de qualidade na gestação, parto e puerpério; tem direito à realização do pré-natal adequado; direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no parto; e direito à assistência ao parto, ao puerpério e ao neonatal de forma humanizada. Ademais, o dispositivo estabelece que as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são as responsáveis pela garantia desses direitos. O Anexo I da Portaria 569 (BRASIL, 2000) estabelece princípios e condições para assegurar a realização de acompanhamento adequado ao pré-natal e assistência à gestante/puérpera, como a realização da primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; a realização de ao menos seis consultas de acompanhamento (preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro); realização de exames laboratoriais; oferta de testagem para HIV; aplicação de vacina antitetânica (dose imunizante ou dose de reforço); realização de atividades educativas, entre outras. Já o Anexo II traz princípios e condições para a assistência ao parto, atribuindo responsabilidade a todas as unidades integrantes do SUS a atenderem as gestantes que as procurarem; garantir a internação; caso necessário, transferir a gestante ou a criança recém-nascida em transporte adequado e somente mediante vaga assegurada; admitir visita do genitor sem restrição de horário; realizar partos normais e cirúrgicos e atender intercorrências obstétricas; assistir ao abortamento incompleto; elaborar relatórios, registrar evolução de parto em partograma, entre outros.

No ano de 2004, foi criado um grupo de trabalho para análise e elaboração de propostas para a melhoria da qualidade da atenção obstétrica e neonatal no Brasil a partir da Portaria nº 151 (BRASIL, 2004), do Ministério da Saúde. Em 2005, em consequência dos resultados obtidos no estudo dessa portaria e considerando a necessidade de ampliação dos esforços para alcançar as metas estabelecidas pelo Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal²⁵, foi instituída, através da Portaria 1.067/2005 MS (BRASIL, 2005a), a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, a qual estabelece princípios e diretrizes a partir dos quais os serviços e profissionais de saúde devem agir, no sentido do acolhimento digno e humanizado da gestante/parturiente/puérpera, com utilização de procedimentos com

²⁵ Este Pacto Nacional tem como objetivo a articulação de atores sociais em prol da mobilização pela luta contra os altos índices de mortalidade materna e neonatal.

comprovações de benefícios e evitando-se intervenções desnecessárias. Além disso, estabelece a humanização no que diz respeito à adoção de condutas que valorizem a autonomia e protagonismo de pacientes, compartilhando com a mulher e sua família/rede de apoio decisões e condutas a serem adotadas.

Ainda no ano de 2005, foi sancionada a Lei nº 11.108 (BRASIL, 2005b), que alterou a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990b) para adicionar o art. 19-J:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, **ficam obrigados a permitir a presença**, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante **durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato**.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será **indicado pela parturiente**.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Esse dispositivo, conhecido como Lei do Acompanhante, garante à parturiente o direito à livre escolha de uma pessoa para acompanhá-la durante todas as etapas do trabalho de parto, parto e pós-parto. A figura do acompanhante, para além de ser suporte emocional, é um instrumento de prevenção à violência obstétrica (ALMEIDA; RAMOS, 2020).

Ainda sobre essa lei, é importante destacar que a figura da doula não se confunde com a do acompanhante, sendo assim, a parturiente é livre para ter o acompanhamento da doula e, também, do acompanhante de sua escolha. Sobre as doulas, ainda que não haja regulamentação em lei federal, é possível encontrar em legislações municipais a permissão da presença de doulas tanto em consultas e exames de pré-natal quanto durante o período do trabalho de parto, parto e pós-parto. A título de exemplo, foi promulgada no município de São Paulo a Lei nº 16.602 (CIDADE DE SÃO PAULO, 2016), de 23 de dezembro de 2016, que dispõe sobre a obrigação das maternidades e estabelecimentos de saúde da rede municipal ou hospitais privados contratados por ela a permitirem a presença das doulas, sem prejuízo da presença do acompanhante.

A Resolução da Diretoria Colegiada RDC 36/2008 (BRASIL, 2008), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), amplia o direito ao acompanhante à rede privada, assim, todos os serviços de atenção obstétrica e neonatal - sejam públicos, privados, civis ou militares - ficam obrigados a permitirem a presença de acompanhante que seja de livre escolha da parturiente. A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) - no art. 10, inciso I, da Resolução Normativa 211/2010 (BRASIL, 2010) - instaurou a obrigação dos planos de saúde

em custear as despesas relativas aos acompanhantes. Assim como definiu, no inciso II do mesmo dispositivo, a obrigatoriedade da cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os trinta dias após o parto.

A Portaria nº 353/2017 MS (BRASIL, 2017c) instituiu as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, definindo que a parturiente ou seu responsável legal deverão ser cientificados dos potenciais riscos do procedimento ou do uso de medicamentos para essa via de parto.

A Portaria nº 1.459/2011 (BRASIL, 2011), do Ministério da Saúde, instituiu a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Como apresentado no capítulo anterior, essa política pública tem por finalidade a implementação de uma rede de cuidados que assegure às pessoas grávidas as garantias de um planejamento reprodutivo e de uma assistência humanizada à gravidez, parto e puerpério, assim como visa assegurar o direito ao nascimento seguro e o desenvolvimento saudável às crianças. No entanto, a Rede Cegonha foi extinta pela Portaria nº 715 (BRASIL, 2022a) e substituída pela Rede Materno e Infantil (RAMI).

A Portaria nº 371/2014 MS instituiu diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada para os recém-nascidos (RNs) no SUS. Através dessa portaria, é assegurado o direito ao contato “pele com pele” da parturiente e seu bebê (ou seja, fica vedada a separação sem que haja motivação que a respalde), assim como garante a amamentação na primeira hora de vida e o corte do cordão umbilical depois de cessadas as pulsações²⁶.

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990a) – também traz, em seu art. 8º, *caput* e parágrafos disposições sobre o direito à vida e à saúde no que diz respeito ao acesso aos programas e políticas públicas voltadas ao planejamento reprodutivo, às gestantes, ao atendimento e ao pré-natal/parto/puerpério humanizados. Outrossim, institui através do art. 8º-A a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, a qual visa a disseminação de informações sobre métodos de prevenção e educação buscando reduzir a ocorrência de gravidez na adolescência. O art. 10 do ECA traz ainda um rol de obrigações aos hospitais e outros estabelecimentos da saúde voltados às gestantes, que inclui, por exemplo, o dever de manter - por meio de prontuários individuais - o registro das atividades desenvolvidas pelo prazo de dezoito anos.

²⁶ Como recomendação da OMS, o atraso do clampeamento (corte) do cordão umbilical é benéfico ao recém-nascido. Isso porque permite que aconteça a passagem do sangue da placenta para a criança até alguns minutos após o nascimento, reduzindo as chances de desenvolvimento de anemia infantil.

Em 2007, adentrou ao ordenamento jurídico brasileiro a Lei nº 11. 634 (BRASIL, 2007), que traz o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade em que receberá assistência no SUS.

A anteriormente mencionada Lei do Planejamento Familiar, Lei 9.263 (BRASIL, 1996) definiu penalidades para profissionais da área médica e gestores da saúde que omitirem esterilizações realizadas, ou no caso de induzirem alguém a submeter-se ao procedimento. No sentido de garantia ao planejamento familiar à pessoa com deficiência, dispõe o art. 2º da Lei nº 7.853/1989 (BRASIL, 1989) sobre a proteção à maternidade.

Diante do exposto, nota-se que há dispositivos legais que podem ser utilizados como instrumentos para o ajuizamento de demandas judiciais. No entanto, há que se evidenciar a necessidade da elaboração de uma lei federal que disponha sobre a violência obstétrica e as sanções para essa mácula ao direito à saúde. Entretanto, ressalta-se que não há como combater a violência obstétrica unicamente pela confecção de uma lei federal, é necessário que novas políticas públicas²⁷ sejam elaboradas de modo a disseminar informações acerca da gestação, do parto e do pós-parto respeitosos, bem como conscientizar de todos os direitos envolvidos nos processos, a fim de que as práticas abusivas por parte de profissionais da saúde sejam efetivamente entendidas como violências, traçando um processo de superação das injustiças epistêmicas na relação entre profissionais da saúde e pacientes.

²⁷ Ressalta-se a necessidade de construção de políticas públicas que atendam efetivamente às diversas demandas que a temática engloba e que sejam elaboradas de acordo com a perspectiva interseccional, considerando o agravamento dos casos quando se tratam de vítimas racializadas e pertencentes a classes socioeconomicamente menos favorecidas.

CAPÍTULO 4 - UMA ANÁLISE DA MOBILIZAÇÃO DO DIREITO EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

*Você tem que agir como se fosse possível
transformar radicalmente o mundo.
E você tem que fazer isso o tempo todo.
(Ângela Davis)*

No início da década de 1990, houve intensa discussão acadêmica sobre a efetividade da mobilização - promovida por atores sociais diversos - no campo do direito e do Poder Judiciário em busca de viabilizar alterações na sociedade.

