ISSN Impresso 1809-3280 | ISSN Eletrônico 2177-1758
www.esmarn.tjrn.jus.br/revistas

O PARTO COMO PROCESSO DE DOMINAÇÃO MASCULINA: UMA ANÁLISE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COM BASE NA TEORIA CRÍTICA DOS DIREITOS HUMANOS

LABOR AS A PROCESS OF MALE DOMINATION: AN ANALYSIS OF OBSTETRIC VIOLENCE BASED ON THE CRITICAL THEORY OF HUMAN RIGHTS

Danielli Gadenz[*]
Ana Carla Harmatiuk Matos[**]

RESUMO: No presente artigo, com base em uma abordagem indutiva, analisaram-se dados e relatos de episódios de violência obstétrica feito por mulheres brasileiras, a fim de identificar se os instrumentos disponíveis, em âmbito legislativo e jurisprudencial, no cenário jurídico brasileiro e internacional, são aptos ao enfrentamento efetivo da questão. Como abordagem teórica, utilizou-se a perspectiva da dominação masculina (BOURDIEU) e da *teoria crítica dos direitos humanos*, especialmente valendo-se das reflexões de Herrera Flores, no intuito de demonstrar como o reconhecimento da pluralidade do direito e consequente rompimento de uma visão essencialmente positivista é fundamental para o real questionamento da normalização das práticas violentas. Tal análise permitiu apontar que o enfrentamento do padrão da dominação masculina representa o passo inicial (e fundamental) para o combate das práticas de violência obstétrica decorrentes da usurpação do protagonismo do parto pela patologização da gestação, de modo a devolver o papel central à mãe e ao bebê. Nesse sentido, observou-se que a positivação de direitos, em documentos

[*]Doutoranda em Direito da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestre em Direito pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora do Centro Universitário Univel-PR. Membro do Núcleo de Pesquisa Direitos Humanos e Vulnerabilidades (UFPR) e do Grupo de Pesquisa em Direito Civil Constitucional "Virada de Copérnico" (UFPR). Cascavel – PR – Brasil.

[**]Doutora e mestre em Direito pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestre em Derecho Humano pela Universidad Internacional de Andalucía. Tutora in Diritto na Universidade di Pisa-Italia. Vice-presidente do IBDCivil. Diretora Regional-Sul do IBDFAM. Advogada. Curitiba – PR – Brasil.

nacionais ou internacionais, é medida insuficiente para garantir a proteção dos sujeitos histórica e culturalmente vulnerabilizados. A análise sob o viés da *teoria crítica dos direitos humanos* é essencial para o reconhecimento da pluralidade do direito como fator fundamental à tutela e promoção de direitos, bem como da atuação de organizações e movimentos sociais como contrapoder, opondo questionamentos às práticas e percepções normalizadas.
Palavras-chave: Violência obstétrica. Dominação masculina. Teoria crítica dos Direitos Humanos.

ABSTRACT: In this article, from an inductive approach, data and reports of episodes of obstetric violence by brazilian women were analyzed, in order to identify whether the instruments available in the national and international legislative and jurisprudential scenario are capable of effectively confront the issue. As a theoretical approach, it was used the perspective of male domination (Bourdieu) and the Critical Theory of Human Rights, especially from Herrera Flores reflections, in order to demonstrate how the recognition of the plurality of law and the consequent rupture of a positivist vision is fundamental to the real questioning of the normalization of violent practices. This analysis allowed to point out that facing the pattern of male domination represents the initial (and fundamental) step to combat the practices of obstetric violence resulting from the usurpation of the protagonism of childbirth through the pathologization of pregnancy, in order to return the central role to the mother and the baby. In this sense, it was observed that the positivization of rights in national or international documents is an insufficient measure to ensure the protection of historically and culturally vulnerable subjects. The analysis based on the Critical Theory of Human Rights is essential for the recognition of the plurality of the law as a fundamental factor to the protection and promotion of rights, as well as the performance of organizations and social movements as counter power, opposing questions to the normalized practices and perceptions.
Keywords: Obstetric violence. Male domination. Critical theory of Human Rights.

SUMÁRIO: 1 INTRODUÇÃO; 2 A PATOLOGIZAÇÃO DA GESTAÇÃO E A OBJETIFICAÇÃO DO CORPO FEMININO; 3 A NORMALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS ABUSIVAS: É PRECISO FALAR SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**; 4 O PARTO COMO PROCESSO DE DOMINAÇÃO MASCULINA:** UMA ANÁLISE COM BASE NA

TEORIA CRÍTICA DOS DIREITOS HUMANOS; **5 CONCLUSÃO; 6 REFERÊNCIAS.**

1 INTRODUÇÃO

Diante da habitualidade das práticas violadoras de direitos das gestantes, recém-nascidos e seus familiares – ao ponto dessas sequer serem identificadas como violência obstétrica –, o presente artigo dedica-se à análise da violência obstétrica no cenário brasileiro.

O modelo atual de condução e acompanhamento da gestação, até o processo do parto, é essencial para evidenciar como o protagonismo foi tomado da mulher pela patologização do nascimento que, de evento fisiológico, resumiu-se a um ato médico. Tomando-se por base dados nacionais e globais, pretende-se estabelecer um panorama da violência obstétrica na realidade brasileira, apontando quais são as condutas consideradas violentas e de que forma os direitos das mães e bebês vêm sendo violados.

Levando-se em conta tais constatações, pretende-se apontar os principais mecanismos existentes para a tutela dos direitos, analisando como a questão é tratada no que tange à proteção e promoção dos direitos humanos, no âmbito interno e internacional, com especial ênfase no enfrentamento da questão pelos tribunais pátrios.

Nesse contexto, analisa-se a violência obstétrica no cenário brasileiro, com o amparo teórico da teoria da dominação masculina, preconizada por Pierre Bourdieu, tendo por marco teórico a *teoria crítica dos direitos humanos*, ancorada primordialmente nas obras de Joaquín Herrera Flores e David Sánchez Rubio. Objetiva-se demonstrar de que maneira a perspectiva crítica dos direitos humanos pode contribuir para o enfrentamento da normalização das práticas violentas.

A metodologia baseia-se no levantamento e análise de dados governamentais e de pesquisas realizadas, especialmente da área da saúde,

bem como no levantamento bibliográfico e jurisprudencial acerca da temática da violência obstétrica e direitos humanos.

2 A PATOLOGIZAÇÃO DA GESTAÇÃO E A OBJETIFICAÇÃO DO CORPO FEMININO

As questões de saúde, do nascer, adoecer e morrer, originariamente objeto de preocupação e cuidado femininos, passaram às mãos e mentes dos homens com o desenvolvimento da medicina moderna. O mesmo processo ocorreu com o parto, tendo os médicos assumido o posto tradicionalmente ocupado pelas parteiras, desvalorizando a sensibilidade e o papel das mães (COSTA; LUNA, 2016).

Até o século XVIII, o parto era considerado um ritual de mulheres, ficando a cargo das parteiras. No final do século XIX, o parto passa a ser um ato médico, um evento controlado, impulsionando a criação de hospitais específicos para sua realização – as maternidades – que também serviam como espaços de ensino e prática da medicina. A alteração do ambiente do parto, de doméstico, assistido por parteiras, para o hospitalar, conduzido por médicos, implicou também a alteração de seu significado, passando de um evento fisiológico, feminino, familiar e social, para um ato médico e masculino. Tornou-se uma prática na qual o corpo da mulher funciona como uma máquina, sendo a assistência prestada como linha de produção. É no hospital-fábrica que nasce o bebê, o produto de um processo de fabricação industrial (SANFELICE et al., 2014). O obstetra possui o pleno controle da situação, posicionando-se defronte à mulher, passiva em sua posição supina[1]. Justamente da

[1] Segundo pesquisas, tal posição é utilizada, como regra, durante o parto, alcançando mais de 90% das parturientes de risco habitual, apesar dos benefícios das posições verticalizadas para a mulher e para o feto (LEAL et. al., 2014).

posição originou-se o termo obstetra, derivado do latim *ob* + *stare*, que significa "em pé", "em frente a" (COSTA; LUNA, 2016).

A visão moderna do nascimento como um "problema médico", que exige soluções técnicas, contribuiu para a patologização da gestação, o aumento do uso de medicamentos e a propagação da intervenção cirúrgica. Serruya (2014) aponta que, com base nos dados da pesquisa Nascer no Brasil[2], apenas 5,6% das mulheres realizaram parto normal, de maneira natural, sem intervenção na fisiologia do trabalho de parto, como aplicação de ocitocina, episiotomia ou outros procedimentos, enquanto em outros países "tal percentual pode variar de 15% a 35% na Austrália a 41,8% para o total de partos na Inglaterra". Explica que, na realidade brasileira, o fato de estar em uma instituição hospitalar significa sofrer procedimentos, a maioria de custos elevados e sem fundamentos clínicos. Tais práticas acabam sendo realizadas como rotina e ensejam, muitas vezes, situações de violência física ou psicológica contra a mulher. Nesse sentido, o modelo obstétrico moderno:

> [...] elimina a mulher como sujeito do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a autoridade, responsabilidade e a condução ativa do processo; [...] não reconhece como legítimas as situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto;

[2]A pesquisa "Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento" foi realizada pela Fundação Oswaldo Cruz com a participação de pesquisadores de diversas instituições científicas do país, buscando realizar um panorama nacional sobre a atenção ao parto, tendo entrevistado um total de 23.894 mulheres em maternidades públicas, privadas e mistas, atingindo 266 hospitais de médio e grande porte, em todos os estados brasileiros, nas capitais e cidades do interior. Os dados foram coletados, entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, e divulgados em 2014, sendo, até hoje, considerada uma das mais completas pesquisas acerca do tema no país.

