III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

GÊNERO, SEXUALIDADES E DIREITO II

ELISAIDE TREVISAM

RENATO DURO DIAS

SILVANA BELINE TAVARES

Copyright © 2021 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - UNIVEM/FMU – São Paulo
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio – Rio de Janeiro
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR – Ceará

Representante Discente:
Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade – UNIMAR/FEPODI – São Paulo

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara – ESDHC – Minas Gerais
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro
Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho – Ceará
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS – Sergipe
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR – São Paulo
Secretarias
Relações Institucionais:
Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes – UNB – Distrito Federal
Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – São Paulo
Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo
Comunicação:
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali – Rio Grande do Sul
Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB – Paraíba
Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC – Santa Catarina
Relações Internacionais para o Continente Americano:
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM – Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão
Relações Internacionais para os demais Continentes:
Prof. Dr. José Barroso Filho – ENAJUM
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná
Eventos:
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec – Minas Gerais
Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC – Paraná
Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS – Mato Grosso do Sul

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UMICAP – Pernambuco

G326

Gênero, sexualidades e direito II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: José Edmilson de Souza Lima; Renato Duro Dias; Silvana Beline Tavares – Florianópolis: CONPEDI, 2021.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-5648-306-1
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Saúde: segurança humana para a democracia

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Gênero. 3. Sexualidade. III Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2021 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34

CONPEDI

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

GÊNERO, SEXUALIDADES E DIREITO II

Apresentação

Num ano marcado por muitas vidas perdidas em virtude de uma crise sanitária sem precedentes, agravada por uma gestão pública negligente e desidiosa, investigadoras e investigadores de instituições públicas e privadas de todo o país continuaram suas pesquisas, procurando de modo resiliente revelar potentes estudos nas intersecções entre as categorias: gênero, raça, sexualidades, justiça e direito. Neste III Encontro Virtual do CONPEDI, os estudos apontaram o caráter interdisciplinar e notadamente crítico, capazes de problematizar os campos teórico-metodológicos, que tanto transformam a ciência do direito. Foi um conjunto de investigações importantes como se pode ver na relação abaixo.

O artigo "Os determinantes sociais em saúde e sua influência na saúde da população negra" de Rafaela Santos Lima, Amman Lucas Resplandes Rocha e Lucas Daniel Fernandes Cardozo propõe reflexões acerca do impacto dos determinantes sociais na saúde da população negra a partir das teorias de justiça de Sen (2000) e Rawls (2008) e como estas influenciam na formulação das Políticas Públicas elaboradas pelo Governo Brasileiro.

Adriane Medianeia Toaldo com seu artigo "Violência contra a mulher: uma questão de saúde pública" ressalta a necessidade urgente de políticas públicas de amparo e proteção às mulheres.

A partir do debate sobre a questão de gênero e raça e os dispositivos que supostamente asseguram a igualdade Marcela Duarte e Stephani Renata Gonçalves Alves abordam a feminilidade e negritude em "Mulheres negras e suas trajetórias em busca da representatividade".

"O empoderamento da mulher imigrante sob o viés da agenda 2030 da ONU e da perspectiva da renda", artigo de Télita Venz Borges, Odisséia Aparecida Paludo Fontana e Silvia Ozelame Rigo Moschetta analisa o empoderamento das mulheres imigrantes, com amparo no objetivo cinco da Agenda 2030 da ONU sob a perspectiva de renda ressaltando os obstáculos enfrentados por elas devido à raça, etnia, baixa escolaridade, idioma e outros estigmas sociais.

Discutindo a questão da violência obstétrica enquanto violência de gênero, Maria da Glória Costa Gonçalves de Sousa Aquino e Ana Luiza Martins de Souza em “A violência obstétrica e os desafios para a efetivação do ODS-5 da agenda 2030 no Brasil” identificam as dificuldades de erradicação da violência e a promoção da igualdade de gênero.

Paulo Eduardo Diniz Ricaldoni Lopes e Laís Camargo de Barros no artigo “O mito da medusa e a culpabilização da mulher vítima de crimes de estupro ”analisam a culpabilização da mulher vítima de estupro a partir da construção do pensamento patriarcal, a sua influência no Código Penal brasileiro.

Traçando um perfil sobre as detentas mães do sistema penitenciário gaúcho, Paula Pinhal de Carlos e Joana Vaghetti Santos no artigo “Maternidade encarcerada na pandemia” mencionam duas decisões proferidas pelo Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul que desconsideraram recomendações de organismos internacionais assim como do Conselho Nacional de Justiça e as recentes decisões dos tribunais superiores.

“O princípio da não discriminação da mulher no mercado de trabalho: uma reflexão sobre a efetividade celetista frente aos estereótipos de gênero”, artigo de Luana Michelle Da Silva Godoy expõe os efeitos limitantes do não enfrentamento pela norma celetista dos estereótipos de gênero e trazem reflexões sobre o papel da norma diante da discriminação das mulheres no mercado de trabalho.

Diogo De Almeida Viana Dos Santos e Josanne Cristina Ribeiro Ferreira Façanha no artigo ” O papel do poder judiciário para a implementação das políticas públicas de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher” discutem sobre as iniciativas do Estado Brasileiro no enfrentamento da violência contra mulheres ressaltando a necessidade de articulação entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Refletir sobre a violência institucional presente nas organizações públicas voltadas ao atendimento da mulher em situação de violência, bem como propor a inserção da teoria do cuidado como instrumento de ampliação do acesso à justiça é a proposta de Daniele Mendes De Melo no trabalho “Acesso à justiça para as mulheres através da rede de enfrentamento à violência: a perspectiva do cuidado como proposta para superação da violência institucional”.