O autor Michael McCann inaugurou ‘‘um novo campo conceitual ao integrar os estudos sociojurídicos centrados nas cortes às teorias mais amplas sobre movimentos sociais’’ (FANTI, 2016, p. 42). Nessa perspectiva, McCann apresenta uma compreensão do direito que ultrapassa o campo legal-normativo, inserindo no entendimento não somente a parte em que o direito tem o condão de ser instrumento de mediação entre os liames sociais, mas que o próprio direito é constituído por meio destes:

Segundo essa perspectiva, as decisões judiciais não devem ser reduzidas apenas aos seus efeitos diretos, relativos ao caso decidido, mas aos efeitos indiretos, que geram na mobilização dos movimentos sociais afetados por elas. Essa ‘‘visão abrangente do direito’’ alterou o centro do debate acerca do valor instrumental de táticas jurídicas para dimensões mais contingentes e complexas de como ele importa para os movimentos sociais (FANTI, 2016, p. 42).

Assim, ao questionar como e por qual razão os tribunais se fortalecem politicamente e abordar a influência social desse fato, McCann inicia uma investigação que desloca o enfoque dos tribunais e das instituições jurídicas para adentrar na esfera dos mobilizadores sociais (FANTI, 2016). Portanto, ‘‘a mobilização do direito se refere às ações de indivíduos, grupos ou organizações em busca da realização de seus interesses e valores’’ (McCANN, 2010, p. 182). Nesse sentido,

[...] o **direito é visto como um dos recursos que pode ser mobilizado** por tais grupos, cujo efeito nas lutas sociais é contingente, dependendo do contexto e da maneira pela qual é empregado. Além disso, está também presente a ideia de que ele **pode ser mobilizado não apenas por meio de ações judiciais formais**, mas também **na própria organização dos movimentos sociais**, em protestos ou em negociações, por exemplo (FANTI, 2016, p. 43, grifo nosso).

Dessa forma, a mobilização torna os sujeitos em atores políticos ativos organizados na atividade pela luta da efetivação (ou construção) de seus direitos (NAKAMURA, 2021). As muitas mobilizações individuais e coletivas historicamente vistas acabaram por inscrever no ordenamento jurídico leis e Constituições que:

[...] representam os anseios e as dores de uma sociedade em uma determinada época histórica. E não poderia ser diferente. A representação do direito à saúde, por exemplo, sobreveio de uma luta histórica, que envolveu a mobilização de diversos atores sociais que deram letra ao direito inscrito no art. 196 da Constituição Federal de 1900: “A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”.

O fruto dessa mobilização na década de 1970 repercute até os dias atuais e toma diversos contornos, materializados em demandas sejam judiciais, sejam administrativas ou legislativas. O ponto de análise da mobilização, portanto, reverbera no fato de que **o Direito em si é algo vivo e dinâmico, e que representa parte da pessoa, enquanto ser humano e que, necessariamente, perpassa um caminho de lutas e resistência** (NAKAMURA, 2021, p. 19, grifo nosso)

No sentido da dinamicidade do direito, que muda ao passo em que influencia e é influenciado pelas lutas sociais, McCann identifica momentos distintos de mobilização social. O primeiro deles tem dois processos, o primeiro, trata-se da formação da agenda dos movimentos, é a fase do *rights consciousness raising* (“consciência de direitos”), em que os próprios atuantes da mobilização “recorrem a discursos jurídicos para nomear e contestar iniquidades contra as quais se organizam” (FANTI, 2016, p. 43). O segundo processo está atrelado às oportunidades políticas a partir de decisões dos tribunais relativas aos assuntos inseridos nas agendas. Nesse sentido, as vitórias no Judiciário incentivam uma maior aderência às mobilizações.

Já no segundo momento de mobilização, os litígios e outras formas de movimentação institucionais são utilizados como instrumentos de pressão política, o que pode “compelir seus adversários a negociar e/ou fazer acordos, tendo em vista o alto custo do litígio e seus resultados incertos” (FANTI, 2016, p. 44). Destaca-se que não somente as ações judiciais possuem essa força, é notório, por exemplo, o aumento da relevância das demandas quando impulsionadas por manchetes nos veículos midiáticos, o que configura-se como tática de mobilização externa às institucionais.

No terceiro momento, há uma denúncia ainda maior da problemática enfrentada frente às reiteradas omissões do Estado, “colocando a opinião pública contra eles ao mesmo tempo em que os ameaça com a possibilidade de se envolver em longos e custosos processos judiciais, com risco de derrota” (FANTI, 2016, p. 44).

O último momento, *legacy phase* (“legado jurídico”), trata-se daquele em que há o resultado das mobilizações, que podem ser tanto ganhos diretos quanto indiretos e, por vezes, até mesmo não intencionais. Os resultados indiretos atrelam-se a uma tomada de consciência dos direitos para além daquele que se estava lutando. Traçando um paralelo com a questão dos direitos reprodutivos e sexuais, pode-se inferir que essa conscientização por demais direitos pode ser exemplificada com a extensão do rol e as novas demandas que surgem relativas à defesa da reprodução e sexualidade. As lutas pela descriminalização do aborto, por exemplo, impulsionam as discussões e demandas pela autonomia e saúde reprodutiva das mulheres, bem como põe em pauta a questão do planejamento familiar. Ainda a título de exemplo, o direito à maternidade relaciona-se com diversas e distintas esferas, como a garantia à licença-maternidade (art. 392, CLT); garantia do salário integral durante a licença (art. 393, CLT); descansos para amamentação (art. 396, CLT); garantia do acompanhante durante as consultas do pré-natal, parto, trabalho de parto e pós-parto (Lei nº 11.106/2005); direito ao parto respeitoso; direito ao planejamento familiar (Lei nº 9.263/1996), dentre muitos outros. Nesse sentido, a compreensão de um direito passa a tecer uma rede de outros direitos a serem conquistados e/ou efetivados. Ou seja, não se conquista apenas uma demanda isoladamente, mas também, um arcabouço de compreensão e conscientização de situações vivenciadas/experimentadas pela sociedade que podem tornar-se novas pautas e mobilizações.

À vista disso, pode-se inferir que a mobilização do direito, para além de um processo de lutas e conquistas, é um recurso inicial de superação de injustiças epistêmicas. As injustiças epistêmicas caracterizam-se por se tratarem de “uma exclusão danosa da participação de uma pessoa, ou de um grupo de pessoas, na produção, disseminação e manutenção do conhecimento” (GABRIEL; SANTOS, 2020, p. 2), assim, ao passo em que as mobilizações tomam maiores proporções, ocorre o processo de conscientização sobre um determinado tema e de reivindicação, alterando a lógica excludente para incluir os testemunhos, as demandas e os saberes das vítimas de uma opressão. A partir disso, as situações de injustiça que antes sequer eram nomeadas (ou que as vítimas sequer entendiam como violentas, como ocorria e ainda ocorre com práticas de violência obstétrica) passam a ser superadas com o conhecimento, informação e reivindicação sobre aqueles direitos. No entanto, isso não significa que aquela injustiça não mais ocorrerá, mas sim, que a coletividade estará melhor aparelhada e mais combativa para enfrentá-la.

No caso da violência obstétrica, como visto nos capítulos anteriores, o principal fator impulsionador da persistência dos casos reside na hegemonia dos discursos médicos. Desse modo, o início de uma ruptura e luta contra-hegemônica habita tanto na desconstrução da falácia

do saber médico como verdade incontestável, quanto na imprescindibilidade de armar as potenciais vítimas com informações e orientações que possibilitem uma postura preventiva e combativa às violências obstétricas.

4.1. As mobilizações sobre o tema da violência obstétrica

Como visto no capítulo anterior, o desenvolvimento da positivação dos direitos reprodutivos sexuais como pertencente ao rol de direitos humanos, tanto no âmbito internacional quanto no nacional (este, a partir da introdução de dispositivos asseguradores na Constituição Federal de 1988). No entanto, nesse momento, será brevemente exposta a mobilização específica sobre a compreensão das práticas obstétricas como violências.

Em 1958, uma publicação na revista estadunidense *Ladies Home Journal*, intitulada “Crueldade nas Maternidades” (*Cruelty in Maternity Ward*) denunciou uma série de violações presenciadas e vivenciadas por enfermeiras e parturientes:

[...] o sono crepuscular (*twilight sleep*) - uma combinação de morfina e escopolamina que produz sedação, agitação psicomotora e eventuais alucinações; o uso abusivo do fórceps; a imposição da litotomia com pernas amarradas, pulsos algemados e, conseqüentemente, lesionados (FERREIRA; GONÇALVES, 2020, p. 21).

A partir da publicação da matéria, as leitoras sentiram-se incitadas a mandarem seus testemunhos de crueldades²⁸ que sofreram durante o parto. Essa mobilização desembocada pela matéria culminou no estabelecimento de novas diretrizes relativas à assistência e cuidados no parto a partir da Sociedade Americana de Psicoprofilaxia em Obstetrícia.

No mesmo ano de 1958, o Reino Unido também viu uma movimentação de mulheres que também denunciavam as crueldades no ato de partear. Foi fundada a Sociedade pela Prevenção da Crueldade Contra as Grávidas (*The Society for the Prevention of Cruelty to Pregnant Women*), que teve sua carta de fundação publicada no jornal *The Guardian*.

Na América Latina, evidenciam-se

[...] dois estudos: um realizado em 1998 no Peru sobre as violências praticadas contra as mulheres nos serviços públicos de saúde; e o pioneiro trabalho brasileiro intitulado “Espelho de vênus”, de 1981, que descreveu a violência sofrida no parto institucionalizado (hospitalar). Temos ainda a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, na qual concluiu-se que uma em cada quatro mulheres sofreram algum tipo de experiência violenta no parto. Essas experiências, pesquisas e publicações exemplificam **meios de denúncia das práticas**

²⁸ As menções às condutas violentas eram colocadas nos textos com o termo “crueldades”.

discriminatórias e violentas na assistência à saúde e, sobretudo, na assistência ao parto, dando visibilidade ao tema (DIAS et al., 2021, p. 4-5, grifo nosso).