> [...] determina e facilita a atuação intervencionista do médico quando o mesmo achar apropriado; [...] supervaloriza a utilização de tecnologia; [...] aliena a parturiente em relação ao profissional e [...] direciona o sistema para o lucro (SANFELICE et al., 2014).

O principal efeito da adoção do paradigma da medicalização é o fato de ter a mulher deixado de ser o sujeito, passando a ser o objeto do parto. Não se nega a importância da hospitalização do parto, especialmente quanto à redução da mortalidade materna e neonatal, porém, os processos de significação que envolveram a institucionalização do parto também merecem destaque, pois "[...] simbolicamente, a mulher foi despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade, por meio do *cerimonial de internação* – separação da família, remoção de roupas e objetos pessoais, ritual de limpeza com enema, jejum, não deambular" (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 656, grifo do autor).

A compreensão do parto como ato médico contribuiu também para a elevação do número de cesáreas. O Brasil tem uma das maiores taxas de cesarianas no mundo[3], chegando a ultrapassar a metade do número total de partos (segundo dados preliminares, em 2016 foi de 55,5%)e, no caso de estabelecimentos de saúde privados, chegou a 84,6% em 2015, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, enquanto a média recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de, no máximo, 15% (VALADARES, 2017). Para a OMS, o parto cirúrgico somente deve ser realizado se houver risco para a gestante ou o bebê, mas a conveniência do agendamento de uma data para o parto acabou tornando a cesárea a escolha tanto de médicos como de pacientes. No

[3]Segundo Leal et al. (2014), a taxa de cesáreas no Brasil é "a mais alta do mundo, ficando próxima dos valores da China (46,2%), Turquia (42,7%), México (42%), Itália (38,4%) e Estados Unidos (32,3%) e muito superior à Inglaterra (23,7%), França (20%) e Finlândia (15,7%)".

entanto, Chaves (2014) destaca que a opção pela cesárea, em detrimento do parto normal, seria como trocar "gato por lebre":

> A cesariana é praticamente*o modus operandi* do atendimento no setor privado, e as mulheres atendidas neste setor revelam um maior nível de satisfação no que toca a relação médico/paciente. Ao mesmo tempo, [...] a trajetória das mulheres na definição pelo tipo de parto, nos revela uma preferência pela cesárea, no início da gravidez, baixa no setor público e alta no privado. Sabemos que tanto no público como no privado as taxas são altas, especialmente altas no setor privado. Se pensarmos o parto como desfecho da gravidez e nas cesáreas desnecessárias, com desfechos nefastos para a saúde dos bebês, podemos concluir que, apesar das mulheres no setor privado terem assumido a cesárea como escolha inicial, elas não estão sendo informadas das vantagens e desvantagens da via de parto e não estão conscientes dos riscos da prematuridade e de suas consequências. Penso que parte desse resultado se deve a uma postura dos profissionais que não utilizam o tempo de pré-natal para informar as mulheres aspectos relacionados ao nascimento de seus filhos. É incrivelmente no setor privado, onde o poder aquisitivo é maior, e maior é a possibilidade de escolha, que os resultados são piores. Certamente estão comprando gato por lebre.

Além disso, os dados coletados pela Fundação Oswaldo Cruz permitem observar que o cuidado dispensado varia de acordo com a cor da pele, sendo mais satisfatório às brancas e menos satisfatório entre pretas e pardas. As parturientes de pele escura acabam realizando menos consultas e exames pré-natais e sendo menos submetidas a intervenções, como o uso de ocitocina, episiotomia e cesariana, o que poderia significar um cuidado a mais, de acordo com as evidências científicas recomendadas pelo Ministério da Saúde. Porém, na realidade, tendo em

vista que o modelo de assistência obstétrica adotado no Brasil é intervencionista, e os profissionais de saúde, em larga medida, não somente identificam essas práticas como adequadas, mas também como indicativas de um "bom cuidado", conclui-se por um menor cuidado em relação às mulheres pretas e pardas, pois o grupo apresenta prevalências mais altas de parto pós-termo. Destacando ainda mais a discrepância no tratamento, observa-se serem menores os índices de aplicação de analgesia em parturientes pertencentes a grupos étnico-raciais mais discriminados, e a razão para tal diferença seria a percepção social (LEAL et al, 2017):

> [...] o uso diferencial de analgesia segundo grupos raciais possivelmente se associa a percepções sociais que se baseiam na existência de profundas diferenças biológicas supostamente intrínsecas. Esses autores entrevistaram estudantes de medicina e residentes e constataram que eram comuns as perspectivas identificadas por esses autores como de "racismo internalizado", de que, ao se comparar pretos e brancos, os primeiros eram tidos como mais resistentes à dor. O tema das percepções de profissionais de saúde acerca das relações entre atributos raciais e resistência à dor ainda está por ser pesquisado no Brasil. Mesmo que a temática não tenha sido sistematicamente investigada na pesquisa *Nascer no Brasil*, houve ocasiões, como foi o caso de serviços de obstetrícia no Rio de Janeiro, em que profissionais de saúde mencionaram uma suposta melhor adequação da pelve das mulheres pretas para parir, fato que justificaria a não utilização de analgesia.

Tais diferenças no atendimento, em razão de raça e cor, possuem íntima relação com os enquadramentos que Judith Butler (2017) entende como essencial para compreensão das vulnerabilidades. Para ela, reconhecer que a ontologia do corpo é, necessariamente, uma

ontologia social, permite relacionar a concepção existencial de "precariedade" com a noção política de "condição precária". Apreender uma vida encontra-se intimamente ligado ao problema ético do reconhecimento e proteção contra violações e diversos tipos de violência, não existindo vida ou morte sem relação com um determinado enquadramento. A moldura funciona refletindo dentro uma realidade existente fora, que torna o próprio sentido de dentro reconhecível. Por isso, ações que possibilitam a ruptura dos enquadramentos permitem outras possibilidades de apreensão, contribuindo para o colapso/enfraquecimento/questionamento da norma.

A condição precária é uma condição politicamente induzida a certas populações que sofrem com redes sociais e econômicas de apoio deficientes, expondo-se a violações, à violência e à morte. É a condição máxima de precariedade, que expõe populações à violência estatal, mas que tem no Estado sua única opção de proteção, como no caso das populações marginalizadas e com menores condições econômicas, que acabam sofrendo violações de um atendimento público de saúde que não é prestado adequadamente (BUTLER, 2017). Assim, pode-se afirmar que a estrutura social e econômica do país reflete na adoção de medidas e na forma do atendimento dispensado às parturientes.

Pode-se ilustrar a perspectiva do enquadramento baseado no perfil das mulheres que realizam cesariana no Brasil: possuir maior idade e escolaridade, melhor condição econômica, realizar assistência pré-natal em serviços privados e residir nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, além da opção pela cesárea por fatores não clínicos. Tal realidade contribui também para a associação a realização de cesariana a um bom padrão de atendimento (DOMINGUES et al., 2014). Nesse sentido, apontam-se como justificativa para a escolha pela cesárea, em geral:

> [...] as percepções negativas sobre o parto vaginal, relacionadas principalmente ao medo da dor do parto

> (46,6%), mas também a questões como o medo de não conseguir ter o parto, críticas à forma "desumana" como o parto é conduzido e medo de não conseguir atendimento, foram os aspectos mais citados para justificar a preferência pela cesariana. [...] Problemas de saúde; a comodidade da cesariana para a mulher, pela possibilidade de planejar e agendar a data do parto; ter o mesmo profissional de saúde; preferência do marido; e a maior segurança do parto cesáreo para o bebê foram relatados por menos de 10% das mulheres, porém foram mais referidos por mulheres com parto pago com recursos privados, particularmente as primíparas (DOMINGUES et al., 2014).

Observa-se que a conveniência, para médico e paciente, a escolha da data, bem como a facilidade em reduzir drasticamente a dor sentida pela parturiente estão entre as razões da preferência pela cesariana. Kondo e Werner (2013, p. 142) enfatizam que o medo da violência é um fator decisivo na escolha pela cesárea, o que os autores acima citados preferiram denominar de "forma desumana" na condução do parto.

Outro ponto crucial que contribui para as altas taxas de cesáreas é a falta de incentivo e esclarecimento acerca do parto vaginal pelos profissionais que acompanham a gestação. Dados mostram que, no setor público, a proporção de mulheres optantes pela cesárea, no final da gestação, não se modificou (cerca de 30%), todavia no setor privado, observou-se um aumento da decisão pela cesariana no final da gestação, cerca de 70% das mulheres. Ainda, considerando que, no setor privado, cerca de 80% das gestantes são acompanhadas pelo mesmo médico, do pré-natal ao parto, denota-se a ocorrência de aconselhamento favorável à cesariana, especialmente diante do fato de que a cesariana não foi definida apenas por intercorrências na gestação. A análise das práticas aponta que "a atitude do profissional de saúde, em relação ao parto

cesáreo, é influenciada por diversos aspectos, dentre eles a conveniência da cesariana por questões econômicas e financeiras, existindo a possibilidade de um aconselhamento enviesado" (DOMINGUES et al., 2014).