A partir de pesquisas documentais e bibliográficas, Raffaela Cássia de Sousa e Mariana Rezende Ferreira Yoshida em “A perspectiva de gênero dentro do processo civil: necessidade

de uma gestão processual flexível" analisam o julgamento com perspectiva de gênero no processo civil e investigam de que maneira a gestão processual flexível pode ser utilizada como ferramenta de acesso das mulheres à justiça.

Em "Cultura e direitos humanos: a mutilação genital feminina como instrumento de violência e submissão" Laís Camargo de Barros e Paulo Eduardo Diniz Ricaldoni Lopes refletem sobre os conceitos de multiculturalismo e interculturalismo frente a prática cultural da Mutilação Genital Feminina e as consequências às vítimas desse procedimento.

Em "Desencontros da dogmática penal e dos estudos de gênero: uma análise a partir de estudo de caso" Marina Nogueira de Almeida e Jessica de Jesus Mota sob a ótica da crítica feminista ao direito penal, da Interseccionalidade e do feminismo jurídico, questionam a formulação da dogmática penal, que adota estereótipos e reforça a opressão das mulheres.

Elaina Cavalcante Forte no artigo "Desmantelando a casa-grande: uma análise dos direitos sexuais e reprodutivos sob a perspectiva do feminismo decolonial" propõe uma análise dos direitos sexuais e reprodutivos e suas contribuições para as políticas públicas para mulheres a partir das ferramentas oferecidas pelo feminismo decolonial.

A partir das relações entre feminicídio, "necropoder" e "biopoder" Joice Graciele Nielsson e Maiquel Ângelo Dezordi Wermuth no artigo "Entre bio e necropolítica: o feminicídio em tempos de fascismo social" questionam em que medida a necrobiopolítica tem atingido corpos femininos utilizando "estereótipos de gênero" e como o feminicídio, pode ser compreendido enquanto expressão da necrobiopolítica de gênero em tempos de ascensão de políticas fascistas no Brasil.

Janaina da Silva de Sousa analisa o sistema de justiça maranhense no tratamento de mulheres transexuais quando vítimas de violência doméstica no artigo "Discurso jurídico na produção da transexualidade: análise no sistema de justiça maranhense".

O artigo "Compreensões sobre gênero, sexualidade e família: um estudo crítico das decisões proferidas no RESP. 148.897/MG e ADPF. 132/ADI. 4277" de Thiago Augusto Galeão De Azevedo e Lorena Araujo Matos a partir das teorias de Pierre Bourdieu, Michel Foucault e Judith Butler, problematizam os conceitos de gênero, sexualidade e família em duas decisões de Tribunais superiores, promovendo-se uma reflexão sobre as relações de poder e seus impactos.

Fabrício Veiga Costa, Cleonacio Henrique Afonso Silva e Aparecido José dos Santos Ferreira com o artigo “Possibilidade jurídica do reconhecimento do crime de feminicídio praticado contra mulheres trans no brasil” por meio da pesquisa bibliográfica e documental investigam a possibilidade jurídica do crime de feminicídio ser praticado contra mulheres trans no Brasil.

A partir da Lei Maria da Penha, e dados da violência doméstica contra mulheres negras, Fernanda da Silva Lima, Jóicy Rodrigues Teixeira Hundertmark e Carolina Rovaris Pezente buscam verificar em “As evidências racistas e sexistas no campo de atuação da lei Maria da penha: uma leitura pela perspectiva da colonialidade”, como ocorre a proteção de mulheres negras em situação de violência doméstica, na Lei Maria da Penha em uma perspectiva interseccional.

Com o artigo “Trabalho doméstico não remunerado e a crise do cuidado: uma visão feminista sobre os efeitos da covid-19”, Lorena Meirelles Esteves e Lia Vidigal Maia demonstram que enquanto instrumento de subalternização e exclusão, a exploração da força de trabalho feminina se agravou a partir da pandemia da COVID-19.

Por fim, Claudine Freire Rodembusch e Henrique Alexander Grazzi Keske buscam demonstrar o processo histórico pela igualdade de gêneros por meio da luta pelo voto e, depois, pela participação política feminina via processos eleitorais no artigo “Processo histórico de concretização da igualdade de gêneros: voto e participação política feminina para efetivação da democracia”.

É com muita honra que apresentamos a todas/os/es estas reflexões, indicando a leitura de cada um dos estudos e pesquisas que tanto orgulham o Grupo de Trabalho Gênero, Sexualidade e Direito do CONPEDI.

Silvana Beline Tavares – UFG

Renato Duro Dias – FURG

Elisaide Trevisam - UFMS

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO ODS-5 DA AGENDA 2030 NO BRASIL

OBSTETRIC VIOLENCE AND THE CHALLENGES FOR EFFECTIVENESS OF ODS-5 ON AGENDA 2030 IN BRAZIL

Maria da Glória Costa Gonçalves de Sousa Aquino [1]
Ana Luiza Martins de Souza [2]

Resumo

O presente trabalho destina-se a promover uma abordagem acerca da questão da violência obstétrica enquanto violência de gênero, de modo a identificar as dificuldades de erradicação, visando à promoção da igualdade de gênero e ao empoderamento feminino nos termos preconizados pela ONU no ODS-5 da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, a partir das inúmeras denúncias de violação no tratamento obstétrico. A pesquisa foi edificada através de procedimento bibliográfico, aplicando-se uma metodologia de cunho descritivo, com técnica documental, oriunda de fonte disponibilizada por organismos internacionais e nacionais além de obras referentes à temática.