A partir da visualização e compreensão das práticas abusivas impetradas por profissionais da medicina no campo obstétrico, os movimentos pela humanização do parto deram início à organização de uma agenda para aprofundar o tema. No entanto, destaca-se que dentre as articulações pela humanização do parto, os movimentos feministas negociaram com instituições médicas, que resultou no termo “humanização”, sem explicitamente evidenciar o movimento como enfrentamento da violência obstétrica (FERREIRA; GONÇALVES, 2020). Essa mobilização pela humanização da assistência ao parto

[...] segue como uma proposta de assistência não-violenta, relacionada às ideias de “humanismo” e de “direitos humanos” (NONATO, 2007). Entre eles, estão: o direito à integridade corporal (não sofrer dano evitável); o direito à condição de pessoa (direito à escolha informada sobre os procedimentos); o direito de estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante (prevenção de procedimento física, emocional ou moralmente penosos); o direito à equidade [...] (FERREIRA; GONÇALVES, 2020, p. 25).

Diante disso, a perspectiva da humanização do parto “evidencia que, historicamente, os direitos à privacidade e à autonomia assumiram formulações jurídicas para o atendimento dos interesses da classe médica” (NUNES, 2021, p. 56). Ou seja, a ideia de uma assistência humanizada assume o viés contra-hegemônico do modelo pautado na medicalização do corpo da pessoa gestante, na hospitalização do parto como método de protagonismo médico (e retirada de autonomia da parturiente) e na utilização de práticas sem embasamento científico.

Essa mobilização pela humanização teve início de forma descentralizada, a partir de iniciativas diversas espalhadas pelo Brasil. A partir de pesquisas desenvolvidas sobre os temas, evidenciou-se uma realidade de dados deveras alarmante. Em 2009, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) divulgou estudo que concluía que mais de 43% dos partos dos setores públicos e privados eram cesáreas, sendo que nos planos privados o índice ultrapassava 80% dos partos, apontando para um crescimento das cesáreas em todas as regiões do país. Posteriormente, a pesquisa “Nascer no Brasil” (FIOCRUZ, 2012) demonstrou que o setor privado tem um índice de cesáreas que ultrapassa 88% dos nascimentos; no setor público, a taxa é de 46%. Ainda, o dossiê “Parirás com Dor”, da organização não-governamental “Parto do Princípio”, elencou a episiotomia como uma das violências mais praticadas, estando presente em, aproximadamente, 94% dos partos normais no Brasil. Ademais,

O citado **aumento no número de cesáreas** - procedimento cirúrgico de risco -, aliado a outros procedimentos violentos – a exemplo do manejo agressivo no parto vaginal, do impedimento da presença do acompanhante e da negligência no atendimento, principalmente nas hipóteses de abortamento, entre outros -, influencia diretamente na mortalidade: **estima-se que 23% das mortes maternas no Brasil sejam decorrentes do aumento dessas taxas** (DIAS et al., 2021, p. 7, grifo nosso).

Diante da grave e escancarada demonstração de dados que comprovam a violência obstétrica como mácula perpetrada em todo o sistema de saúde - público e privado - brasileiro, os ativismos espalhados pelos diferentes estados do Brasil passaram a ter mais materiais para partirem para uma mobilização mais combativa.

4.1.1 A mobilização social a partir das redes sociais *online*

Atualmente, os espaços cibernéticos das redes sociais configuram-se como lugares em que a comunicação e interação são facilitadas. Apesar de não ser uma ferramenta acessível a toda a população - segundo dados do IBGE, em 2019, o acesso à internet estava presente em 82,7% dos domicílios brasileiros, concentrando-se nas áreas urbanas (IBGE, 2019) -, há no ciberativismo um importante objeto de investigação:

Um grande número de trabalhos acadêmicos têm surgido com o intuito de investigar as relações existentes e mediadas pelo uso da internet, nas diversas áreas do conhecimento. Esses estudos tratam tanto da questão do uso da internet como um fim em si mesmo, quanto como fonte de informações ou meio de acesso a dados que, de outra maneira, não poderiam ser acessados, ou tornaria o acesso praticamente inviável. Ou seja, a internet aparece agora como método, estratégia e ferramenta de ação (SENA; TESSER, 2017, p. 212).

Nesse sentido, explorando a internet como ferramenta de estudo e acesso à informação sobre um fenômeno, se inserem duas iniciativas ocorridas nos anos de 2012 e 2013: o Teste da Violência Obstétrica e o documentário “Violência Obstétrica - a voz das brasileiras”.

É importante ressaltar que a compreensão do termo “violência obstétrica”, à época das iniciativas, era mais restrito à comunidade dos profissionais da saúde que se vincularam ao movimento de humanização do parto. Como já exposto, esse tipo de maculação de direitos, por vezes, não é entendido como violência pelas vítimas, por estar presente no imaginário social que aquela experiência do parto será, invariável e necessariamente, demasiadamente dolorosa e sofrida. Diante disso, com a finalidade de avaliação da qualidade de assistência ao parto no Brasil, foi promovido pelos *blogs* “Parto no Brasil” e “Cientista que virou mãe” o Teste da Violência Obstétrica, disponibilizado em 8 de março de 2012 em mais de 70 blogs,

simultaneamente. O teste tratava-se de um questionário com quinze perguntas de múltipla escolha, associando questões socioeconômicas e relativas à assistência recebida antes, durante e após o parto.

Em apenas três dias, foram recebidas mais de mil respostas, cada uma avaliando um parto/nascimento. O teste permaneceu aberto durante 38 dias e, neste curto prazo, foram avaliados um total de 1.966 nascimentos, resultado considerado excelente para ações utilizando a internet como ferramenta. Embora realizado de maneira informal, o teste foi **utilizado para estimular a discussão sobre a violência obstétrica** junto às mulheres e a diferentes setores da promoção e atenção à saúde (SENA; TASSER, 2017, p. 215, grifo nosso).

Os resultados do teste revelaram dados graves, como os relatos vindos de 75% das mulheres alegando que não puderam movimentar-se durante o parto ou foram mantidas em posição litotômica e de quase 50% delas alegando terem sido impedidas de ter acompanhante, em nítida violação à Lei 11.108/2005. Esses dados tiveram repercussão em veículos midiáticos (rádios, televisão, revistas), sensibilizando “a opinião pública para algo que o movimento pela humanização do parto e alguns setores acadêmicos já vinham discutindo intensamente: a violência obstétrica” (SENA; TASSER, 2012, p. 215).

Partindo das mesmas ativistas que promoveram o teste, também via blogs e redes sociais, mulheres que sofreram situações violentas durante o parto foram convidadas a relatarem suas experiências em um curto vídeo. A partir dos relatos, foi produzido o documentário “Violência Obstétrica - a voz das brasileiras”, disponibilizado na plataforma *YouTube*.

O documentário foi submetido e aceito para a sessão de comunicações orais do X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Porto Alegre, em novembro de 2012. Em função da sensibilização que promoveu na sessão de comunicações orais, foi concedido, à equipe organizadora, um horário de apresentação pública na Tenda Paulo Freire, espaço central de apresentação de vídeos relacionados à saúde coletiva no mesmo congresso. Tal apresentação reuniu mais de cinquenta pessoas, as quais foram impactadas pelas imagens e relatos presentes no documentário. Logo após o congresso, o documentário foi **amplamente divulgado via mídias sociais e blogs**, o que novamente **chamou a atenção da opinião pública via mídia tradicional**. Em poucos dias, foi **considerado um dos vídeos mais vistos daquela semana na plataforma Youtube**, categoria “sem fins lucrativos/ativismo”, alcançando grande repercussão em todo o país, **contribuindo para a quebra da invisibilidade do tema, à medida que se tornou objeto de diversas matérias jornalísticas por todo o Brasil**. Em 2013, foi considerado, pelo júri popular, como o melhor documentário apresentado no Seminário Internacional Fazendo Gênero, **contribuindo para a ampliação da discussão do tema sob uma perspectiva feminista e de gênero, e continua a ser frequentemente assistido e debatido, tendo sido acessado mais de cento e noventa mil vezes até abril de 2016**. Após sua apresentação em diferentes congressos e seminários, o documentário passou a ser apresentado em cursos de graduação da área médica, audiências públicas e outras reuniões, com o objetivo de

discutir e dar voz às mulheres vítimas de violência obstétrica no Brasil (SENA; TASSER, 2017, p. 215-216, grifo nosso).

Pode-se inferir, portanto, que as iniciativas cibernéticas proporcionaram uma significativa ampliação do debate sobre a violência obstétrica, inclusive tendo sido instrumentos pelos quais muitas vítimas passaram a reconhecer suas vivências do parto como verdadeiras máculas.

Além das iniciativas elencadas acima, é digno de nota que a repercussão nas mídias tradicionais sobre o tema da violência obstétrica gera uma maior busca sobre o tema; no entanto, é importante a atenção às redes sociais digitais, que funcionam como verdadeiras plataformas de trocas de experiências e informações.