Para Valle (2017), essa realidade demonstra como a saúde foi mercantilizada: os pacientes passaram a ser "clientes" de um sistema de saúde que, "cada vez mais, deixa de ser um direito universal e um dever do Estado, para se tornar um produto, como foco no lucro do empreendimento e não no bem-estar". A seu ver, a mercantilização da saúde e a estrutura empresarial das clínicas e hospitais favorecem a ocorrência de práticas violentas, uma vez que a saúde vista como mercadoria passa a seguir a lógica da eficiência econômica, substituindo profissionais de saúde por administradores e pacientes por produtos.

É nesse contexto que a violência obstétrica passa quase despercebida. Destaca-se que ela abrange tipos diversos de submissão física e psicológica, durante a gestação (inclusive abortamento) até o pós-parto, caracterizando-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, pelos profissionais de saúde, valendo-se de um tratamento desumanizado, abuso de medicamentos, patologização de procedimentos naturais, acarretando a perda de autonomia e da capacidade de decidir livremente acerca dos seus corpos e sexualidade (COSTA; LUNA, 2016). Durante a gestação, as situações mais comuns são a negligência, negativa ou demora no atendimento, constrangimento, em razão de qualquer característica física, social, financeira, etc., além do agendamento de cesariana sem necessidade médica. No momento do parto, o impedimento de acompanhante à parturiente (assegurado pelo art. 19-J da Lei nº 8.080/1990, acrescentado pela Lei nº 11.108/2005[4]),

[4]Interessante destacar os impactos também sobre a garantia do direito da mulher ao acompanhante por ocasião do parto. Cerca de 25% das mulheres ficaram sem acompanhantes durante toda a internação para o parto, mesmo com a previsão legal.

não ofertar alimentação, impedir a deambulação, realização de procedimentos dolorosos, como a aceleração do parto mediante aplicação de doses de ocitocina, a realização de procedimentos desnecessários, como a episiotomia[5], manobra de Kristeller[6], cesárea contra a vontade da parturiente e sem indicação clínica, procedimentos invasivos sem explicação, consentimento ou anestesia, normalmente buscando reduzir o tempo do parto e agilizar o atendimento. Ainda, após o parto, são comuns situações, como impedir o contato da mãe com o bebê e o aleitamento na primeira hora de vida.

Associados à solidão na internação, a pesquisa aponta relatos de maus-tratos, pior relação com os profissionais e menor satisfação com a atendimento recebido (LEAL et al., 2017).

5 A episiotomia é o corte do períneo, a fim de expandir a dilatação do cérvix. Explicam Leal et al. (2014) que a prática da episiotomia se incorporou à rotina da assistência ao parto desde o início do século passado sem que nenhum trabalho que avaliasse seus riscos e benefícios tivesse sido realizado. Contudo, estudos controlados demonstram que a episiotomia aumenta o risco de laceração perineal infecção e hemorragia, sem diminuir as complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal. Por essas razões, as novas diretrizes clínicas, baseadas em estudos adequadamente desenhados para essa avaliação, desestimulam o seu uso rotineiro na assistência obstétrica. A OMS recomenda que a taxa de episiotomia seja entre 10% e 30%. Todavia, no Brasil, a taxa alcança 56%. Além dela, outra prática comum no Brasil é o "ponto do marido", que é a sutura excessiva da episiotomia, diminuindo o diâmetro do diafragma vulvovaginal, "apertando" a entrada da vagina, a fim de proporcionar maior prazer ao homem durante o ato sexual (SÃO BENTO; SANTOS, 2006).

6 Também conhecida como pressão do fundo uterino, a manobra de Kristeller possui riscos, como "a ruptura uterina, lesão do esfíncter anal, fraturas em recém-nascidos ou dano cerebral, dentre outros. Infelizmente, não temos como avaliar em que condições e de que forma a manobra foi feita nas mulheres que participaram desse estudo, no entanto acreditamos que não há suporte para sua utilização em mais de um terço das mulheres classificadas como de risco obstétrico habitual, conforme identificado. Num cenário de tantas intervenções e violências institucionais, a manobra de Kristeller deve ser apontada como uma prática desnecessária, até que evidências robustas de efetividade e segurança justifiquem sua utilização" (LEAL et. al., 2014).

Pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, em 2010, apontou que 25% das mulheres entrevistadas afirmaram ter sofrido alguma forma de violência institucional, destacando-se a realização de exame de toque doloroso e negativa para alívio da dor (10%), ausência de explicação quanto aos procedimentos adotados e gritos de profissionais durante o atendimento (9%), negativa de atendimento (8%) e xingamentos ou humilhações (7%). Ainda, a pesquisa apontou que cerca de 23% das entrevistadas sofreram coação verbal pelos profissionais, por meio de frases, como "não chora que ano que vem você está aqui de novo" (15%), "na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe" (14%), "se gritar eu paro e não vou te atender" (6%), "se ficar gritando vai fazer mal pro neném, ele vai nascer surdo" (5%) (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010). Essas situações mostram como a utilização desnecessária de procedimentos para aceleração do parto, além de falta de sensibilidade no atendimento, são bastante comuns.

Nesse contexto, verifica-se que práticas violentas fazem parte do cotidiano do atendimento obstétrico no país e são reforçadas pela cultura de submissão feminina, pela impunidade dos profissionais e pelo silêncio das vítimas. Relacionam-se, ainda, com o afastamento da mulher do seu papel de protagonista no processo do parto pela evolução da obstetrícia, contribuindo para a "normalização" dessas práticas.

3 A NORMALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS ABUSIVAS: É PRECISO FALAR SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Como visto, a violência obstétrica, apesar de pouco discutida, está bastante presente na realidade das gestantes. As mulheres sofrem as mais diversas violações durante consultas e procedimentos ginecológicos ou obstétricos, tais como: ofensa à intimidade, pela exibição de seus corpos e órgãos genitais de forma inapropriada e sem sensibilidade;

violação do direito à informação e tomada de decisões, pela realização de práticas sem prévio consentimento; omissão de informações e negativa de escolha; violação da integridade física e psíquica, pela realização de procedimentos sem anestésicos; indução de parto; entre outros. Cabe destacar que, no caso da violência obstétrica, a vítima das práticas abusivas não é somente a parturiente, mas também a criança e toda sua família.

A tutela e proteção desses direitos é encontrada nos mais diversos diplomas legais. Existe uma infinidade de normas internacionais e estatais que tutelam o direito à vida, à saúde, à integridade física, entre outros relacionados ao adequado atendimento da gestante e à dignidade humana. No plano internacional, o direito à saúde está assegurado em vários atos, como a Declaração Universal de Direitos Humanos, da ONU (1948), o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), o Pacto São José da Costa Rica (1969). Ainda, destaca-se a atuação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em promoção e defesa das boas práticas de saúde em âmbito global.

Especificamente sobre os direitos das mulheres, são vários os tratados e convenções que buscam defendê-las da violência. Pode-se citar a Convenção sobre Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, assinada em Belém, em 1994, que considera violência contra a mulher "qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada", destacando as gestantes como grupo vulnerável e merecedor de especial atenção do Poder Público (COMISSÃO..., 1994). Também a Conferência do Cairo (1994), que elege os direitos reprodutivos como prioridade, estabelecendo o dever dos Estados de assegurar o poder da mulher em decidir sobre a própria fecundidade, a liberdade de escolha no planejamento familiar e no exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Ainda, a Convenção de Pequim (1995), a

qual trata da saúde reprodutiva, destacando a necessidade de se combater o desrespeito dos direitos reprodutivos das mulheres, ocasionado especialmente pela falta de informação e práticas discriminatórias.

Em termos de legislação interna, além da Constituição Federal, que tutela o direito à saúde, integridade física e psíquica, intimidade, entre outros, é possível citar a Lei nº 8.080/1990, a qual regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e que, em seu art. 19-J (incluído pela Lei nº 11.108/2005), prevê a obrigatoriedade da presença de acompanhante à parturiente, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 1990)[7]. Também merecem destaque algumas previsões no Código Penal (BRASIL, 1940), como a causa de aumento de pena em razão de vítima gestante (art. 61, II, alínea h), quando não qualificadora do crime, além da tipificação da coação verbal ou psicológica como crime de constrangimento ilegal (art. 146) e a aceleração do parto que pode configurar lesão corporal de natureza grave (art. 129, §1º, inciso IV).

Especificamente quanto à temática do parto, a Agência Nacional de Saúde (ANS) editou a Resolução Normativa nº 368/2015, regulamentando a realização de partos pelos planos de saúde, a fim de estimular a realização de partos normais. Cumpre ressaltar que a Resolução nº 368 foi alterada pela 398/2015, em razão da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, que tramita perante o Tribunal Regional Federal da 3ª Região, que condenou a ANS a :(i) determinar às operadoras de plano privado de assistência à saúde que forneçam a seus beneficiários os percentuais de cesarianas e partos normais efetuados pelos obstetras e hospitais remunerados pela; (ii) definir um modelo de partograma obrigatório a ser utilizado em todos os nascimentos, como

[7]Ressalte-se que o art. 19-L caracterizava como crime de responsabilidade o descumprimento da garantia da acompanhante, o que foi vetado pelo presidente da República (BRASIL, 2005).

condição para recebimento da remuneração da operadora; (iii) determinar a utilização do cartão da gestante como documento obrigatório; (iv) determinar às operadoras e hospitais que sejam obrigados a credenciar e possibilitar a atuação dos enfermeiros obstétricos no acompanhamento de trabalho de parto e parto; (v) criar indicadores e notas de qualificação para operadoras e hospitais específicos para a questão da redução do número de cesarianas e adoção de práticas humanizadoras do nascimento; e (vi) estabelecer que a remuneração dos honorários médicos a serem pagos pelas operadoras seja proporcional e significativamente superior para o parto normal em relação à cesariana, em montante a ser definido pela ANS segundo seus critérios técnicos (BRASIL, 2015).