Palavras-chave: Direitos humanos, Direitos fundamentais, Violência de gênero, Violência obstétrica, Desenvolvimento sustentável

Abstract/Resumen/Résumé

The present work aims to promote an approach on the issue of obstetric violence as gender violence in order to identify the eradication difficulties aiming at the promotion of gender equality and female empowerment in the terms recommended by the UN in the SDG-5 of the 2030 Agenda for Sustainable Development, based on numerous reports of violations in obstetric treatment. The research was carried out through a bibliographic procedure, applying a descriptive methodology, with documentary technique, originating from a source made available by international and national organizations in addition to works related to the theme.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Human rights, Fundamental rights, Gender-based violence, Obstetric violence, Sustainable development

---

[1] Professora Adjunta do Departamento de Direito da Universidade Federal do Maranhão (UFMA/BR). Pós-doutora em Direitos Humanos e em Direitos Sociais (CEB/USAL/ES). Doutora e Mestre em Políticas Públicas (UFMA/BR

[2] Graduada em Direito pela Universidade Federal do Maranhão (2020). Pós-graduanda em Direito Público pela Faculdade Legale. Desenvolve pesquisa na área de Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade.

1 INTRODUÇÃO

A Agenda de 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2015) é o plano de ação mundial referente ao quindênio 2015-2030 que descreve 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas integradas e indivisíveis voltadas à concretização dos direitos humanos e à busca pela prosperidade e a paz universal.

Tais metas, que devem ser implementadas até 2030, preocupam-se especialmente com o reforço ao apoio e atendimento às necessidades especiais dos indivíduos mais vulnerabilizados. Isso porque o alcance do potencial humano e a promoção do desenvolvimento sustentável não são possíveis se a humanidade não goza de iguais condições de acesso à educação, saúde, recursos econômicos, participação política e oportunidades (ONU, 2015).

Em razão disso, o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5 (ODS-5) estabelece como propósito mundial o alcance da igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas, definindo, como metas específicas, a erradicação de todas as formas de discriminação e de todas as formas de violência de gênero nas esferas pública e privada, inclusive de práticas nocivas; o reconhecimento e valorização do trabalho de assistência e doméstico não remunerado; a garantia da participação plena e efetiva das mulheres e a igualdade de oportunidades para liderança; e o asseguramento do acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos.

Nesse contexto, discutir a violência obstétrica ou violência institucional da atenção obstétrica torna-se essencial, visto tratar-se de uma forma de violência institucional e de violência de gênero que diz respeito à apropriação e ao controle dos corpos de mulheres e crianças pelos profissionais da saúde em razão de sua hierarquia superior e autoridade científica e moral, que abrange todas as formas de violência e os danos decorrentes da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e abortamento (DINIZ, 2009; KONDO *et. al.*, 2014).

Considerando a relevância da matéria, então, órgãos internacionais e outras nações têm se dedicado a adotar os paradigmas de prestação de um serviço de assistência ao parto e nascimento cada vez mais humano, que mantenha a mulher como protagonista do processo e elimine as interferências desnecessárias ou sem eficácia comprovada.

Contudo, o Estado brasileiro, na contramão dos melhores estudos e orientações, mantém a dominação de um sistema curativo e médico-hospitalar e altamente medicalizado de assistência à saúde que submete a parturiente a dor e sofrimento desnecessários e perpetua a violência obstétrica em todas as suas formas (LEAL *et. al.*, 2012).

O objetivo do presente artigo consiste em discutir os principais obstáculos ao efetivo combate à violência obstétrica, enquanto violência de gênero e institucional, visto que medida indispensável ao alcance do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 5, que pretende pela igualdade de gênero e pelo empoderar todas as mulheres e meninas.

A relevância do assunto se dá pela necessidade de garantir a efetivação dos direitos humanos da mulher, sob pena de incorrer a imensas ameaças ao Estado Democrático de Direito brasileiro, à vista do enfraquecimento à segurança jurídica e da força interna do Direito.

O presente estudo utiliza o método dedutivo e dialético, a fim de, partindo da premissa de que qualquer forma de violência não é compatível com o desenvolvimento sustentável, promover uma análise sob a perspectiva histórico-normativa da violência obstétrica. Trata-se de trabalho qualitativo, de cunho exploratório, cuja técnica baseada na pesquisa bibliográfica e documental se constituiu de uma revisão de literatura, tendo-se como critério os conceitos e dados empíricos disponibilizados pela Organização das Nações Unidas (ONU), pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pelo Ministério da Saúde brasileiro.

2 A PROTEÇÃO À MULHER E À MENINA NA AGENDA 2030 PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

No ano de 2015, a ONU reconheceu a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões, incluindo a pobreza extrema, como o maior desafio global na busca da prosperidade e da paz universal com mais liberdade e como um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável em suas três dimensões – econômica, social e ambiental.

À vista disso, foi elaborado um plano de ação para as pessoas, o planeta e a prosperidade, que descreve as medidas coletivas, urgentes e necessárias, que serão consideradas em um contexto de assistência focada e ampliada naqueles Estados em situação de vulnerabilidade (países menos desenvolvidos, países sem litoral e em desenvolvimento e em pequenos Estados insulares em desenvolvimento): a Agenda 2030 (ONU, 2015).

O plano de ação descreve 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas claras, integradas e indivisíveis para a concretização dos direitos humanos, que devem ser implementadas até 2030, em um espírito de parceria global e conforme as "[…] diferentes realidades nacionais, capacidades e níveis de desenvolvimento e respeitando as políticas e prioridades nacionais" (ONU, 2015, p. 04).

Dentre os ODSs e metas específicas, ganham particular destaque aqueles relacionados ao alcance da igualdade de gênero e ao empoderamento das mulheres e meninas, mais precisamente à mulher e à saúde materna, neonatal, infantil e reprodutiva.

Isso porque a efetivação da igualdade de gênero é suma importância para o progresso em todos os demais ODS, visto que:

> Alcançar o potencial humano e do desenvolvimento sustentável não é possível se para metade da humanidade continuam a ser negados seus plenos direitos humanos e oportunidades. Mulheres e meninas devem gozar de igualdade de acesso à educação de qualidade, recursos econômicos e participação política, bem como a igualdade de oportunidades com os homens e meninos em termos de emprego, liderança e tomada de decisões em todos os níveis (ONU, 2015, p. 07-08).