Ao final do ano de 2021, o caso de violência obstétrica contra a influenciadora digital Shantal Verdelho, cometido pelo médico Renato Kalil, teve grande repercussão tanto nas mídias tradicionais quanto nas redes digitais. Em entrevista (G1, 2022), Shantal alegou ter sido desacreditada, inclusive por pessoas próximas, sobre ter sido vítima de violência cometida pelo médico. Como exposto pela influenciadora, somente foi acreditada após divulgar as imagens e vídeos do parto. Essa situação expõe como a injustiça testemunhal é ainda muito presente ao tratar-se de caso de violência obstétrica; isso porque a hegemonia médica e os preconceitos de gênero, fortemente enraizados na sociedade brasileira, atribuem à mulher um papel de descrédito, enquanto, ao/à médico(a), é atribuída uma credibilidade quase inquestionável. Por estar presente no imaginário coletivo a visão da mulher como “insuficientemente racional” (FRICKER, 2007, p. 15) e cheias de “mimimi”²⁹, e, em contrapartida, a do profissional da medicina como detentor de todo o saber, ocorre a injustiça testemunhal. Apesar de no caso da influenciadora não estarem presentes questões de preconceito racial e econômico, por tratar-se de uma mulher branca com alto poder aquisitivo, é importante pontuar que a desacreditização da vítima de violência obstétrica pode ser ainda mais profunda quando envolvem esses fatores que acarretam em maior vulnerabilidade.

Para além disso, destaca-se que o impacto da notícia reverberou em vários aspectos, como: na intensa divulgação do que é violência obstétrica e dos direitos das gestantes/parturientes em páginas de notícia; nas reportagens sobre o caso e sobre o assunto veiculadas por grandes emissoras de televisão; no impulsionamento de novas denúncias contra o médico Renato Kalil, bem como de outros médicos; no aumento de 440% da pesquisa do

²⁹ A expressão “mimimi” - de conotação evidentemente pejorativa - é comumente utilizada como forma de menosprezar e silenciar a dor alheia quando a vítima de uma opressão/violência se manifesta.

termo “violência obstétrica” no site de buscas *Google* durante o mês de dezembro de 2021 em relação ao mês de novembro do mesmo ano (GONZALEZ, 2021).

Diante do exposto, é possível confirmar que as redes sociais da internet podem constituir-se como espaços de organização coletiva, de disseminação de informação e de resistência contra a invisibilização da problemática da violência obstétrica. Como defendem Luz e Gico (2015, p. 481), “as redes sociais vêm se consolidando como uma das principais linhas de atuação dos grupos do lado de lá da linha abissal” e, na luta contra a violência obstétrica, essas redes

[...] têm permitido uma mobilização inédita em prol do respeito aos direitos reprodutivos [...] ainda incipientes no país, as discussões sobre o tema estão sendo alavancadas pelo uso de estratégias de ciberativismo coletivo, ao dar voz efetiva às brasileiras que passaram por situações de violência obstétrica, tornando tais violências mais conhecidas, discutidas e evidentes. Desnaturalizando-as dessa maneira (LUZ; GICO, 2015, p. 841).

Nesse sentido, a disseminação dos casos e fatores que envolvem a violência obstétrica por meio das redes sociais acaba por atingir públicos diversos, o que pode provocar uma “consciência de direitos” cada vez mais ampla; podendo, assim, dar maior visibilidade e suporte à luta contra-hegemônica “para o renascimento do parto e a desnaturalização da violência obstétrica” (LUZ; GICO, 2015, p. 482).

4.2 A mobilização pela reparação e pelo combate à violência obstétrica no Poder Judiciário

4.2.1 Materiais e métodos

O presente tópico é composto de análise de decisões recentes do Tribunal de Justiça de São Paulo acerca da temática da violência obstétrica. Nesse sentido, para compor o escopo de estudo jurisprudencial, realizou-se busca no endereço eletrônico do Portal de Serviços e-SAJ, na aba de Consulta de Jurisprudência. O levantamento dos dados que compõem o material de análise foi feito por meio da pesquisa da palavra-chave “violência obstétrica”, com recorte temporal de datas de julgamento entre o período de 01 de janeiro de 2021 a 31 de dezembro de 2021. A amostragem refere-se à categoria de ação de apelação cível, escolhida por seu caráter de reexaminar assunto anteriormente examinado em sentença de primeira instância, de modo a buscar reformar, anular ou substituir a resolução proferida anteriormente. Diante dos resultados obtidos na pesquisa junto ao e-SAJ, foram escolhidos quatro acórdãos para serem analisados.

Como método de análise, tem-se a utilização do estudo de caso ampliado como metodologia qualitativa, incorporando o que postula a ciência reflexiva (BURAWOY, 2014; SILVA, 2018).

4.2.1.1 Objetivos

A presente análise dos acórdãos tem por objetivo geral verificar como os sujeitos sociais estão se valendo do Poder Judiciário para reivindicar uma injustiça epistêmica. Já por objetivos específicos, tem: (i) verificar as teses sustentadas pelas partes apelantes e apeladas³⁰ e (ii) quais argumentações foram acolhidas para fundamentar a decisão.

4.2.1.2 Amostragem

Nº do Processo/Referência	Relator(a)	Data de Julgamento	Tipo de ação
1020454-80.2020.8.26.0002/Acórdão 1	Rômolo Russo	24/11/2021	Indenização por danos morais
1059014-25.2019.8.26.0100/Acórdão 2	José Carlos Ferreira Alves	23/11/2021	Indenização por danos morais
1123283-44.2017.8.26.0100/Acórdão 3	Beretta da Silveira	05/11/2021	Indenização por danos morais
1038611-78.2019.8.26.0506/Acórdão 4	Salles Rossi	28/07/2021	Indenização por danos morais

4.2.2 Acórdãos

4.2.2.1 Acórdão 1

O Acórdão 1, referente ao processo de nº 1020454-80.2020.8.26.0002, julgou o recurso de apelação interposto pela parte autora contra a sentença que julgou improcedente a pretensão indenizatória em decorrência de erro médico na realização de parto normal.

³⁰ A terminologia utilizada nos tópicos dos acórdãos foi a de “parte autora” (para a vítima da violência obstétrica que ajuizou a ação indenizatória) e “parte ré” (para o hospital/plano de saúde/profissional da área médica responsável pelo parto). Optou-se por não utilizar as terminologias “apelante”/“apelada” para simplificar a escrita e a compreensão, tendo em vista que há ocorrência de apelações simultâneas de ambas as partes nos acórdãos coletados.

A sentença recorrida considerou que haveria nexo de causalidade somente entre a ocorrência de parto transpélvico ocorrido, mas não haveria nexo entre a assistência obstétrica ofertada pelo hospital e o dano sofrido pela autora.

Em sede de apelação, a parte autora sustentou que houve (i) cerceamento de defesa pela ausência de realização de ultrassonografia transvaginal na finalização do laudo pericial; (ii) a laceração de períneo³¹ sofrida e a subsequente formação de fístula retovaginal³² e defeito esfinteriano³³ foram decorrentes da conduta médica no ato do parto. Em suma, a autora impugnou as conclusões da sentença de que o laudo pericial indicaria que as lacerações ocorreram exclusivamente pelo parto transpélvico, e não pela conduta da equipe assistencial.

A fundamentação do Acórdão 1 considerou os dados trazidos pelo perito no laudo, que indicavam que as lacerações poderiam estar associadas, também, à realização de episiotomia e ao uso de ocitocina. Além disso, o laudo pericial trazia a informação de que se tem como rara a observação de lacerações profundas naqueles partos em que há assistência respeitosa, que não são acelerados e não há violência obstétrica.

Em análise aos relatórios de enfermagem juntados nos autos do processo, foi considerado o fato de que houve pedido médico de ocitocina e que, apesar do partograma não demonstrar que tenha havido a prática da episiotomia, a presença da intervenção ficou evidente com as conclusões do laudo pericial, que apontou para a ocorrência do quadro de fístula como decorrente de episiotomia.

A fundamentação do acórdão levou em consideração o que destacou o perito sobre a episiotomia não ser mais uma prática recomendada, por não haver evidências científicas que demonstrem benefício em sua utilização e inexistirem situações em que o uso seja indispensável. No entanto, em ponto controverso do laudo, o perito afirmou que o profissional da medicina pondera entre os benefícios potenciais e os efeitos adversos potenciais de se fazer a episiotomia e que a realização ou não do procedimento dependeria da opinião do médico responsável e do cenário que se teria no momento do parto.

Diante do exposto, é possível afirmar que, ainda que o perito do caso tenha pontuado a desnecessidade da realização do procedimento de episiotomia, atribuiu ao médico a decisão de fazê-lo ou não.

³¹ Rompimento dos tecidos entre a vagina o ânus.

³² A fístula retovaginal consiste em uma comunicação entre o ânus e a vagina que não deveria existir, podendo haver perda de gases/fezes pela vagina, infecções do trato urinário, forte odor, dores, irritações, ardores, entre outros. Ocorre, principalmente, em razão de traumas resultantes de intervenções obstétricas.

³³ Condição de incontinência urinária.

Por considerar que o laudo ainda suscitava dúvidas sobre as lacerações, a decisão foi pela anulação da sentença recorrida e pela manifestação do perito acerca de quesitos formulados no acórdão.

4.2.2.2 Acórdão 2

O Acórdão 2, processado sob o nº 1059014-25.2019.8.26.0100, trata-se de apelações interpostas pelas partes rés (Unimed Seguros Saúde S/A e Hospital Sepaco) em face da sentença que julgou procedente a ação de danos morais ocasionados por falha no serviço médico.