Ademais, em 2016, o Ministério da Saúde publicou o Protocolo de Diretrizes Terapêuticas para as cesarianas (Portaria nº 306, de 28 de março de 2016), visando a reduzir as intervenções (episiotomia, uso de ocitocina, entre outros) desnecessárias, uma vez que podem pôr em risco a segurança das parturientes e seus filhos ou filhas, já que, em muitos casos, não estão de acordo com as melhores evidências científicas. Ainda, segundo o Protocolo, a manobra de Kristeller passa a ser contraindicada. Há, ainda, a possibilidade da realização do parto normal por enfermeira obstétrica ou obstetriz, profissional que reforça o cuidado humanizado. Quanto às maternidades, o protocolo estabelece a liberdade de posição (cócoras, quatro apoios, de lado, em pé, ajoelhada) durante o parto, dieta livre (jejum não obrigatório), presença de doulas, acompanhante, respeito à privacidade da família e métodos de alívio da dor, como massagens e imersão em água. Além dessas recomendações, também indica o contato pele a pele imediato com a criança logo após o nascimento e o estímulo à amamentação. Todavia, a observância do documento é obrigatória apenas nos partos realizados pelo SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Alguns resultados das medidas apontadas acima já podem ser notados, como ter o Brasil, pela primeira vez, desde a década de 1970, não apresentado crescimento no número de cesáreas no ano de 2016 (VALADARES, 2017). Todavia, não existem pesquisas oficiais relacionadas especificamente à ocorrência de violência obstétrica, estando o foco apenas nas práticas adotadas pelas maternidades, especialmente no momento do parto. Assim, por mais que haja uma redução no número de cesáreas, ou que todos os partos sejam realizados em ambiente hospitalar, não é possível, com base nisso, inferir que não estejam sendo violados direitos das gestantes no decorrer do atendimento ou trabalho de parto[8].

É imprescindível destacar que não há publicações, estudos ou menções oficiais à temática da violência obstétrica no âmbito governamental brasileiro. Foi encontrada informação acerca de legislação relacionada diretamente à violência obstétrica no Estado de Santa Catarina, que promulgou, em 17 de janeiro de 2017, a Lei nº 17.097, a qual dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica, estabelecendo medidas a serem aplicadas pela Secretaria da Saúde, como o desenvolvimento de atividades educativas com o objetivo de conscientizar

[8]Um dos Objetivos do Milênio, estabelecidos pela ONU, em 2000, era a melhora da saúde materna. Dentre as metas estabelecidas, estavam o acesso universal à saúde reprodutiva e a promoção, pelo SUS, de cobertura universal no âmbito da saúde sexual e reprodutiva até 2015. De acordo com dados da ONU, em 2011, cerca de 99% dos partos brasileiros ocorreram em hospitais ou outros estabelecimentos de saúde e 90% das gestantes realizaram, pelo menos, quatro consultas pré-natais. Não tendo sido alcançados os objetivos até a conclusão do prazo em 2015, foram elaborados, em fevereiro de 2016, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, dentre os quais se encontra a meta de assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais, até 2030 (ONU, 2015).

as gestantes para que conheçam seus direitos, ações de divulgação nos estabelecimentos hospitalares e voltadas à população, sobre os direitos da mãe e do bebê, e também a exposição de cartazes com o tema em hospitais, unidades de saúde e demais locais de atendimento à gestante. Ainda, prevê que os órgãos públicos deverão fiscalizar a aplicação da lei e aplicar sanções aos descumprimentos; todavia, não prevê quais são as sanções. A lei supra reconhece como violência obstétrica "todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério" (SANTA CATARINA, 2017)[9].

[9]Ainda, a Lei nº 17.097/2017 exemplifica algumas condutas consideradas violência obstétrica, como "tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido; fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas; fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico, como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros; não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto; tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz; fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê; recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica; promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local; impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto; impedir a mulher de se comunicar com o "mundo exterior", tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante; submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional; deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta

Quanto ao tratamento da questão pelos tribunais brasileiros acerca do tema, a pesquisa jurisprudencial evidencia a inexistência de aplicação dos regramentos nacionais e internacionais específicos quanto à matéria. Por exemplo, não foi encontrado caso com aplicação da legislação penal vigente para hipóteses de violência praticada por profissionais de saúde (especificamente do art. 129, §1ª, IV, do Código Penal). Todavia, destaca-se a Apelação 0000944-51.2010.8.19.0000 do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ), de 2013, que, apesar de não referir à "violência obstétrica", manteve a condenação de um médico por homicídio culposo (pena aplicada de 1 ano e 8 meses de detenção em regime aberto, substituída por pena restritiva de direitos consistente em prestação pecuniária no valor de 15 salários mínimos), em decorrência de imperícia do agente (julgamento em 11/10/2012). Destaca-se, porém, que foi reconhecida a extinção de punibilidade em razão do reconhecimento de prescrição da pretensão punitiva (julgado em junho de 2014).

assim o requerer; proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível; manter algemadas as detentas em trabalho de parto; fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado; após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto; submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes; submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar; retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais; não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS); tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia" (SANTA CATARINA, 2017).

A pesquisa detectou também alguns casos que foram resolvidos na seara da responsabilização civil, ressaltam o caráter fundamental ao parto humanizado, condenando o estabelecimento hospitalar ao pagamento de dano moral, em razão da privação de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, ofensas verbais, contato com filho negado após o nascimento (Apelação SP 0001314-07.2015.8.26.0082, Tribunal de Justiça de São Paulo –TJSP, julgada em 11/10/2017).

Nota-se que dificilmente os tribunais utilizam a nomenclatura "violência obstétrica", o que pode ser interpretado como mais uma forma de cegueira institucionalizada quanto à realidade, preferindo tratar como casos de imperícia ou negligência dos profissionais. Inclusive, em diversas passagens, observa-se o entendimento de que a realização de episiotomia é uma prática comum no parto, em clara desconformidade com o posicionamento da OMS, a exemplo da Apelação Cível nº 70049094063, julgada, em 10/10/2012, pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (TJRS), que assim decidiu: "A arte médica, no caso, autoriza e até recomenda a realização de episiotomia justamente para facilitar a expulsão como também para prevenir lacerações aleatórias no assoalho pélvico, não raras e decorrentes muitas vezes da própria gestação" (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

No âmbito legislativo, localizou-se o PL nº 7.633/2014, em trâmite na Câmara dos Deputados, que busca humanizar a assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal, elencando os direitos da mulher gestante, conceituando a violência obstétrica, buscando o controle da cesariana e outras práticas. Em sentido similar, citam-se os Projetos de Lei nº 7.867/2017 e nº 8.219/2017; no entanto, apenas o último criminaliza, especificamente, a conduta da violência obstétrica, estabelecendo uma pena de detenção, de seis meses a dois anos, além de multa. Ainda, no caso da realização de episiotomia, a pena

é de um a dois anos, e multa. Recentemente, os projetos citados foram apensados ao Projeto de Lei nº 6.567/2013, que busca instituir o parto humanizado no SUS, atualmente aguardando parecer do relator da Comissão de Educação (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2013, 2014, 2017a e 2017b).

Ressaltam-se também alguns projetos de lei incluídos na recente legislatura, como o PL nº 878/2019, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal; o PL nº 2.693/2019, que institui a Política Nacional de Atendimento à Gestante; o PL nº 3.310/2019, que dispõe do registro em som e imagem de todas as consultas pré-natais, trabalho de parto e parto; o PL 1.217/2019, que busca garantir à gestante com deficiência auditiva acompanhamento por intérprete de *libras* durante o pré-natal e parto, entre outros (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019a, 2019b, 2019c, 2019d). Todos os projetos citados foram apensados ao PL nº 6.567/2013.

Diante do exposto, é possível notar que existe uma série de dispositivos do direito interno e internacional que condenam as práticas de violência obstétrica. No entanto, na prática, é a rara aplicação dessas normas, especialmente no que tange à imposição de sanções penais e administrativas. Também é possível observar que as recomendações de órgãos de saúde são praticamente ignoradas na análise da questão e, inclusive, são raras as menções de que a conduta implica violações de direitos humanos.

Ressalte-se, ainda, que textos de produção científica sobre o tema, especialmente na área jurídica, em sua maioria, expõem uma série de tratados internacionais de proteção à mulher, mas sem mencionar outras formas de evitar a perpetuação das práticas violentas. Assim, a questão continua em aberto, permitindo a identificação, de maneira

clara, da perspectiva "tradicional" de direitos humanos, embebida de uma concepção positivista e pouco eficaz.

Como explica Barreto (2010), trata-se de uma ilusão que a codificação será capaz de resolver o caráter volátil dos direitos, de modo a suprir a demanda de mais leis e mais direitos em busca de um direito dos direitos. Explica que "a juridificação não foi capaz de garantir a implementação dessa nova ordem jurídica, que, muitas vezes, estabelece direitos e garantias nos textos legais, mas não os implementa nas políticas públicas e nas decisões judiciais" (BARRETO, 2010, p. 193).