Não à toa, todos os objetivos ressaltam a necessidade de garantir às mulheres os direitos que lhes são reconhecidos pelas declarações internacionais de direitos humanos, bem como determinam a necessidade de ações afirmativas para a promoção de igualdade efetiva, particularmente o ODS-5 – alcançar à igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.

São seis as metas específicas: a eliminação de todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em toda parte; a eliminação de todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas; a eliminação de todas as práticas nocivas, especialmente os casamentos forçados, os casamentos precoces ou prematuros e a mutilação genital feminina; o reconhecimento e a valorização o trabalho de assistência e doméstico não remunerado; a garantia da participação plena e efetiva das mulheres e da igualdade de oportunidades para a liderança; e o asseguramento do acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e dos direitos reprodutivos.

Tais metas se correlacionam na medida em que a discriminação contra a mulher, ou seja, a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo, que objetivam ou resultam em prejuízo ou anulamento ao reconhecimento, gozo ou exercício de direitos humanos e liberdades fundamentais (CONVENÇÃO, 1979, p. 20), é origem de potenciais violências contra a mulher. A eliminação daquela é, portanto, imprescindível à erradicação desta.

Note-se que a violência contra a mulher é um complexo que abarca diversas formas, podendo consistir em "[...] 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" (CONVENÇÃO, 1994, não paginado), cabendo, ainda, considerar, no que diz respeito a crianças e adolescentes, castigos físicos, agressões verbais, abusos sexuais, exploração do trabalho, abandono e negligência, por parte do genitor, tutor ou responsável, e homicídio como algumas das formas de violência mais comuns (UNICEF, 2019).

Nessa conceituação, incluem-se as práticas nocivas, enquanto aquelas capazes de ocasionar danos, perigo, sofrimento ou morte. São elencadas, pela Agenda 2030, as seguintes: casamentos forçados, que são aqueles que ocorrem sem o consentimento pleno, livre ou válido de um ou de ambos os nubentes ou aqueles em que um os ambos os nubentes estão impossibilitados de dar fim, dentre os quais os casamentos precoces, prematuros, na infância ou na adolescência; e a mutilação genital feminina, que diz respeito à remoção parcial ou total da genitália feminina ou outras lesões a órgãos genitais femininos por razões culturais, terapêuticas etc. (FILHO, 2016).

Nessa perspectiva, o plano de ação preocupa-se com a remuneração do trabalho de assistência e doméstico não remunerado e a participação plena e efetiva da mulher na vida pública, visto que ambos estão diretamente com o equilíbrio entre a responsabilidade de homens e mulheres nas esferas públicas e privadas.

O trabalho não remunerado diz respeito às atividades vinculadas ao cotidiano, como o trabalho doméstico e o cuidado de crianças, idosos e pessoas com deficiência, realizado majoritariamente por mulheres, mesmo por aquelas que desenvolvem atividades remuneradas e, especialmente, por mulheres pretas e pardas (ONU MULHERES, 2020).

A sobrecarga feminina pela dedicação às funções com menor valor social, desse modo, implica em benefício direto ao homem, pela existência de uma rede de apoio que permite a plena dedicação às funções com maior valor social. Enquanto isso, afastada da vida pública, a mulher vê-se impossibilitada de influir em decisões, políticas, planos e, portanto, de causar o impacto e a mudança que lhe interessam.

É nesse contexto que a participação plena e efetiva da mulher na vida pública ganha o *status* de principal estratégia para a promoção da igualdade de gênero (FILHO, 2016). Tal participação, que perpassa pela tomada de decisões, a possibilidade de ocupar cargos públicos e exercer funções públicas, o direito ao voto, o direito de associação e a representação internacional, promove o empoderamento feminino e a democracia paritária e possibilita a implementação de reformas e políticas necessárias.

Logicamente, é imprescindível o reconhecimento e tratamento da discriminação e da violência de gênero como questão pública, passível de intervenção estatal, para a verificação de avanços, haja vista que a adstrição do fenômeno ao âmbito doméstico e familiar (que, enquanto questão privada e individual, não deve ser tratado pela cena pública) contribui para a manutenção das ideias de subordinação entre os gêneros e atrasa o debate, a elaboração e a implantação de medidas de enfrentamento (PINTO *et. al.*, 2018).

3 O PARTEJAR, A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Por séculos, o partejar consistiu em uma experiência física e emocional reservada somente ao feminino, que contribuía para o resgate da individualidade e o exercício das alianças de gênero (WOLFF; WALDOW, 2008). A assistência obstétrica era, então, desempenhada exclusivamente por mulheres: parteiras, familiares ou amigas da parturiente, geralmente uma mulher mais velha que possuía ou conhecia uma variedade de talismãs, orações e receitas para o alívio das dores, aumento da força e disposição (MAMEDE *et. al*, 2007), e para a promoção do bom parto e puerpério. Essas mulheres detinham um saber-poder (PROGIANTI, 2001) empírico, que significava prestígio e competência.

Dar à luz era um fenômeno fisiológico, natural, normal, e que, portanto, não se tratava de um ato médico e não requeria intervenções médicas ou masculinas, exceto em circunstâncias *sui generis* (WOLFF; WALDOW, 2008). Na ocorrência de anomalias no parto (REZENDE, 1998), os "cirurgiões-barbeiros" ou "cirugiões-parteiros" eram chamados para prestar auxílio às parteiras, cabendo-lhes, normalmente, a função de retirar o feto vivo do cadáver da mãe (DOMINGUES, 2002).

No Brasil, até a transição democrática, prevalecia um sistema médico-previdenciário, que priorizava ações curativas e voltadas aos hospitais (MACHADO, 1997) e favorecia a articulação da assistência médica com o interesse privado médico-industrial (MAIA, 2010).