A argumentação do hospital pautou-se na alegação de que não existiria nexo causal que pudesse ensejar a indenização, isso porque a parturiente e a recém-nascida teriam recebido tratamento cuidadoso e recebido alta sem qualquer intercorrência em prejuízo da saúde destas. O apelo da Unimed foi pelo reconhecimento de ilegitimidade passiva - que foi rejeitada em razão de ser a gerenciadora e autorizadora de procedimentos aos beneficiários do plano de saúde e por ser quem indica os profissionais e estabelecimentos médicos.

O acórdão confirmou a ocorrência de violência obstétrica pela (i) ausência de acompanhamento médico necessário antes e após a cesárea; (ii) separação injustificada da mãe e de sua filha por mais de 24 horas, sendo que a recém-nascida sequer foi amamentada pela mãe, tendo recebido forma diversa de alimentação; (iii) não prestação de informações à família da parturiente após a cirurgia; (iv) negativa de quarto privativo contratado no plano por falta de estrutura hospitalar. Nesse sentido, negou-se provimento aos recursos.

4.2.2.3 Acórdão 3

O Acórdão 3, processo que tramitou sob o nº 1123283-44.2017.8.26.0100, trata-se de apelações interpostas em face de sentença que julgou procedente o pedido de indenização por danos morais sofridos em decorrência de violência obstétrica.

No caso do Acórdão 3, foi relatado que o anestesista do parto realizou o ato de apoiar/empurrar a barriga da parturiente para forçar a saída da criança; depois disso, ainda foi realizada episiotomia e utilizado o fórceps.

A parte autora afirmou que a episiotomia causou dificuldades para andar, bem como nas eliminações fisiológicas e na volta às atividades sexuais. Além dos danos na parturiente, foi

relatado que o recém-nascido nasceu com hipotonia³⁴, sem respirar, teve diagnóstico de asfixia perinatal, houve redução dos batimentos cardíacos, hematoma cerebral, entre outros danos. A sentença foi procedente, reconhecendo que houve sofrimento encefálico do recém-nascido em decorrência da manobra de Kristeller.

A parte autora insurgiu-se contra a sentença requerendo a majoração do *quantum*³⁵ indenizatório, pedindo a consideração dos danos psicológicos pelos riscos do parto que foi realizado com manobra de Kristeller e dos danos físicos causados à gestante e ao recém-nascido.

A parte ré, hospital Rede D'OR Luiz S/A, argumentou em sua apelação que o laudo pericial não teria demonstrado que o quadro de hipoxemia neonatal teria sido decorrente da manobra de Kristeller. Ainda, aduziram pela regularidade dos procedimentos realizados.

A fundamentação do Acórdão 3 confirmou a falha na prestação de serviços do hospital pela utilização incorreta de manobra de Kristeller, evidenciando que, além da prática não ser recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e não ter respaldo da maioria dos profissionais da saúde, foi realizada de maneira inapropriada conforme as informações constantes do laudo pericial. Este, relatou que a situação clínica admitia a utilização da manobra, mas que esta foi feita de forma brusca e inadequada, o que pode ter ensejado a hemorragia encefálica.

O acórdão manteve integralmente a sentença recorrida, negando provimento tanto ao apelo do hospital quanto ao pleito pela majoração do valor da condenação pela parte autora.

4.2.2.4 Acórdão 4

O Acórdão 4, processado sob o nº 1038611-78.2019.8.26.0506, trata-se de apelações interpostas em face de sentença que julgou procedente a ação de indenização por danos morais.

O apelo da parte ré consistiu em alegar nulidade da sentença, porque não teria sido dada a oportunidade para produção de prova para comprovar hipótese de parto precipitado, bem como para se os procedimentos realizados foram de acordo com a literatura médica e em pleitear a redução do *quantum* para mil reais porque não teria havido nexo causal entre a conduta e o dano.

A apelação da parte autora consistiu em pugnar pela majoração do valor fixado para danos morais e pela fixação do termo inicial dos juros de mora a partir do evento danoso.

³⁴ Moleza/flacidez, diminuição do tônus muscular.

³⁵ Valor ao que a parte ré foi condenada a pagar.

Foi relatado no caso do Acórdão 4 que a parturiente deu à luz no banheiro do hospital cerca de 16 horas depois do início dos procedimentos realizados para indução do parto. Nesse sentido, a decisão do acórdão afastou a necessidade de produção probatória para a argumentação de que houve parto precipitado, porque a cronologia dos fatos comprovados nos autos se contrapunha ao aduzido pela parte ré. Ademais, o acórdão confirmou a falha no atendimento prestado à parturiente, tendo em vista que cerca de 24 horas depois da internação no hospital réu, o parto aconteceu no banheiro das dependências do nosocômio sem qualquer tipo de assistência, tendo ocorrido, inclusive, a queda da recém-nascida no chão.

O acórdão, portanto, fundamentou a decisão com base na negligência de assistência ocorrida - não houve acompanhamento por nenhum profissional da saúde, nem mesmo da equipe de enfermagem, configurando-se, portanto, a violência obstétrica com base na inobservância aos critérios estabelecidos pela ANVISA no RDC nº 36/2008³⁶.

O acórdão desproveu o apelo da parte ré, enquanto deu provimento ao da parte autora, majorando o valor da condenação e fixando o termo inicial dos juros moratórios a partir do evento danoso.

4.2.2.5 Análise dos acórdãos

A análise dos acórdãos não consistirá em uma análise separada para cada julgado, mas sim, de modo geral e com alguns apontamentos individualizados. Ademais, há que se pontuar que as observações realizadas foram feitas à luz das investigações evidenciadas ao longo do presente trabalho. Diante disso, tendo em vista que, com base nas evidências científicas e nos estudos que compõem o arcabouço teórico aqui utilizado e referenciado, uma das faces da violência obstétrica é dada pela incidência de intervenções sem embasamento científico, a ótica sob a qual se analisará os acórdãos será a de que a ocorrência dessas práticas não embasadas, por si só, configura a violência obstétrica.

Passando-se à análise, inicialmente, é digno de nota que o Acórdão 1 evidencia a dificuldade de se proferir uma decisão mais acertada na ausência de uma lei federal que enuncie determinadas práticas (reiteradamente utilizadas) como violências. No acórdão em comento, por exemplo, a decisão poderia ter sido procedente desde a primeira instância diante da constatação do acontecimento da episiotomia. A ocorrência de episiotomia, manobra de Kristeller, utilização de fórceps e de muitas outras práticas sem embasamento científico (e

³⁶ O RDC nº 36 da ANVISA dispõe sobre o Regulamento Técnico para funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

danosas à parturiente e à criança) frequentemente utilizadas poderiam ser prontamente enquadradas como violências nas demandas judiciais se evidenciadas por lei. Ademais, ainda que no presente trabalho a amostragem seja composta majoritariamente por decisões procedentes em favor da parte autora (vítima da violação), não se pode concluir que esse seja o posicionamento majoritário do Poder Judiciário³⁷. Em estudo da violência obstétrica sob o olhar do Poder Judiciário brasileiro, Brito et al. (2020, p. 135) afirmam que a somatória da ausência de legislação específica, a insuficiência de conhecimento dos magistrados sobre a temática e as subnotificações das ocorrências de violências obstétricas “são fatores que se comunicam e redundam em muitos indeferimentos das ações judiciais que têm por objeto a reparação da aludida violência”.

Da exposição dos acórdãos, é possível notar que as decisões dos Acórdãos 2, 3 e 4 foram favoráveis às partes autoras, afastando as alegações das partes rés sobre ausência de falhas na prestação de assistência ao parto. Além disso, as decisões analisadas reconheceram as práticas como violências obstétricas, não apenas como erro médico. Importante salientar que o estudo de Nunes (2021), que analisou a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) sobre violência obstétrica, no período de 2016 a 2019, destacou a mudança do enfoque das decisões do termo “erro médico” para “violência obstétrica”:

[...] o conceito de violência obstétrica latente nos julgados analisados não se dá exclusivamente na perspectiva do erro médico (entendido enquanto má prestação de serviços médicos, imprudência ou imperícia), mas também nas concepções de tratamento obstétrico inadequado (entendido enquanto realização de procedimentos invasivos com ou sem motivação, uso de fórceps, realização de episiotomia, ocorrência de lesões que causam sequelas na vida pessoal e profissional dos envolvidos, bem como o impedimento da escolha do parto) (NUNES, 2021, p. 103).

Assim, as decisões mais recentes - como as da amostragem aqui observada referentes ao ano de 2021 - demonstram a ampla utilização do termo “violência obstétrica” para nomear as máculas sofridas pelas vítimas nas (des)assistências aos seus partos.

Do mesmo modo como evidencia a pesquisa de Nunes (2021), não são observados nos julgados do presente trabalho a menção da violência obstétrica como violação aos direitos reprodutivos. Ainda,

Tendo em vista que as demandas jurídicas propostas pelas partes autoras são de natureza indenizatórias, é possível a compreensão de que o problema da violência obstétrica não somente atinja a subjetividade das vítimas ensejando o pleito pela indenização cível (moral, material, estética), mas também que o único conteúdo

³⁷ Isso porque o presente trabalho não tem por objetivo realizar análise quantitativa.

normativo reconhecido pela jurisprudência do referido tribunal para a tutela da proteção contra a violência obstétrica seja o da responsabilidade civil (NUNES, 2021, p. 103).