Os direitos humanos buscam uma distância crítica da lei, pois existem antes de serem promulgados e é essa peculiaridade que faz com que possam ser retirados do âmbito de uma teoria do direito positivista. São instrumento de crítica e contestação, exatamente, do sistema de direito positivo. Essa é a postura da *teoria crítica dos direitos humanos*, que será abordada no tópico seguinte.

4 O PARTO COMO PROCESSO DE DOMINAÇÃO MASCULINA: UMA ANÁLISE À LUZ DA TEORIA CRÍTICA DOS DIREITOS HUMANOS

O estado da arte da questão, como se destacou na Seção anterior, e a evolução da obstetrícia, no antecedente, evidenciam a exclusão das mães do protagonismo no processo de nascimento, a normalização de condutas abusivas e sua consequente impunidade, o que têm grande relação com a perspectiva da *dominação masculina,* teorizada por Pierre Bourdieu (2012).

A dominação configura-se por meio do que Bourdieu denomina de *violência simbólica*, a dissimulação das relações de força, que faz com que as práticas violadoras se tornem "invisíveis" para a sociedade e, em muitos casos, até mesmo para as vítimas.

Por isso, movimentos sociais, como o feminista, são responsáveis por trazer à tona importantes questionamentos e reflexões

acerca das relações humanas e dos contextos sociopolíticos, econômicos, culturais e sexuais que as envolvem. No caso, o movimento feminista põe em discussão a ideologia que defende uma relação de poder entre os sexos que, em verdade, decorre muito mais de critérios sociais que biológicos:

> O masculino e o feminino são criações culturais e, como tal, são comportamentos apreendidos através do processo de socialização que condiciona diferentemente os sexos para cumprirem funções sociais específicas e diversas. Essa aprendizagem é um processo social: "aprende-se" a ser homem e mulher e a aceitar como naturais as relações de poder entre os sexos. A menina aprende a ser doce, obediente, passiva, dependente, enquanto que o menino aprende a ser agressivo, competitivo, ativo, independente, como se tais qualidades fossem parte de sua natureza. Esse reducionismo biológico camufla as verdadeiras raízes da opressão da mulher, que é fruto de relações sociais (RODRIGUES; GADENZ; LA RUE, 2014, p.6).

Daí o papel fundamental dos movimentos sociais. Com eles, "a própria esfera pública se transforma, dando espaço a vozes excluídas, e assim começando a operar como mecanismo de pressão social, promotor de mudanças na lei e no Estado" (ABOIM, 2012, p. 113). O discurso feminista expõe como, por meio da sexualidade, o poder do masculino sobre o feminino é exercido: o sexo não é uma simples função natural, mas um ponto de passagem para as relações de dominação que os homens exercem sobre as mulheres. Para o feminismo, o "sexo é político", pois ele próprio contém relações de poder. O feminismo rompe com os modelos políticos tradicionais que atribuem neutralidade ao espaço individual e definem política unicamente como a "esfera pública", desafiando a ideia de que a hierarquia sexual seja uma fatalidade biológica, compreendo-a como fruto de um processo histórico (RODRIGUES; GADENZ; LA RUE, 2014), buscando superar a

perspectiva materno-infantil, compreendendo a mulher como sujeito, além de sua especificidade reprodutiva, a fim de assumir abordagem ampliada de saúde. Por isso, "a humanização do parto se situa no marco mais geral dos direitos sexuais e reprodutivos, os quais incluem a garantia à maternidade segura, à contracepção e ao aborto" (AQUINO, 2014).

Bourdieu (2012, p. 16) destaca a arbitrariedade da divisão das coisas e das atividades fundando-se na oposição entre o masculino e o feminino, inserindo-as num sistema de oposições homólogas, como alto/baixo, fora/dentro, público/privado, etc. Esses sistemas de pensamento, registrados como diferenças naturais confirmam-se socialmente, aplicadas independentemente de relações de força, num sistema mítico-ritual, no qual os conceitos estão objetivamente ajustados às divisões pré-existentes, fazendo com que a ordem estabelecida seja reconhecida como "oficial", incorporando-se aos corpos e *habitus*[10] dos agentes.

O mundo, portanto, é construto social da realidade sexuada, no qual as visões e divisões sexualizantes se impõem. Contudo, tais imposições aplicam-se também ao próprio corpo. Bourdieu (2012, p. 20) explica que a diferença biológica entre os sexos é vista como uma "justificativa natural" da diferencia social entre os gêneros, formando um

[10]Pierre Bourdieu (1983, p. 65) adota a categoria *habitus* para indicar "um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações – e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas". Segundo Setton (2002), o *habitus*é concebido como um sistema de esquemas individuais, socialmente constituído de disposições estruturadas (no social) e estruturantes (nas mentes), adquirido nas e pelas experiências práticas (em condições sociais específicas de existência), constantemente orientado para funções e ações do agir cotidiano. A relação entre indivíduo e sociedade, com base nessa categoria, afirma que o individual, o pessoal e o subjetivo são simultaneamente sociais e coletivamente orquestrados.

ciclo de relações de dominação inscritas tanto na objetividade das divisões quanto na subjetividade, baseados em esquemas cognitivos organizados segundo essas divisões. O corpo é submetido a uma construção social, fazendo com que o simbolismo que lhe é atribuído seja percebido como quase natural.

Assim também as reações em relação a determinadas situações acabam sendo diferentes a depender daqueles que estão sofrendo as violações e quem as está realizando. Butler (2017, p. 68) destaca que as reações de comoção são tacitamente reguladas por certos tipos de enquadramento interpretativo, fazendo com que as pessoas sintam "mais horror e repulsa moral por vidas humanas perdidas em determinadas circunstâncias do que em outras", pois tal sentimento é condicionado pela forma de interpretar o mundo. Para a filósofa, a resposta moral à violência decorre da concepção de que ela é justa ou justificada, sentimento criado por um poder regulatório, pois a comoção sempre é transmitida de outro lugar, predispondo a percepção do mundo de determinada maneira, acolhendo certas dimensões e resistindo a outras. E o que faz essa diferenciação da resposta afetiva e valoração moral são os enquadramentos que fazem com que certas vidas sejam consideradas dignas de proteção e outras não, pois não são completamente "vidas".

Nesse contexto de mundo, a dominação masculina ocorre com base em uma *violência simbólica*, de característica "suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas", exercida por "vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento" (BOURDIEU, 2012, p. 7-8). O grande destaque da dominação masculina é que ela se encontra tão arraigada socialmente que, muitas vezes, não é notada, nem mesmo pelos dominados; é natural, dispensando, portanto, qualquer justificação:

> A força da ordem masculina se evidencia no fato de que ela dispensa justificação: a visão androcêntrica impõe-se como neutra e não tem necessidade de se enunciar em discursos que visem a legitimá-la. A ordem social funciona como uma imensa máquina simbólica que tende a ratificar a dominação masculina sobre a qual se alicerça: é a divisão social do trabalho, distribuição bastante estrita das atividades atribuídas a cada um dos dois sexos, de seu local, seu momento, seus instrumentos; é a estrutura do espaço, opondo o lugar de assembléia ou de mercado, reservados aos homens, e a casa, reservada às mulheres; ou, no interior desta, entre a parte masculina, com o salão, e a parte feminina, com o estábulo, a água e os vegetais; é a estrutura do tempo, a jornada, o ano agrário, ou o ciclo de vida, com momentos de ruptura, masculinos, e longos períodos de gestação, femininos (BOURDIEU, 2012, p. 18).

A prestação do serviço de saúde divide-se entre o "tratar", relacionado à atuação médica, identificada como masculina, científica, portadora de valores de verdadeira qualificação profissional; e o "cuidar", relacionado às atividades de enfermagem e nutrição, associadas a qualidades femininas e empíricas. Tal divisão justifica a desvalorização social e econômica das atividades do cuidar, em que se concentra a mão de obra feminina. Nesse universo das práticas de cuidado, vislumbra-se uma rigorosa hierarquia, que submete os profissionais a um "trabalho massivo, rotineiro, taylorista, que exige sua atenção constante e intensiva durante a toda a jornada de trabalho, [...] onde dificilmente os empregadores investem na formação continuada e/ou reciclagem dessas trabalhadoras" (VALLE, 2017). São esses profissionais que recebem a gestante no momento do parto, numa rotina que dificilmente encontra espaço para uma análise individualizada do ser prestes a se tornar mãe, numa realidade em que "as pacientes não têm mais rosto nem história,

têm um número de convênio, de prontuário, de ficha, e são atendidas por profissionais que igualmente perderam sua identidade para a fria estrutura empresarial, sendo meros números contabilizados entre ganhos e gastos da planilha do gestor" (VALLE, 2017).

É importante destacar que as práticas violentas não são somente realizadas por profissionais de saúde homens, especialmente porque cerca de 80% dos profissionais de cuidado à saúde (enfermeiros, auxiliares e técnicos em enfermagem) são mulheres (VALLE, 2017). Nesse contexto, vislumbra-se claramente a replicação das condutas dominadoras pelos próprios dominados, uma vez que suas percepções estão tão estruturadas, conforme a dominação que lhes é imposta, que "seus atos de conhecimento são, inevitavelmente, atos de reconhecimento, de submissão" (BOURDIEU, 2012, p. 22).