Assim, o parto enquanto processo fisiológico de protagonismo feminino mantém-se forte até o início do século XX (SERRA, 2018), vez que a inexistência de profissionais formalmente treinados e de hospitais em quase todo o território nacional, exceto por alguns grandes centros urbanos, inviabilizava qualquer outro formato de assistência ao parto.

Com a criação das escolas de Medicina e difusão dos padrões europeus de assistência à saúde e ao parto, inicia-se, aqui, a campanha pela transformação do parto em um evento adstrito ao ambiente hospitalar. A medicalização do parto e do nascimento, então, tornam esses eventos uma prática institucionalizada, controlada por políticas públicas e objeto de disputas políticas (MAIA, 2010).

A partir da Constituição da República de 1988, grandemente influenciada pela OMS e pela OPAS, com grande destaque para a 8ª Conferência Nacional da Saúde, de 1986, e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência à saúde passa a ser orientada conforme um modelo voltado à vigilância (MERCADANTE, 2002) e pelos princípios da

universalidade, equidade e integralidade, com base nas diretrizes de hierarquização, descentralização e participação popular (BRASIL, 1988).

Nesse modelo, à mulher, a quem é relegado o papel passivo de paciente (MAMEDE *et. al.*, 2007), alienada desse processo do parto, é vedada a autonomia, a liberdade, a individualidade, a privacidade e o suporte emocional de seu parceiro ou parceira e familiares. Seu corpo se torna insuficiente e/ou defeituoso, incapaz de partejar, justificando as intervenções tornam-se como uma alternativa à degradação que o parto natural passa a representar (MAIA, 2010). Sob o controle e domínio do homem-médico, relação "[…] potencializada pelas relações de gênero e poder enraizadas em nossa sociedade" (CUNHA, 2012, p. 08), ela se torna a vítima e o alvo de violência obstétrica.

A violência de gênero, cuja espécie é a violência obstétrica, que é uma forma de violência silente, agressiva e opressora, que ocorre em nível macroestrutural e é reproduzida no contexto institucional, nas relações sociais e nos significados simbólicos (GOMES *et. al.* 2008; SERRA, 2018), ascende à posição de relevância local, nacional e global.

No plano internacional, a Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979, p. 20) definiu discriminação contra a mulher como

> Art. 1º. […] toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.

Dentre as medidas a serem adotadas pelos Estados-parte para a erradicação da descriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos, a citada convenção determina que deve ser assegurado "Art. 12. […] em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar" e a "[…] assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita […] [e] uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância" (CONVENÇÃO, 1979, p. 23).

Por sua vez, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, ou Convenção de Belém do Pará (1994, não paginado), define violência contra a mulher como "Art. 1º. [...] 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".

Além, em seu art. 6º, a Convenção (1994, não paginado) prevê que o direito a ser livre de violência abrange a inexistência de qualquer forma de discriminação e "[...] o direito da mulher a ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de

comportamento e costumes sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade ou subordinação".

A partir destes conceitos, a violência obstétrica – também conhecida como violência institucional da atenção obstétrica – tem sido definida como uma forma específica de violência institucional e de violência gênero em que, valendo-se do saber médico no cuidado obstétrico, os profissionais da saúde ocupam uma posição hierárquica superior que lhes permite exercer o controle sobre os corpos e a sexualidade de suas pacientes; controle esse que é socialmente aceito e reescrito como um dano "natural" do parto, necessário ao bem estar, sobretudo do nascituro ou neonato (DINIZ, 2009).

Essa conceituação não considera a violência enquanto mera ruptura da integridade da mulher, mas como todo agenciamento capaz de violar direitos humanos (SAFFIOTI, 2004) e, por isso, abrange todas as formas de violência e os danos, explícitos ou velados, intencionais ou não, decorrentes da assistência profissional prestada durante o pré-natal, parto, puerpério e abortamento (KONDO *et. al.*, 2014), que podem se expressar na forma de negligência na assistência, violência verbal, violência física, violência sexual (D'OLIVEIRA *et. al.*, 2002), violência institucional, violência material, violência midiática e/ou violência psicológica (SENADO, 2012).

A violência institucional se relaciona diretamente com as representações de gênero, vez que a negligência ou discriminação se dá principalmente no contexto sexual e reprodutivo de gestantes, parturientes, puérperas ou mulheres em situação de abortamento, fundamentada em uma relação desigual de poder (um gênero dominante; outro, dominado) (SERRA, 2018; BRASIL, 2001). Toda e qualquer violência considerada no campo da maternidade enquanto função biológica do corpo feminino é, fundamentalmente, uma violência de gênero, que está mesclada a fatores étnicos, sociais, culturais, econômicos e políticos[1] (AGUIAR, 2010).

O poder, então, delimita as relações por meio de discursos e práticas, não sendo possível determinar um sujeito ou agente responsável. Aqui, tem-se um "poder invisível" que compele o agente dominado a pensar e agir sem que haja a consciência do estado de dominação; esse "poder simbólico" é fundado na posse de um capital simbólico, cujo possuidor (agente dominador) é legitimado a definir as relações, que se tornam assimétricas, de dominação, e, por isso, resultam em uma "violência simbólica" (BOURDIEU, 1989).

1 "O gênero é relacional enquanto categoria analítica e enquanto processo social" (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 04). Isso porque as relações de gênero – que são relações de poder – são fluídas e mutáveis, visto que construídas, e devem ser consideradas conforme a sociedade que as constrói, o tempo e o espaço, bem como conforme aspectos externos e internos aos sujeitos.

Nesse sentido, a violência obstétrica é um tipo de violência simbólica, onde há o agente dominante (profissionais da saúde, com o médico no topo dessa hierarquia), o agente dominado (a gestante, parturiente, puérpera ou mulher em situação de abortamento) e um capital simbólico (autoridade científica e moral do conhecimento médico).