Diante disso, tem-se que apesar da superação da visão do problema como “erro médico”, não se pode afirmar que o entendimento da violência obstétrica pelo tribunal em questão reside na tutela dos direitos reprodutivos e sexuais e no direito à saúde (NUNES, 2021), isso porque a problemática ainda é considerada como um evento danoso individualizado que enseja a responsabilização civil; ou seja, visto apenas como uma mácula e não como uma questão de saúde pública a ser tutelada considerando os aspectos de gênero, étnico-raciais e institucionais que envolvem o problema.

Outro ponto a ser observado é a defesa da autonomia de profissional da medicina presente, principalmente, a partir das conclusões dos laudos periciais. De modo geral, os laudos apontam para as práticas violentas como não recomendadas/sem evidências de benefícios no uso, como é o caso dos Acórdãos 1 e 3. No entanto, apesar de apontar para a desnecessidade do procedimento em qualquer caso, o laudo do Acórdão 1 coloca a episiotomia como procedimento que fica a critério do médico de ser ou não realizado; já no Acórdão 3, a manobra de Kristeller, apesar de ser colocada como não recomendada, também é colocada como passível de aceitação no caso da prática ser utilizada de modo “correto” em alguns casos. Essas posições traçam um paradoxo: ao mesmo tempo em que há a evidenciação de serem intervenções desnecessárias e ausentes de respaldo científico, faz-se a defesa da utilização a critério médico. No Acórdão 3, o nexo causal entre a manobra de Kristeller e a ocorrência do dano verificou-se pelo apontamento de que a manobra foi realizada de forma inapropriada/incorreta. Mas, aqui, questiona-se: e se o laudo apontasse que a manobra teria sido utilizada de forma “correta”? Apesar de não recomendada e não embasada, o desfecho poderia ter sido desfavorável à parte autora? Ainda que não seja possível saber como seria o julgamento nessa hipótese, a reflexão faz-se necessária à vista dos danos que essa prática violenta pode gerar, isso porque o procedimento, por si só, já é inadequado. Sendo assim, é possível inferir que, ainda que se tenha a consciência - por parte de profissionais da área da saúde, como os peritos dos casos - que muitas das práticas reiteradamente utilizadas no campo obstétrico não sejam recomendadas ou sequer tenham evidências científicas em prol de suas utilizações, ainda há a presença da hegemonia do saber médico com a defesa das práticas em favor de uma autonomia de profissional da medicina diante dos casos individuais. Ou seja, ainda que reconhecidamente desfavoráveis à parturiente e à criança e arbitrariamente decididas por profissional da saúde, as violências obstétricas são subestimadas/menosprezadas por uma imagem - presente no

imaginário social - da autoridade médica como figura principal no parto, fator este que contribui para a persistência das injustiças epistêmicas atreladas ao campo obstétrico.

Por todo o exposto, ainda que não se possa considerar que as decisões do TJSP têm enfrentado a problemática da violência obstétrica de forma ampla, é possível inferir que o Poder Judiciário tem sido mobilizado pelos atores sociais que, individualmente, reivindicam uma reparação aos danos experimentados por parturientes e crianças recém-nascidas a partir de demandas indenizatórias, as quais, de modo geral, pleiteiam indenizações a título de danos morais, mas que também podem incluir pedidos de danos materiais e estéticos.

As vitórias obtidas no Poder Judiciário - a partir das condenações de profissionais, planos e instituições de saúde a repararem o dano enfrentado pelas vítimas de violência obstétrica - podem funcionar como fomentadoras do debate acerca do tema e são um importante instrumento para avançar no sentido de uma maior adesão às mobilizações, mas há que se apontar que os fundamentos das decisões proferidas ainda são insuficientes para o tratamento da violência obstétrica como um problema de saúde pública e violação aos direitos reprodutivos.

Assim, ao passo em que as mobilizações sociais pelo combate à violência obstétrica ganham força entre os atores sociais e as demandas passam a ser levadas ao judiciário, espera-se que este passe a caminhar no sentido de uma consolidação de perspectivas mais amplas, levando em consideração fatores diversos que envolvem o tema (violências de gênero, institucional, étnico-racial, etc.), para que as decisões possam fomentar a luta e possa ser traçada uma nova configuração no campo obstétrico brasileiro a partir de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica que convida “à valorização de outras dimensões envolvidas no gestar e no parir, propondo uma pedagogia respeitosa que pode favorecer a governança reprodutiva, por meio do aprofundamento da agenda da justiça reprodutiva no Brasil” (TEMPESTA; FRANÇA, 2021, p. 283).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz da teoria preconizada por Fricker (2007), pode-se considerar que, ao passo em que se reconhece uma injustiça sofrida e se luta pela reparação ou cessação da ocorrência desta, dá-se início a um processo de ruptura para com um sistema desigual na distribuição de credibilidade; para isso, é necessário enfrentar não somente o problema individualmente, mas de maneira profunda, levando em consideração os preconceitos de identidade e as hierarquias de atribuição de credibilidade que se têm em um determinado problema.

Deste modo, para compreensão da violência obstétrica é necessário observar que esse fenômeno passou por uma construção histórica da qual decorreu a inserção dos discursos hegemônicos do saber médico-masculino no que diz respeito aos partos. Nesse sentido, com a consolidação da hospitalização dos partos, o protagonismo médico passou a ser a regra – ao passo em que a autonomia da pessoa gestante/parturiente passou a ser extirpada e o consentimento para com as práticas intervencionistas, irrelevante. Para além do entendimento do deslocamento do parto para os hospitais, conforme reiteradamente explicitado no presente trabalho, a violência obstétrica é uma violência de gênero, e também pode ser uma violência de classe e étnico-racial. O entendimento dos processos históricos que consolidaram papéis de gênero distintos para mulheres brancas e negras é fundamental para a compreensão das diferenças de tratamento e na maior profundidade da (des)assistência à gestação, ao parto, ao trabalho de parto e ao puerpério de mulheres pretas e pardas. Isso porque a construção imagética da mulher negra, rebaixada a uma condição de animalização e colocada como resistente à dor – isso, aliado aos preconceitos de identidade raciais –, culmina nos preocupantes dados de que mulheres pretas possuem maior risco de sofrerem desassistência no pré-natal e menor chance de receberem anestesia pós intervenções.

Para além disso, merece destaque a questão da ausência de legislação federal brasileira que trate sobre a violência obstétrica. Apesar de se tratar de uma mácula recorrente no Brasil e uma verdadeira afronta aos direitos reprodutivos e sexuais, em se tratando de legislação específica sobre o tema, existem apenas leis a níveis estaduais e municipais, sendo os demais dispositivos do ordenamento jurídico, em geral, normas que tratam de direito à saúde e garantias à reprodução e sexualidade – que, apesar de importantes instrumentos de mobilização, não surtem efeitos suficientes para suprir a ausência de legislação federal específica sobre o tema.

Como exposto no presente trabalho, a compreensão das práticas obstétricas como violências foi impulsionada a partir da década de 1950 após relatos ganharem manchetes nas mídias tradicionais. No Brasil, foi após a publicação de pesquisas sobre experiências no parto

que houve o pontapé inicial para a organização de mobilizações pela humanização da assistência ao parto. A partir dessas movimentações, a temática da violência obstétrica passou a repercutir e chegar ao conhecimento dos mais diversos atores sociais. Pode-se inferir, portanto, que o processo histórico de mobilizações sociais para a difusão de conhecimento sobre as máculas envolvidas na assistência obstétrica traçou o início da redução de uma injustiça hermenêutica: agora, muitas gestantes/parturientes/puérperas sabem dar nome a essa vivência violenta. A luta, entretanto, ainda reside, principalmente, no combate às injustiças testemunhais: estas, ainda muito presentes em decorrência da atribuição de credibilidade desigual entre os indivíduos da relação médico-paciente – enquanto a profissional da medicina há uma atribuição exacerbada de credibilidade, às mulheres, há a atribuição deficitária. Ou seja, as intervenções desnecessárias e sem respaldo científico sofridas pelas mulheres, por vezes, não são colocadas como violências obstétricas; isso porque ainda é muito presente o discurso hegemônico da medicina pautada no saber médico-masculino que defende as práticas sob o manto de serem intervenções que devem ficar “à critério médico”. Nesse sentido, reforça-se a ausência completa de autonomia da parturiente, que, por vezes, é forçada a sofrer intervenções dolorosas e desnecessárias sem sequer poder ou não consentir.

Em que pese o Poder Judiciário, mais especificamente o Tribunal de Justiça de São Paulo, ainda não profira decisões no sentido de entender a violência obstétrica como problemática de saúde pública e afronta aos direitos à saúde e à reprodução e à sexualidade, é notável a judicialização do tema em busca da reparação de danos sofridos pela (des)assistência ao parto. É diante desse cenário obstétrico invadido pelos discursos hegemônicos do saber médico-masculino que as mobilizações sociais combativas à violência obstétrica buscam espalhar informações e disseminar conhecimentos a fim de fomentar a luta pela reivindicação de direitos, seja individual ou coletivamente e a fim de buscar a formação de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica.