Mesmo sem relacionar com a perspectiva da dominação masculina, Valle (2017, grifo nosso) vislumbra razão semelhante para a passividade das trabalhadoras da saúde em relação às práticas de violência obstétrica:

> A razão é que, em regra, não há espaço para sororidade nas maternidades hospitalares; ao contrário, o parto hospitalar rompeu os vínculos de solidariedade feminina que existiam quando o nascimento era um evento doméstico, guiado por parteiras e comadres. Pior do que isso, **a lógica mercantilista aliada às rígidas e incontestáveis verdades científicas praticadas nos hospitais, a estrutura extremamente hierarquizada, geram um ambiente onde as condições do pensamento se esvaziam, as rotinas de trabalho estimulam uma ação mecânica, onde não se pensa, apenas se executam ordens.**
> Nesse contexto, **atos contra a integridade física e moral da parturiente são praticados muitas vezes sem que o profissional da saúde se dê conta da violação que ali ocorre, das consequências traumáticas para a mãe e**

> **bebê, pois as práticas são naturalizadas, dentro da lógica do mercado e sem e se refletir sobre o seu impacto humano ou mesmo se seriam as melhores condutas para a saúde física e psíquica da paciente.**
> Nasce, assim, **uma categoria profissional incapaz de fazer julgamentos morais, esvaziada de reflexão, que aceita e cumpre rotinas e ordens sem questionar, como fruto da massificação, da imposição de rígida hierarquia e de procedimentos padronizados, onde não há espaço para reflexão sobre o sentido daquele trabalho.**
> O mais chocante é perceber que os **atos de violência obstétrica são praticados por funcionários comuns, pessoas dedicadas ao trabalho, cumpridoras de suas obrigações, a tal ponto que repetem, sem refletir, rotinas médicas impregnadas de preconceito e machismo, que pressupõe um corpo feminino "doente" e que, por isso mesmo, só funcionará com as intervenções e procedimentos por eles ditados.**

Numa economia de bens simbólicos, o objeto (mulher) e seu valor (pureza/castidade) eram garantia de lucro. Nesse sentido, inclusive, é possível entender a imposição de tal organização em todo o universo social, e não só na reprodução biológica. Reflexo disso é a valoração dada ao trabalho masculino de fecundação, que anula a obra feminina da gestação e amamentação, entendendo-as como uma função meramente nutritiva e não geradora (PERROT, 2017, p. 63).

A visão do parto como ato médico acaba permitindo (e naturalizando) uma diversidade de condutas violadoras de direitos mais fundamentais de mulheres, bebês e seus familiares. Todavia, num contexto em que os direitos humanos, numa perspectiva crítica, devem ser compreendidos como mais do que garantias previstas na legislação, mas como processos históricos de luta pela dignidade, tais lutas,

infundidas por grupos vulnerabilizados, produzem mudanças culturais (HERRERA FLORES, 2009).

Na visão da *teoria crítica*, os direitos humanos devem ser vistos como processos institucionais e sociais que possibilitem a abertura e consolidação de espaços de luta pela dignidade humana, reconhecendo e respeitando a pluralidade e a diversidade como marcos de uma concepção material e concreta de dignidade. Trata-se de pensar os direitos humanos a partir da problematização, da realidade e como meios para alcançar a dignidade. Nessa percepção, repudia-se o universalismo abstrato, tendo por foco o reconhecimento dos sujeitos como capazes e merecedores do desenvolvimento de suas potencialidades, de maneira livre e plena. Nesse sentido, explica Herrera Flores (2009, p. 18):

> Os sistemas de valores dominantes e os processos de divisão do fazer humano (que colocam indivíduos e grupos em situações de desigualdade em relação a tais acessos) impõem "condições" às normas jurídicas, sacralizando ou deslegitimando as posições que uns e outros ocupam nos sistemas sociais. O direito não é, consequentemente, uma técnica neutra que funciona por si mesma. Tampouco é o único instrumento ou meio que pode ser utilizado para a legitimação ou transformação das relações sociais dominantes. O "direito" dos direitos humanos é, portanto, um meio – uma técnica –, entre muitos outros, na hora de garantir o resultado das lutas e interesses sociais e, como tal, não pode se afastar das ideologias e das expectativas dos que controlam seu funcionamento tanto no âmbito nacional como no âmbito internacional. Certamente, cabe um uso alternativo do jurídico que o interprete ou o aplique em função dos interesses e expectativas das maiorias sociais. Contudo, tal uso dever ser impulsionado tanto de baixo – desde os movimentos sociais, Ong´s, sindicatos – como de cima – como os partidos políticos. Então, são as ações sociais "de

> baixo" as que podem nos situar no caminho para a emancipação em relação aos valores e aos processos de divisão do fazer humano hegemônico. O direito não vai surgir, nem funcionar, por si só. As normas jurídicas poderão cumprir uma função mais em concordância com o "que ocorre em nossas realidades" se as colocarmos em funcionamento – a partir de cima, mas sobretudo a partir de baixo –, assumindo desde o princípio uma perspectiva contextual e crítica, quer dizer, emancipadora.

Devendo-se considerar para a construção de uma rede de proteção dos direitos humanos, impulsionada de baixo, é interessante analisar as lógicas do desenvolvimento das relações sociais expostas por Rubio (2014): (i) de dominação, que ensejam discriminações, inferiorizações, marginalizações, estabelecendo processos hegemônicos e hierárquicos decorrentes do tratamento de determinados indivíduos como objetos; ou (ii) de emancipação, com as quais uns e outros tratam-se como sujeitos, de maneira horizontal, solidária, de forma a articular reconhecimentos e acompanhamentos mútuos. Entende que as instituições, social e historicamente produzidas, como o Estado, o direito, a ciência, etc., são responsáveis por regular os processos relacionais que se desenvolvem na sociedade. Tal regulação possibilitará dinâmicas de emancipação quando mantiver e possibilitar a abertura de espaços de reconhecimento de sujeitos "diferenciados" que participam em determinadas redes de relações. Destaca-se aqui o papel dos movimentos sociais como possibilitadores da inserção das discussões acerca de sujeitos "outros" no seio da sociedade. Todavia, ressalta que a regulação pelas instituições também pode possibilitar a lógica da dominação, quando permite que alguns seres humanos sejam tratados pelos demais como objeto, sujeitando-os a diversas formas de humilhação, abandono, desprezo e subjugação (RUBIO, 2014, p. 66-67).

Observa-se que, independentemente da normatização existente na sociedade contemporânea ainda prevalecem dinâmicas de dominação, ressaltando que a capacidade de sensibilização pelo sofrimento humano, que tem na ideia de expor e denunciar situações de violação de direitos humanos como uma forma de tratar as causas e colaborar com o processo de enfrentamento, a fim de não incidir na categorização de vítima daqueles que tiveram seus direitos violados, é uma forma de empoderamento e enfrentamento das dinâmicas e processos dominadores (e violadores). Para Rubio (2014), a estrutura normativa do direito positivo formal moderno do início do século XIX não possui grande eficácia na solução de problemas relacionados às necessidades específicas, uma vez que se baseia exclusivamente no modelo estatal de direito e em valores individualistas liberais. A noção de pluralismo jurídico preconiza o reconhecimento e legitimação de "normas extra e infraestatais, engendradas por carências e necessidades provenientes de novos atores sociais, e capazes de captar as representações legais de sociedades emergentes marcadas por estruturas de igualdades precárias e pulverizadas por espaços de conflito permanente" (RUBIO, 2014, p. 42).

Segundo Herrera Flores (2009, p. 19), não é o reconhecimento jurídico ou a adaptação de uma determinada ideologia que tem nos direitos humanos ideais abstratos que os torna universais. A universalidade dos direitos depende do fortalecimento dos indivíduos e grupos para a construção de um marco de ação que permita a criação de condições que garantam o acesso aos bens materiais e imateriais de forma igualitária, a fim de que todos tenham condições de viver a vida de forma digna. Assim, a positivação dos direitos não resolve os problemas de desigualdades e injustiças. Os direitos humanos não representam categorias prévias às ações políticas ou econômicas, eles dependem desse contexto, pois são as lutas dos indivíduos por garantias de dignidade

nesses contextos que criam compromissos que devem ser assumidos em prol da dignidade dos sujeitos.

Nesse viés, a atuação dos movimentos sociais é importante para o desenvolvimento de uma visão pluralista dos direitos humanos, pois demonstra a capacidade de o contrapoder produzir práticas jurídicas libertadoras e relacionar-se à característica essencial dos Direitos Humanos e da sua *teoria crítica* de que a luta por emancipação não termina. Não basta a positivação de um direito ou um reconhecimento judicial, pois "as normas jurídicas e o fenômeno jurídico se encontram em um contínuo processo de significação e ressignificação", o que faz das lutas incessantes em busca do reconhecimento e efetivação dos direitos humanos. Assim, não é somente o direito o instrumento capaz de reconhecer e garantir os direitos humanos, pois instâncias não judiciais e não estatais, de natureza social, econômica, étnica, cultural, sexual, etc., possuem grande importância: "existem mecanismos multiescalares de garantias dos direitos humanos de caráter jurídico estatal, jurídico não estatal e não jurídico" (RUBIO, 2014, p. 43-44).

Butler (2017) também afirma que o enfrentamento dos enquadramentos depende justamente de investigar quais as condições da capacidade de resposta, questionando as interpretações dominantes. O enfrentamento do paradigma da dominação masculina especificamente no campo da desigualdade de gênero e, no caso, da violência obstétrica, está na "luta cognitiva a propósito do sentido das coisas do mundo e particularmente das realidades sexuais", ou seja, na resistência dos dominados ao efeito da imposição simbólica (BOURDIEU, 2012, p. 22).