A partir dessa discussão, a OMS (2014, p. 01-02) publicou uma declaração sobre violência obstétrica, em que afirma que:

> […] Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva.

Isso significa que a violência obstétrica deve ser conceituada de forma abrangente, visto que as fontes de agressão contra as mulheres são múltiplas e que os atos caracterizadores são todos aqueles que lhe tolhem o livre exercício de sua saúde sexual e reprodutiva. Como discutido, os discursos e práticas discriminatórios e violentos não permeiam somente a prestação de serviços obstetrícios, mas todo contexto sexual e reprodutivo de gestantes, parturientes, puérperas ou mulheres em situação de abortamento.

Além, podem ser agentes os profissionais de saúde, os servidores públicos, os profissionais técnico-administrativos, os docentes, os civis. Quanto aos âmbitos, têm-se as unidades básicas de saúde, as casas de parto, os ambulatórios, os hospitais, a habitação da mulher; por fim, quanto ao caráter da violência, pode ser físico, psicológico, sexual, institucional, material, midiático (SENADO*,* 2012).

Entre as práticas violadoras comumente observadas no sistema de assistência ao parto e ao nascimento, verifica-se a indução ao parto pela aplicação de ocitocina sintética ou artificial; a cesárea eletiva ou agendada; a demora ou negativa de atendimento à parturiente; a performance rotineira de intervenções cirúrgicas e manobras, como a episiotomia; e a violência obstétrica psicológica (VENTURI; GODINHO, 2010; FRAZON; SENA, 2012).

4 OS PRINCIPAIS DESAFIOS À ERRADICAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O desenvolvimento sustentável é aquele que tem por fundamento e objetivo o alcance do potencial humano pela garantia plena e universal de direitos humanos, direitos fundamentais e de oportunidades (ONU, 2015).

Não obstante a relevância da matéria, a eliminação de todas as formas de violência contra mulheres e meninas, inclusive da violência obstétrica, e efetiva proteção de direitos humanos e direitos fundamentais das mulheres (e seus descendentes) "[…] para além de

garantias básicas de direitos civis e políticos de primeira geração" (AQUINO *et. al.*, 2019, não paginado), nos termos preconizados pela Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, encontram obstáculos reais e relevantes, entre os quais destacam-se a invisibilidade da violência de gênero e da violência obstétrica, a insuficiência de instrumentos e instituições para o recebimento e processamento de denúncias e a nocividade do atual paradigma de formação de recursos humanos.

4.1 A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO E DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica, enquanto violência de gênero, não conhece qualquer fronteira e atinge a sua vítima independentemente de idade, etnia, classe social, cultura ou grau de desenvolvimento econômico, em espaços públicos e privados (SERRA, 2018).

Definida como uma forma específica de violência institucional e de violência gênero, em que os profissionais da saúde ocupam uma posição hierárquica superior que lhes permite exercer o controle sobre os corpos e a sexualidade de suas pacientes, a violência obstétrica constitui grave atentado a direitos humanos e direitos fundamentais (na medida em que viola tanto aqueles direitos válidos para todos os seres humanos quanto aos direitos positivados pelos Estados, aqui, o brasileiro).

Essas concepções (poder, hierarquia, e gênero) são a origem de potenciais violências contra a mulher: a partir do momento em que a ideologia dominante é a de que o gênero feminino é a exceção à regra, que é o gênero masculino, cabe a este definir a forma como as relações se estabelecem. Ao ser normalizada, a violência passa a ser legitimada e, por isso, não questionada (WOLFF; WALDOW, 2008; AGUIAR, 2010).

Na prática, o reconhecimento da violência obstétrica, sobretudo em sua modalidade psicológica, esbarra no fato de que a concepção de violência de gênero não é ontológica. Ou seja, a tenuidade entre os limites entre a violação e a obrigação ao desempenho do papel de gênero (que, por si só, já representa violência) permite que diferentes sujeitos enxerguem o mesmo ato como normal ou agressivo (SAFFIOTI, 2004).

Tanto a mulher, quanto o agente e as representações oficiais, compreendidas como os sistemas de justiça (BOURDIEU, 1989), poderão reproduzir ou reproduzirão a dominação simbólica masculina, de forma a invisibilizar, justificar ou diminuir a violência, de forma a manter o comportamento do dominador como *habitus*.

Isso porque, em se tratando de uma violência de gênero e sendo o gênero relacional, cuja análise e construção se dão em um processo social (WOLFF; WALDOW, 2008), as

violências obstétricas se modificarão conforme se modifiquem as relações de gênero – que são relações de poder e que são fluídas e mutáveis, segundo a sociedade, o tempo e o espaço em que se insiram e os aspectos externos e internos aos sujeitos.

4.2 A INSUFICIÊNCIA DE INSTRUMENTOS E INSTITUIÇÕES PARA O RECEBIMENTO E PROCESSAMENTO DE DENÚNCIAS

Não obstante o Brasil ser signatário de muitos instrumentos internacionais voltados à promoção de direitos humanos e fundamentais das mulheres, não há, ainda, uma legislação nacional específica sobre a violência obstétrica.

Alguns diplomas legais, no entanto, abordam questões que tangenciam o tema, como a Lei n.º 7.498, de 23 de julho de 1986, que expande, aos enfermeiros e às parteiras, a possibilidade de integração da equipe da saúde de assistência à gestante, parturiente e puérpera; a Lei n.º 11.108, de 07 de abril de 2005, que determina que as parturientes têm o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato, no âmbito do SUS, da rede própria ou conveniada; e a Lei n.º 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS.

Não obstante a existência destes diplomas e outros dispositivos que podem ser aplicados às demandas relacionadas à violência obstétrica, verifica-se a existência de algumas iniciativas legislativas, apresentadas ao longo dos últimos quinze anos.