Portanto, é a partir da mobilização do direito – que influencia e é influenciada pelas lutas sociais - que se torna possível que a violência obstétrica seja pautada e passe a constar nas agendas políticas. A partir dessas movimentações institucionais que exercem pressão política, é possível retirar o enquadramento da violência obstétrica tido como um problema privado para transformá-lo em um problema público. Em decorrência disso, sobrevêm novas decisões e, junto dessas, novas fundamentações e entendimentos sobre o problema, assim como sobrevêm novas lutas por demandas atreladas, que vão sendo delineadas e enquadradas para que também sejam mobilizadas. À vista disso, o resultado residirá na fase do “legado jurídico”, resultante

das constantes mobilizações, que tem como ganho a tomada de consciência de direitos para além do que inicialmente se lutava.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Natalie Maria de Oliveira; RAMOS, Edith Maria Barbosa. O direito da parturiente ao acompanhante como instrumento de prevenção à violência obstétrica. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 4, p. 12-27, 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 jun. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008.html. Acesso em 19 ago. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa 211, de 11 de janeiro de 2010. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jan. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2010/res0211_11_01_2010.html#:~:text=RES%20OLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%20211%2C%20DE%2011,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em 26 set. 2022.

BRASIL. CLT. Decreto-lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis do trabalho. **Lex: coletânea de legislação**: edição federal, São Paulo, v. 7, 1943.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 ago. 2022

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 out. 1989. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7853.htm. Acesso em 01 set. 2022.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 01 set. 2021

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 05 set. 2020.

BRASIL. Lei nº 11.106, de 28 de março de 2005. Altera os arts. 148, 215, 216, 226, 227, 231 e acrescenta o art. 231-A ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11106.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.106%2C%20DE%2028,Altera%20os%20arts.&text=231%2DA%20ao%20Decreto%2DLei,Art. Acesso em: 01 set. 2020.

BRASIL. Lei 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2005b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 01 set. 2020.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 01 set. 2020.

BRASIL. Projeto de Lei nº 2.082/2022. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção. 2022c. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/154237>. Acesso em 20 out. 2022.

BRASIL. Projeto de Lei nº 7.633/2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras Providências. Disponível em: < <https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>>. Acesso em 05 set. 2022.

BRASIL. Projeto de Lei nº 7.867/2017a. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Disponível em: <https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>. Acesso em 05 set. 2022.

BRASIL. Projeto de Lei nº 8.219/2017b. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Disponível em: <https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2147144>. Acesso em 05 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS Nº 715, de 4 de abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 abr. 2022a.. Disponível em: <https://in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>. Acesso em 19 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. 2022b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante-versao_eletronica_2022.pdf. Acesso em 19 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 151, de 04 de fevereiro de 2004. Cria grupo de trabalho para Análise e Elaboração de Propostas para a melhoria da qualidade da Atenção Obstétrica e Neonatal no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, fev. 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0151_04_02_2004.html. Acesso em 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 353, de 14 de fevereiro de 2017. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 fev. 2017c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0353_14_02_2017.html. Acesso em 12 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html. Acesso em 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jul. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.459/2011, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 out. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 15 set. 2022.

BORGES, Nayara. **A luta contra a violência obstétrica: desmistificando crenças**. eBook Kindle [s.l.] [s.n.]. 62 p. 2020.

BRASIL DE FATO. Rio Grande do Sul. No Brasil não se dá à luz: só se apaga. **Coluna Diálogos Feministas**, 24 de maio de 2022. Disponível em: <https://www.brasildefatores.com.br/2022/05/24/no-brasil-nao-se-da-a-luz-so-se-apaga>. Acesso em 29 jul. 2022.

BRITO, Cecília Maria Costa et al. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 1, p. 120-140, 2020.

BROWNMILLER, Susan. **In our time: Memoir of a revolution**. Dial Press: Nova York, 1990.

BURAWOY, Michael. Marxismo sociológico: quatro países, quatro décadas, quatro grandes transformações e uma tradição crítica. Trad. **Marcelo Cizaurre Guirau, Fernando Rogério Jardim**. 1ª ed. São Paulo: Alameda, 2014.

CAREL, Havi; KIDD, Ian James. Epistemic injustice in medicine and healthcare. In: **The Routledge handbook of epistemic injustice**. Routledge, 2017. p. 336-346.

Cidade de São Paulo. Lei nº 16.602, de 23 de dezembro de 2016. Dispõe sobre a permissão da presença de doula durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como nas consultas e exames de pré-natal, sempre que solicitado pela parturiente, nas maternidades, hospitais e demais equipamentos da rede municipal de saúde. São Paulo: **Diário Oficial Cidade de São Paulo** 2016; 24 dez.

CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. 2003. p. 17-78.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DIAS, Renato Duro et al. Violência obstétrica e o paradigma do discurso hegemônico na área da saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 21, p. e0011-e0011, 2021.

FANTI, Fabíola. **Mobilização social e luta por direitos: um estudo sobre o movimento feminista**. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2016.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpos e acumulação primitiva**. Editora Elefante, 2017.

FERREIRA, Maíra Soares; GONÇALVES, Eliane. "Parirás com Dor": a violência obstétrica revisitada. **Sociedade e Cultura**, v. 23, 2020.

FIOCRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Desmonte da Rede Cegonha é visto como “risco de saúde pública”. [s.d.]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/podcast/desmonte-da-rede-cegonha-e-visto-como-risco-de-saude-publica>. Acesso em 07 out. 2022.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e nascimento**. 2012. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil#:~:text=A%20pesquisa%20%E2%80%9CNascer%20no%20Brasil,p%C3%BAblicas%20de%20ensino%20e%20pesquisa. Acesso em 10 mai. 2022.

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

FRICKER, Miranda. “Evolving Concepts of Epistemic Injustice”. In: KIDD, Ian et al. (Eds.). **The Routledge Handbook of Epistemic Injustice**. New York: Routledge, 2017.

G1. Shantal diz que percebeu violência obstétrica em vídeo do parto e que foi desacreditada por pessoas próximas. **GloboNews**, 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/01/14/shantal-diz-que-percebeu-violencia-obstetrica-em-video-do-parto-e-que-foi-desacreditada-por-pessoas-proximas.gh.html>. Acesso em 05 out. 2022.

GABRIEL, Alice de Barros; SANTOS, Breno Ricardo Guimarães. A Injustiça Epistêmica na violência obstétrica. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, 2020.

GONZALEZ, Mariana. Após caso de Shantal, busca por “violência obstétrica” cresce 5x no Google. **Uol - UNIVERSA**. 2021. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2021/12/23/apos-caso-de-shantal-busca-por-violencia-obstetrica-cresce-5x-no-google.htm>. Acesso em: 05 out. 2022.

GUIMARÃES, Paula. Andrielli é submetida à laqueadura sem seu consentimento. **Observatório de educação em direitos humanos em foco**. 16 de agosto de 2021. Disponível em: <http://observatorioedhemfoco.com.br/observatorio/andrielli-e-submetida-a-laqueadura-sem-seu-consentimento/>. Acesso em 25 ago. 2022.

HARTSOCK, Nancy CM. Standpoint theories for the next century. **Women & Politics**, v. 18, n. 3, p. 93-101, 1998.

HARTSOCK, Nancy CM. **The feminist standpoint revisited, and other essays**. Routledge, 2019.

IBGE. Educa Jovens. **Uso de internet, televisão e celular no Brasil**. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/materias-especiais/20787-uso-de-internet-televisao-e-celular-no-brasil.html>. Acesso em: 25 set. 2022.

IBGE. IBGE divulga Indicadores Demográficos e de Saúde. 2009. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?view=noticia&id=1&idnoticia=1445&busca=1&t=ibge-divulga-indicadores-demograficos-saude>. Acesso em 28 ago. 2022.

KIDD, Ian James; MEDINA, José; POHLHAUS JR, Gaile (Ed.). **The Routledge handbook of epistemic injustice**. Nova Iorque: Routledge, 2017.

KING, Margaret L. **The Woman of the Renaissance**. Renaissance Characters, p. 207-49, 1991.

KRAKOWSKI, L. História da obstetrícia e a patologização da gravidez. Rio de Janeiro: **Associação Nacional de História**. [s/d] [s/p].

KRIEDTE, Peter; CORREIA, Maria Assunção Pinto; BARREIROS, Helena. **Camponeses, senhores e mercadores: A Europa e a economia mundial (1500-1800)**. 1983.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

LUZ, Lia Hecker; GICO, Vânia de Vasconcelos. Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais/Obstetrical violence: activism on social networking. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 23, n. 3, p. 475-484, 2015.

MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais – uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. São Paulo: **Revista Internacional de Direitos Humanos**, n. 8, jun. 2008.

MBEMBE, Achille. **Crítica da Razão Negra**. 1 ed. Lisboa: Antígona, 2014. ISBN 978-972-608-254-5.

McCANN, Michael. Poder Judiciário e mobilização do direito: uma perspectiva dos 'usuários'. **Anais do Seminário Nacional sobre Justiça Constitucional**, p. 175-196, 2010.

MENEZES, Maria Luiza Ribeiro. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: a importância da tutela desses direitos por meio de uma convenção interamericana**. Trabalho de Conclusão de Curso (Mackenzie). 2020.

NADER, Maria Beatriz; CAMINOTI, Jacqueline Medeiros. Gênero e poder: a construção da masculinidade e o exercício do poder masculino na esfera doméstica. **Anais do**, v. 16, 2014.

NAKAMURA, Fernanda de Castro. **A mobilização do Direito para efetivação da saúde: a questão da hipossuficiência em face da perspectiva da universalidade**. Tese (doutorado) – Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 154 p., 2021.