O movimento feminista provoca uma revolução simbólica que não pode ser reduzida a uma mera conversão de consciências, especialmente porque o poder simbólico não pode ser confundido com tendências culturais à submissão ou teorias de culpabilidade da vítima,

uma vez que os mecanismos de dominação dependem da colaboração dos subordinados, que os constroem como poder, não por atos livres e conscientes, mas porque são sujeitos já condicionados a esquemas de percepção e de disposições. Assim, tendo em vista que a violência simbólica fundamenta-se em "disposições modeladas pelas estruturas de dominação que as produzem", somente é possível romper a relação dominante/dominado "com uma transformação radical das condições sociais de produção das tendências que levam os dominados a adotar, sobre os dominantes e sobre si mesmos, o próprio ponto de vista dos dominantes". E tais tendências baseiam-se na estrutura de um mercado de bens simbólicos que tem como lei fundamental o tratamento das mulheres como objetos de uma economia de trocas simbólicas fundadas nas relações de parentesco e do casamento (BOURDIEU, 2012, p. 52-56).

A contribuição da *teoria crítica dos direitos humanos*, para o enfrentamento da violência obstétrica, é incentivar a ressignificação dos direitos humanos, além do paradigma legalista, permeando-o com as reivindicações e lutas dos movimentos sociais. As práticas de violência obstétrica devem ser expostas e questionadas. Compreender que os direitos humanos não são categorias jurídicas dadas, postas à mesa, à mercê das atividades políticas e econômicas, mas processos de constante luta e resistência de seres humanos em busca da garantia de suas necessidades mínimas. Assim, a visão crítica dos direitos humanos é fixada tomando-se por base o reconhecimento da força emancipadora das lutas pelos direitos.

Portanto, a conhecida afirmação de Herrera Flores, de que os direitos humanos são resultados provisórios de lutas sociais constantes por dignidade, permite afastar a noção de uma única teoria (e fonte) de direito e reconhecer que a efetivação dos direitos humanos depende da articulação entre institucionalização de direitos e práticas sociais:

> [...] sem ter em nosso horizonte a possibilidade de "institucionalizar" os resultados provisórios de nossas lutas, pode ocorrer que muitos deles fiquem no limbo dos conceitos. Teoria e prática, ideias e políticas públicas devem caminhar de mãos dadas. O componente institucional dos direitos é, então, muito relevante, pois toda instituição é o resultado jurídico/político/econômico e/ou social de uma determinada forma de entender os conflitos sociais. Nesse sentido, entendemos as instituições como espaços de mediação nos quais se cristalizam os resultados sempre provisórios das lutas sociais pela dignidade. Tudo isso sem esquecer que falar de "instituição" é o mesmo que tratar das relações de poder que primam no momento histórico concreto em que vivemos. Daí a enorme importância da luta político/institucional para levar à prática nossas ideias críticas sobre os direitos (HERRERA FLORES, 2009, p. 123).

Valendo-se do Dossiê "Parirás com dor", é possível apontar para a humanização como abordagem ética do momento do parto. O Dossiê da Violência Obstétrica, elaborado pela Rede Parto do Princípio, encaminhado à CPMI sobre violência contra as mulheres, em 2012, destaca que, em 2003, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), buscando pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, adotando uma perspectiva abrangente da humanização, em prol da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores). Todavia, o aumento das taxas de cesarianas e a perpetuação de práticas violentas, mesmo diante das previsões de humanização, ocorrem devido a uma falha essencial: "omitir a voz do principal sujeito ativo, protagonista do parto: a mulher" (REDE..., 2012, p. 19).

Para Serruya (2014), deve-se debater a necessidade de mudança no "modelo" de atenção, de modo a reconhecer a autonomia da mulher, o pertencimento do parto e suas necessidades:

> O nome modelo já em si é uma aproximação, insuficiente e categorizadora, nesse debate sobre a experiência única e sempre singular de parir. A existência de rotinas hospitalares que "padronizam" esse momento implica o conceito de que a presença de uma mulher em trabalho de parto e no próprio parto, para os que trabalham em um hospital, deve ser acompanhada do que é próximo a esses profissionais: deitar na cama, jejum, soro etc. Parte importante do conhecimento e prática estabelecidos nas últimas décadas objetivou criar um padrão de procedimento normativo baseado no conceito de que o parto é um "problema médico". A transformação desse modelo em um antimodelo, rumo à segurança, bem-estar e resultados adequados exigirá muito mais que portarias, guias, revisões sistemáticas. É fundamental rediscutir do ponto de vista das mulheres o significado desse momento, dimensionando de maneira radical a questão do protagonismo no parto. A responsabilidade do sistema de saúde, da autoridade sanitária e seus profissionais é corresponder a essa expectativa, ainda que muitas vezes no imaginário dessas mulheres a melhor atenção seja a mais medicalizada. O fato de as mulheres reconhecerem a violência obstétrica e estarem insatisfeitas com a atenção recebida mostra que as mudanças são desejadas e esperadas, por mais que a maioria ainda não consiga experimentar um modelo alternativo ao que conhece hoje.

Assim, ações de ordem prática contribuem para provocar uma mudança do olhar sobre a questão[11], a partir dos movimentos sociais e da sociedade, de modo a recolocar a mulher e a criança como sujeitos principais do parto e respeitando-se esse momento como parte da vida sexual e emocional da mulher (ODENT, 2002).

O debate acerca da questão da humanização do parto e a pressão da sociedade sobre os órgãos reguladores são essenciais para que, por meio de políticas públicas, seja cobrada a adequação das práticas nos estabelecimentos de saúde. Também a denúncia e efetiva punição do descumprimento das normas estabelecidas e violações de direitos são mecanismos fundamentais para o enfrentamento do paradigma da dominação masculina e mudança cultural.

5 CONCLUSÃO

A violência obstétrica está presente na realidade da gestação das mulheres brasileiras, daquelas atendidas pela rede pública ou privada, estejam elas cientes ou não. A naturalização de tais práticas é reflexo da dominação masculina, enraizada no seio social, que torna as práticas violentas, usuais e aceitáveis.

O enfrentamento do padrão da dominação masculina representa o passo inicial (e fundamental) para o combate da violência obstétrica. Não se defende a abdicação do cuidado médico ou acompanhamento profissional. A questão não é simples, pois depende do efetivo reconhecimento da usurpação do protagonismo do parto pela patologização da gestação. Somente assim será possível devolver o papel

[11]A título de exemplo de ações, podem-se citar mobilizações de grupos em redes sociais, a utilização de plataformas de Internet, como blogs, para difundir informações e a produção de filmes e informativos, bem como palestras, etc. Especialmente quanto à utilização de blogs, cf. Luze Gico (2017).

fundamental à mãe e ao bebê. Além disso, a dominação masculina precisa ser enfrentada também nos demais aspectos da vida, pois é reforçada por práticas cotidianas de homens e mulheres. É com base no reconhecimento da dominação masculina que se possibilita seu enfrentamento.

O papel das organizações e movimentos sociais também é fundamental, pois atuam como contrapoder, questionando a realidade dominante. A perspectiva da *teoria crítica dos direitos humanos* permite demonstrar como a positivação de direitos é insuficiente para garantir a efetivação e proteção deles, reconhecendo a pluralidade do direito como essencial à tutela e promoção de direitos fundamentais.

Defende-se uma compreensão dos direitos humanos como processos institucionais e sociais capazes de promover a abertura e consolidação de espaços de luta pela dignidade humana, reconhecendo e respeitando a pluralidade e a diversidade como marcos de uma concepção material e concreta de dignidade. A pluralidade é característica essencial, uma vez que promove a ressignificação dos instrumentos jurídicos, afastando o universalismo abstrato e reconhecendo nos sujeitos suas potencialidades e desejos.

A *teoria crítica dos direitos humanos* evidencia a necessidade da ressignificação dos direitos humanos, de modo a compreender que os direitos não são pré-existentes e imunes à realidade. Pelo contrário, entender os direitos humanos, como processos de constante resistência de seres humanos, é reconhecer a força emancipadora das reivindicações por direitos e, com isso, buscar romper o paradigma legalista predominante.

Com base nas reflexões realizadas neste estudo, reforça-se a necessidade de institucionalização das pautas sociais na formulação das políticas públicas e demais instrumentos jurídicos destinados à promoção e proteção de direitos. Com isso, os sujeitos passam a ser incluídos na

tomada de decisão, emancipando-se e contribuindo para a superação da insuficiência da normatividade estatal.

REFERÊNCIAS

ABOIM, Sofia. Do público e do privado: uma perspectiva de gênero sobre uma dicotomia moderna. *In*: **Revista Estudos Feministas,** Florianópolis, p. 95-117, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Entram em vigor novas regras sobre parto na saúde suplementar**. Disponível em: http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/2923-entram-em-vigor-novas-regras-sobre-parto-na-saude-suplementar. Acesso em: 5 ago. 2017.

AQUINO, Estela M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 30, 2014. Disponível em: http://ref.scielo.org/tmx3t9. Acesso em: 12 ago. 2017.

BARRETO, Vicente de Paulo. **O fetiche dos direitos humanos e outros temas.** Rio de Janeiro: Livraria do Advogado, 2010.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (TRF). 3ª Região – Seção Judiciária de São Paulo. **Ação Civil Pública 0017488-30.2010.4.03.6100.** Ministério Público Federal e Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2015.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 dez. 2017.