Destaca-se o Projeto de Lei n.º 7.633, de 2014 (BRASIL, 2014), de autoria do Deputado Jean Wyllys, apensado ao Projeto de Lei n.º 6.567, de 2013, de autoria do Senador Gim Argello, despachado para análise pelas Comissões de Defesa dos Direitos da Mulher, da Seguridade Social e da Família, da Constituição e Justiça e de Cidadania.

O projeto determina que toda gestante e todo neonato atendidos têm direito à assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, incluído o abortamento espontâneo ou provocado, conceituando assistência humanizada, violência obstétrica, ofensas à mulher.

Ademais, a iniciativa dedica-se a elaborar sobre o controle de índices de cesariana e das boas práticas obstétricas e sobre as medidas necessárias à responsabilização civil, criminal e administrativa dos profissionais e da instituição envolvida, bem como determina que as instituições de formação estão obrigadas a implementar conteúdos disciplinares referentes ao atendimento humanizado.

A fim e a cabo, o que fica evidente é que a ausência de um normativo específico, completo e consistente implica em mais um obstáculo ao combate à violência de gênero e à resolução de demandas, visto que os profissionais de saúde e a população em geral desconhecem as disposições sobre "[…] princípios, diretrizes e referências para o atendimento à saúde da mulher em seu ciclo reprodutivo e do recém-nascido, bem como os direitos e deveres dos usuários da saúde" (AQUINO, 2017, não paginado).

Contudo, no que diz respeito ao Poder Judiciário, tal ausência não constitui óbice à resolução da questão à luz dos direitos fundamentais já assegurados pelo ordenamento brasileiro e pelos instrumentos internacionais.

Isso implica em dizer ais violações de direitos humanos e fundamentais de gestantes, grávidas, parturientes, puérperas, mulheres em situação de abortamento, nascituros e neonatos são consideradas à luz da legislação dos diplomas normativos preexistentes.

Para o Direito Civil, a conduta médica[2] sempre é subjetiva, devendo a sua culpa ser provada. Isso porque o profissional jamais poderá estar obrigado a curar ou salvar o doente, conforme art. 951 do Código Civil (BRASIL, 2002). Assim, para que haja a apuração da responsabilidade civil, deverá restar demonstrada a ação ou omissão voluntária, o dano patrimonial ou moral, nexo causal entre os dois primeiros e a culpa. Não basta que o agente tenha praticado a conduta e/ou que a vítima tenha sido prejudicada.

No que diz respeito ao médico, a responsabilidade civil desses agentes só restará configurada se houver a verificação de culpa em sentido estrito: negligência, imprudência ou imperícia. É o que define o art. 14, §4º, da Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990, o Código de Defesa do Consumidor: "A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa" (BRASIL, 1990, não paginado).

No mesmo sentido, os arts. 948, 949 e 950 do Código Civil (BRASIL, 2002) que determinam o dever de indenizar por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, respectivamente, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão ou inabilitá-lo para o trabalho.

Destaque-se, contudo, que é possível responsabilizar objetivamente as instituições hospitalares, sem prejuízo do direito de regresso contra o médico. É o que prevê o art. 37, §6º, CRFB (BRASIL, 1988, não paginado) – "As pessoas jurídicas de direito público e as de

2 Ao falar em "conduta médica", verifica-se a conduta de agentes de saúde no desempenho de atividade médico-hospitalar, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos, docentes, civis, bem como ao estabelecimento de saúde, que pode ser unidades básicas de saúde, casas de parto, ambulatórios, hospitais ou outra instituição que atenda à gestante, parturiente puérpera ou mulher em situação de abortamento.

direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa" – e legislação infraconstitucional correlata1.

No que tange à responsabilização administrativa, cabe aos conselhos federais e regionais submeterem os profissionais às sanções administrativas, que variam entre sanções leves, como advertência ou notificação, e sanções gravíssimas, como a proibição do exercício da profissão. Aqui, esbarra-se no fato de que a produção de provas e o julgamento serão realizadas por e com o auxílio de colegas de profissão e instituições com as quais o profissional teve contato, o que termina por revelar a "solidariedade profissional", que mantém profissionais e instituições silentes ou resistentes a colaborar com a vítima.

Finalmente, para o Direito Penal, a responsabilização decorre de uma conduta típica, seja comissiva ou omissiva: os requisitos são semelhantes àqueles da responsabilização civil, inclusa a tipicidade da conduta.

Em relação às condutas criminosas que podem ser cometidas no exercício de profissões vinculadas à assistência obstétrica, tem-se: a assunção do risco na realização de procedimento sabido arriscado, com consequências negativas, pelo dolo eventual (art. 18, I, CP); homicídio (art. 212, CP); lesão corporal (art. 128, CP), à integridade pessoal, física ou psíquica (art. 129, §1, IV, CP) e maus tratos (art. 136, CP); constrangimento ilegal (art. 146, CP) e ameaça (art. 147, CP) (BRASIL, 1940).

Chegando ao Poder Judiciário, a vítima, então, enfrenta a derradeira problemática:

> […] [os] agentes do sistema de justiça estão ainda pouco familiarizados com protocolos e mecanismos que possam garantir a devida diligência e favorecer o tratamento integral às mulheres em situação de violência (NOGUEIRA; SEVERI, 2016, p. 431).

Feitas essas considerações, torna-se evidente que nem a responsabilização civil nem a responsabilização penal se prestam a garantir a tutela dos direitos violados pelas práticas associadas à violência obstétrica.

Mesmo que a responsabilização dos envolvidos seja essencial, ambas as responsabilizações – civil e penal –, nos termos atuais, falham no que é mais importante: reestabelecer a integridade pessoal, ou seja, física e psicológica, e moral da mulher.