NASCIMENTO, Ketre Iranmarye Manos et al. Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 7362-7380, 2021.

NUNES, Ana Beatriz Cruz. **Análise jurisprudencial sobre violência obstétrica no Tribunal de Justiça de São Paulo no período de 2016 a 2019**. 129 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista (Unesp), 2021.

OMS. **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=1C1DC44AE4892817FAFC43A7C75C828C?sequence=3. Acesso em 25 set. 2022.

ONU. **DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS**. Rio de Janeiro: UNIC, 2009 [1948]. Disponível em: <http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>. Acesso em 14 set. 2022.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **cadernos pagu**, 2017.

PATRIOTA, Tania. Relatório da conferência internacional sobre população e desenvolvimento. **Plataforma de Cairo**, 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2022

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 14. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013. <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/17973/material/FI%C3%A1via%20Piovesan%20DH%20Direito%20Constitucional.pdf>

REGINATO, Andréa Depieri de A. Uma introdução à pesquisa documental. In: MACHADO, Máira Rocha (Org.). **Pesquisar empiricamente o direito**. São Paulo: Rede de Estudos Empíricos em Direito, 2017

RIDDLE, John M. **Eve's herbs: a history of contraception and abortion in the West**. Harvard University Press, 1997.

RODRIGUES, M. A. F.. OS DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS DAS MULHERES EM PAUTA: BREVE RETROSPECTIVA. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 6, n. 16, p. 58–68, 2021. DOI: 10.5281/zenodo.4699117. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/292>. Acesso em: 25 out. 2022.

RUBLACK, Ulinka. Pregnancy, childbirth and the female body in early modern Germany. **Past & Present**, n. 150, p. 84-110, 1996.

SANTA CATARINA.. Lei Nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. **Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina**, 2017a.

SANTA CATARINA. Decreto nº 1.269, de 18 de agosto de 2017. **Regulamenta a Lei nº 17.097, de 2017, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina**. 2017b.

SANTA CATARINA. Lei nº 18.322, de 05 de janeiro de 2022. **Consolida as Leis que dispõem sobre Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. 2022.

SANTOS, Jaqueline de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Escola Anna Nery**, v. 12, n. 14, p. 645-650, 2008.

SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 209-220, 2016.

SILVA, Fernanda et al. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde e sociedade**, v. 28, p. 171-184, 2019.

SILVA, Renata Cunha da et al. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 629-636, 2013

SILVA, Vinícius Alves Barreto da. A epistemologia de Michael Burawoy e seus desdobramentos metodológicos. **Revista direito e práxis**, v. 9, p. 1503-1530, 2018.

SODRÉ, Muniz. Por um conceito de minoria. **Comunicação e cultura das minorias**. São Paulo: Paulus, v. 2005, 2005.

SOUSA, Caroline Passarini. **Partus sequitur ventrem: reprodução e maternidade no estabelecimento da escravidão e abolição nas Américas até a primeira metade do século XIX**. 2021. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SOUZA, Jurema M. A. **Trajetórias femininas indígenas: gênero, memória, identidade e reprodução**. 2007. 129 f. Dissertação (mestrado em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

STANNARD, David E. **American Holocaust: Columbus and the Conquest of the New World**. New York: Oxford University Press, 1992.

STORTI, J. de P. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal**. 2004. 118f. Dissertação (Mestrado Materno Infantil e Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

TEIXEIRA, Alessandra; GALLO, Mel Bleil. NOSSO ÚTERO, NOSSO TERRITÓRIO: JUSTIÇA REPRODUTIVA E LUTAS DECOLONIAIS POR ABORTO E MATERNIDADE. (SYN) THESIS, v. 14, n. 2, p. 52-66, 2021.

TEIXEIRA, Lara Azevedo et al. A violência obstétrica como violação do direito à saúde da mulher: uma revisão narrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n. 65, 2020.

TEMPESTA, Giovana Acacia; FRANÇA, Ruhana Luciano de. Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. **Horizontes Antropológicos**, v. 27, p. 257-290, 2021.

TELLES, Lorena Feres da Silva. **Teresa Benguela e Felipa Crioula estavam grávidas: maternidade e escravidão no Rio de Janeiro (século XIX)**. 2018. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2018.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia| Ciências Humanas**, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3 ed. UNFPA, Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf. Acesso em 09 set. 2022.

VENTURI, G.; GODINHO, T. (orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2013.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

Referência dos julgados analisados:

INDENIZATÓRIA. ERRO MÉDICO. Incúria atribuída ao nosocômio e aos profissionais médicos que realizaram o parto transpélvico no qual houve laceração do períneo e lesão do esfíncter anal da parturiente, a qual evoluiu com fistula retovaginal. Autora que impugna o laudo pericial que não identificou a existência de nexo de causalidade entre as lesões sofridas e a conduta médica. Laudo pericial que enumera dentre os fatores de agravamento do risco de laceração perineal a realização de episiotomia, o emprego de ocitocina e a aceleração do parto. Hipótese dos autos em que se identifica o início do emprego de ocitocina 30 minutos antes do início do parto, a subsequente realização de episiotomia e o nascimento 36 minutos após a hora indicada como de início do parto. Necessidade de esclarecimento pelo expert acerca da

necessidade de realização dos procedimentos que importam em agravamento do risco de laceração perineal. Existência de pontos dúbios ou omissos que impõe a complementação do laudo pericial. Sentença anulada. Apelo provido.

(TJSP; Apelação Cível 1020454-80.2020.8.26.0002; Relator (a): Rômolo Russo; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional II - Santo Amaro - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 24/11/2021; Data de Registro: 24/11/2021)

AÇÃO DE INDENIZAÇÃO FUNDADA NA RESPONSABILIDADE CIVIL – Dano moral – Falha no serviço médico prestado por hospital – Sentença de procedência que condenou solidariamente os réus no pagamento de indenização por danos morais – Inconformismos de ambos os réus - Regularmente considerada a legitimidade da empresa gestora do plano de saúde que nos termos do CDC é corresponsável pelos danos decorrentes da falha na prestação dos serviços de saúde – Perícia médica que confirma a negligência hospitalar e aponta os desconfortos físicos enfrentados pela parturiente e a filha recém nascida – Demonstrado o nexo causal entre o ato da falha hospitalar e os problemas vivenciados pelas autoras – Indenização por dano moral devida e estabelecida em montante equilibrado – Juros da mora corretamente estabelecidos desde a citação – Honorários advocatícios fixados em montante que proporciona justa paga aos serviços de advocacia prestados nos autos – Sentença mantida - Recursos desprovidos. (TJSP; Apelação Cível 1059014-25.2019.8.26.0100; Relator (a): José Carlos Ferreira Alves; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 37ª Vara Cível; Data do Julgamento: 23/11/2021; Data de Registro: 23/11/2021)

APELAÇÃO. Indenizatória. Erro médico. Pretensão dos autores (mãe e filho) de condenação do hospital réu ao pagamento de indenização por danos morais em razão da falha na prestação de serviços. Sentença de procedência. Responsabilidade objetiva do nosocômio (art. 14 do CDC). Ausência de prova da inexistência da falha na prestação dos serviços ou da culpa exclusiva dos requerentes pelo dano sofrido (art. 14, §3º, do CDC). Perícia que reconheceu a falha na prestação do serviço em razão da utilização de manobra de Kristeller mal executada e que não afastou o nexo causal pelos danos sofridos pelo concepto (hematoma cerebral). Danos morais verificados. Indenização mantida em R\$ 35.000,00 (trinta e cinco mil reais) para cada um dos autores. Adequação do quantum indenizatório tendo em vista a ausência de sequelas da prematuridade e da hipoxemia neonatal. Sentença mantida. RECURSOS DESPROVIDOS. (TJSP; Apelação Cível 1123283-44.2017.8.26.0100; Relator (a): Beretta da Silveira; Órgão Julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 15ª Vara Cível; Data do Julgamento: 05/11/2021; Data de Registro: 05/11/2021)

VOTO DO RELATOR EMENTA – RESPONSABILIDADE CIVIL - INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA - Demanda ajuizada pelos pais de recém-nascida – Parto levado a termo no banheiro do hospital que integra o polo passivo – Procedência decretada – Cerceamento de defesa – Inexistência – Descabida a realização de prova técnica para comprovação de parto precipitado – Autora que deu entrada nas dependências do hospital no dia 06/09/2019, em trabalho de parto que ocorreu no dia seguinte, após cerca de 16 horas (no banheiro do hospital, sem a assistência de qualquer profissional, com a queda do recém-nascido decorrente da expulsão fetal) – Completa desassistência à parturiente e, bem assim, não observância dos critérios estabelecidos pela ANVISA (RDC 36/2008) – Dano moral configurado e que decorre do sofrimento resultante da violência obstétrica a que foi submetida a parturiente, que também se estendeu ao genitor ao presenciar o nascimento da filha em tais condições – Quantum indenizatório – Fixação pelo valor de R\$ 40.000,00 que comporta majoração para a importância de R\$ 60.000,00, corrigida monetariamente desde a data do sentenciamento – Juros de mora – Termo inicial – Data do evento danoso (Súmula 54 C. STJ)

- Sentença reformada – Recurso dos autores provido, improvido o da ré. (TJSP; Apelação Cível 1038611-78.2019.8.26.0506; Relator (a): Salles Rossi; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro de Ribeirão Preto - 9ª Vara Cível; Data do Julgamento: 28/07/2021; Data de Registro: 28/07/2021)