_____. Presidência da República. **Mensagem nº 198 e 7 de abril de 2005a.** Veto do art. 19-L da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, inserido pelo art. 1o do projeto de lei no 2.915, de 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Msg/Vep/VEP-0198-05.htm. Acesso em: 10 dez. 2017.

_____. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005b.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 10 dez. 2017.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Tradução: Maria Helena Kühner. 11.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BOURDIEU, Pierre; ORTIZ, Renato (org.). **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto?. Tradução: Sérgio Tadeu de Niemeyer Lamarão e Arnaldo Marques da Cunha. 3.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

CAMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei nº 6.567, de 2013.** Altera o art. 19-J da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Proposta do Senador Gim Argello – PTB/DF. Disponível em:http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=596285&ord=. Acesso em: 28 ago. 2019.

_____. **Projeto de Lei nº 7.633, de 2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Proposta do Deputado Jean Willys – PSOL/RJ. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=31384479C7F1D181D5F7B23D6990F5E4.proposicoesWeb2?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014. Acesso em: 25 ago. 2018.

_____. **Projeto de Lei nº 7.867, de 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. Proposta do Deputado Jô Moraes – PCdpB/MG. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402. Acesso em: 25 ago. 2018.

_____.**Projeto de Lei nº 8.219, de 2017b**. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Proposta do Deputado Francisco Floriano – DEM/RJ. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=214714. Acesso em: 25 ago. 2018.

_____.**Projeto de Lei nº 878, de 2019a**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Proposta das Deputadas Talíria Petrone - PSOL/RJ, Áurea Carolina - PSOL/MG, Fernanda Melchionna - PSOL/RS, Sâmia Bomfim - PSOL/SP e outras. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2192345. Acesso em: 28 ago. 2019.

_____.**Projeto de Lei nº 1.217, de 2019b**. Altera a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, para dispor que as gestantes com deficiência auditiva terão acompanhamento de intérprete de libras durante o pré-natal e o parto. Proposta dos Deputados Ricardo Izar - PP/SP, Weliton Prado - PROS/MG. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2193345. Acesso em: 28 ago. 2019.

_____.**Projeto de Lei nº 2.693, de 2019c**. Institui a Política Nacional de Atendimento à Gestante. Proposta do Deputado Lafayette de Andrada - PRB/MG. Disponível em:https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2206465. Acesso em: 28 ago. 2019.

_____.**Projeto de Lei nº 3.310, de 2019d**. Dispõe sobre o registro de som e imagem de consultas pré-natais, trabalho de parto e parto. Proposta da Deputada Lauriete – PL/ES. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2206465. Acesso em: 28 ago. 2019.

CHAVES, Ricardo Lêdo. O nascimento como experiência radical de mudança. *In*: **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 30, 2014. Disponível em: http://ref.scielo.org/ms4ws7. Acesso em: 10 dez. 2018.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, "Convenção de Belém do Pará".** 1994. Disponível em: http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm. Acesso em: 5 ago. 2018.

COSTA, Mariana Vieira de Mello; LUNA, Maria José de Matos. A violência obstétrica e a dominação masculina de Bourdieu. **IX SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS DA UFPB.** Brasil, 2016. Disponível em: http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/ixsidh/ixsidh/paper/view/4245/159.Acesso: 16 set. 2018.

DOMINGUES, R. S. M.; DIAS, M.A.B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; TORRES, J.A.; D'ORSI, E.; PEREIRA, A.P.E.; SCHILITHZ, A.O.C.; LEAL, M. C. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *In*: **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.30, 2014. Disponível em: https://scielosp.org/article/csp/2014.v30suppl1/S101-S116/pt/. Acesso em: 10 dez. 2018.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Gravidez, filhos e violência institucional no parto**. 2010. Disponível em: http://csbh.fpabramo.org.br/node/7247. Acesso em:5 ago. 2018.

HERRERA FLORES, Joaquin. **A reinvenção dos direitos humanos.** Tradução de Carlos Roberto Diogo Garcia et. al. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

KONDO, Cristiane; WERNER, Lara. Violência obstétrica e sua configuração no Brasil. *In:* STEFANO, D.; MENDONÇA, M.L. (org.). **Direitos humanos no Brasil 2013:** relatório da rede social de justiça e direitos humanos, 2013. p. 139-144. Disponível em: https://www.social.org.br/relatorio_RH_2013.pdf. Acesso em: 10 ago. 2018.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da (org.) Nascer no Brasil. *In:* **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 nov.2018.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira; PEREIRA, Ana Paula Esteves; PACHECO, Vanessa Eufrazino.; CARMO, Cleber Nascimento do; SANTOS, Ricardo Ventura. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *In*: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n.1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 nov. 2018.

LEAL, Maria do Carmo; PEREIRA, Ana Paula Esteves; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; THEME FILHA, Mariza Miranda; DIAS, Marcos Augusto Bastos; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; BASTOS, Maria Helena; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Intervenções Obstétricas durante o trabalho de parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *In*: **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 30, 2014. Disponível em: http://ref.scielo.org/dkh38f. Acesso em: 10 nov. 2018.

LUZ, Lia Hecker; GICO, Vânia de Vasconcelos. As redes sociais digitais e a humanização do parto no contexto das Epistemologias do Sul. *In*: **Revista FAMECOS,** Porto Alegre, v. 24, n. 1, 2017. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/24801. Acesso em: 18 out. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 306, de 28 de março de 2016.** Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf. Acesso em: 10 dez. 2017.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Sílvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. *In*: **Ciência e Saúde Coletiva.** 2005. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf. Acesso em: 16 set. 2018.

ODENT, Michel. **O renascimento do parto.** Florianópolis: Saint German, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Os objetivos de desenvolvimento sustentável.** 2015. Disponível em: http://http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/post-2015.html. Acesso em: 10 ago. 2018.

PERROT, Michelle. **Minha história das mulheres.** São Paulo: Contexto, 2017.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê da violência obstétrica:** parirás com dor. 2012. Disponível em: https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf. Acesso em: 15 ago. 2018.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. **Apelação nº 0000944-51.2010.8.19.0000**. Órgão Julgador: Seção Criminal. Relatora: Suimei Meira Cavalieri. Julgado em: 14 jun. 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. **Apelação Cível nº 70049094063.** Órgão Julgador: Nona Câmara Cível. Relatora: Marilene Bonzanini. Julgado em 10 out. 2012.

RODRIGUES, Alexandra Gato; GADENZ, Danielli; LA RUE, Letícia Almeida de. Feminismo.com: o movimento feminista na sociedade em rede. *In*: **Derecho y cambiosocial.** Peru,2014. Disponível em: http://www.derechoycambiosocial.com/revista036/FEMINISMO.COM.pdf. Acesso em: 12 dez. 2018.

RUBIO, David Sánchez. **Encantos e desencantos dos direitos humanos:** deemancipações, libertações e dominações. Trad.: Ivone Fernandes Morchillo Lixa; Helena Henkin. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; ABBUD, Fernanda de Souza Freitas, PREGNOLATTO, Olívia SeparavichPregnolatto; SILVA, Michelle Gonçalves da; SHIMO, Antonieta KeikoKakuda. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *In*: **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.** V. 15. N. 2. P. 362-370. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2014. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324031263022. Acesso em: 12 set.2017.

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017.** Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 12 dez. 2017.

SÃO BENTO, Paulo Alexandre de Souza; SANTOS, Rosangela da Silva. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. *In*: **Esc. Anna Nery** v. 10, n. 3. Rio de Janeiro, p. 552-559, 2006. Disponível em: http://ref.scielo.org/nb9dqc. Acesso em: 14. ago. 2018.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Apelação SP 0001314-07.2015.8.26.0082.** Relator: Fábio Podest. Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado. Data de Julgamento: 11/10/2017. Data de Publicação: 11/10/2017.

SERRUYA, Suzanne Jacob. A arte de não fazer o errado e fazer o certo!. *In*: **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 30, 2014. Disponível em: http://ref.scielo.org/sp3trm. Acesso em: 8 dez. 2017.

SETTON, Maria da Graça Jacintho. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação,** n. 20, p. 60-70, 2002.

VALADARES, Carolina. Pela primeira vez número de cesarianas não cresce no país. **Portal da Saúde.** Ministério da Saúde. 10 mar. 2017. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/sas-noticias/27787-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais. Acesso em: 10 dez. 2018.

VALLE, Daniela. Mercantilização da saúde e violência obstétrica. **Justificando,** São Paulo, 2017. Disponível em: http://justificando.cartacapital.com.br/2017/07/26/mercantilizacao-da-saude-e-violencia-obstetrica/. Acesso em: 12 set. 2018.

Correspondência | Correspondence:

Danielli Gadenz
Centro Universitário Univel, Coordenação de Direito, Av. Tito Muffato, 2317, Santa Cruz, CEP 85.806-080. Cascavel, PR, Brasil.
Fone: (55) 45 9 9972-1728.
Email: danigadenz@gmail.com

Recebido: 28/12/2018.
Aprovado: 9/9/2019.

Nota referencial:

Gadenz, Danielli; Matos, Ana Carla Harmatiuk. O parto como processo de dominação masculina: uma análise da violência obstétrica com base na teoria crítica dos direitos humanos. **Revista Direito e Liberdade,** Natal, v. 21, n. 3, p. 37-83, set./dez. 2019. Quadrimestral.