4.3 A NOCIVIDADE DO ATUAL PARADIGMA DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Resta evidente que as formações dos profissionais de saúde e jurídica desempenham "[…] um papel estruturante no desenho atual da assistência e na resistência à mudança" (DINIZ *et. al.*, 2015, p. 04).

A prática médica[3] tem priorizado competências em detrimento de valores; se apegado a materiais ultrapassados em detrimento da busca, da avaliação e da revisão de estudos sobre as evidências mais atuais; acreditado que as melhores práticas não passam de "filosofia" profissional, que pode ou não ser adotada pelo indivíduo (DINIZ et. al., 2015).

Há uma "despersonalização do cuidado". O doente não é mais considerado, apenas a sua doença. Desassocia-se a medicina e a saúde, permitindo a reprodução e perpetuação de desigualdades simbólicas e reais, consequentemente, que mulheres sejam objetificadas, silenciadas e usadas apenas para servir ao treinamento de novos profissionais (LUZ, 2013).

O conhecimento técnico, que é revestido de poder institucional e esboçado em termos de retórica e racionalização dos procedimentos e não observância a direitos humanos e fundamentais de pacientes (SILVA, 2005), oferece a legitimação necessária à administração e controle da vida (não só da doença). É, portanto, um dos fatores que contribuem para a reprodução, perpetuação e naturalização de violência institucional e de gênero nos serviços prestados, na e à assistência ao parto.

De igual modo, a problemática da desumanização atinge a formação jurídica e contribui para a impunidade e a ausência de sanções adequadas ou proporcionais de práticas violadoras de direitos e para o silenciamento de vítimas.

Desse modo, os conflitos levados à resolução jurídica são essencialmente individualizados, e a resolução oferecida apresenta apenas "[…] a demonstração quantitativa de produtividade, generalizando-se ou padronizando-se decisões com a colagem de ementários de jurisprudência, citações e seguindo modelos de peças em geral" (SERRA, 2018, p. 64).

Portanto, o ambiente acadêmico e o ambiente jurídico têm fundamental papel na adoção de um novo paradigma de assistência à saúde, sobretudo ao parto (SILVA, 2005) e acesso à justiça, visto que a humanização se desdobra em questões técnica e não técnicas, como a cultura sexual e reprodutiva, as questões de financiamento à saúde e a ética profissional (DINIZ, 2001).

3 "[…] essa crítica não se restringe à obstetrícia, nem mesmo apenas à medicina, aplicando-se, em variadas intensidades, a outras profissões de saúde. O conjunto da educação dos profissionais tem sido alvo de críticas pela dificuldade de prepará-los com formação humanista. Assim, a relação deixa de ser entre humanos e passa a ser uma relação sujeito-objeto, do médico com a doença" (DINIZ, et. al., 2008, p. 04).

Trata-se de mais uma medida apta a promover o alcance da igualdade de gênero e o empoderamento de mulheres e meninas, que se correlaciona com todos os objetivos específicos previstos pelo ODS-5 e todos os objetivos gerais previstos pela Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável.

5 CONCLUSÕES

No ordenamento jurídico brasileiro, os direitos fundamentais estão sujeitos ao regime do art. 5º, §1º, CRFB (BRASIL, 1988), consistindo em normas diretamente, imediatamente aplicáveis. Contudo, o que se verifica em nível global é a hipossuficiência na garantia desses direitos, sobretudo os direitos sociais, quando considerados como direitos subjetivos a prestações estatais.

Nesse sentido, os órgãos e instituições internacionais têm agido no sentido de promover e incentivar um desenvolvimento igualitário e sustentável, que permita a prosperidade e a paz universal, objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Dentre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável previstos pelo plano de ação, inclui-se o alcance da igualdade de gênero e empoderamento de todas as mulheres e meninas, com enfoque para a erradicação de todas as formas de violência e discriminação de gênero, com enfoque para a violência obstétrica.

Considerou-se que a violência de obstétrica, enquanto uma violência de gênero reproduzida no contexto institucional, se reproduz e perpetua pela relação desigual, originada nas representações de gênero, que legitima a apropriação pelo profissional que provém a assistência ao parto e nascimento do corpo e da sexualidade da paciente.

À vista disso, partindo-se da premissa de que qualquer forma de violência representa um obstáculo ao desenvolvimento sustentável, discutiu-se os principais desafios à erradicação, no cenário brasileiro, da violência de obstétrica, entendidos como sendo a invisibilidade dessa forma de violência, em razão de sua causa e origem ser a assimetria que define e molda as relações de gênero, normalizando a violência; a insuficiência de instrumentos próprios para identificar e notificar casos e para receber e processar de denúncias de violação no tratamento obstétrico, que impõe, à vítima, o ônus da produção da prova da violência e/ou não servem ao reestabelecimento da integridade pessoal e moral da mulher; e a nocividade do atual paradigma de formação dos recursos humanos, que perpetua a inobservância a direitos humanos e fundamentais de pacientes.

Para isso, a Agenda 2030 exige, em nível nacional, que os governos e instituições públicas se comprometam à promulgação de legislação, à adoção de orçamentos e à responsabilização que coadunem para a implementação efetiva das metas traçadas, trabalhando junto às autoridades, sub-instituições, universidades, organizações filantrópicas e outros, regionais, locais e internacionais.

No que tange especificamente às metas do ODS-5, deve-se considerar a realização de reformas políticas e legais para garantir a igualdade no acesso aos recursos econômicos, à propriedade, a serviços financeiros, herança e os recursos naturais, e decorre da necessidade latente de garantir, à mulher, recursos suficientes a permitir-lhe o próprio sustento; o aumento do uso de tecnologias de base, em particular as tecnologias de informação e comunicação, para promover o empoderamento das mulheres com a divulgação de informações e a educação com fins ao controle da própria existência pelo indivíduo e, assim, à sua capacidade de influência, controle e poder de decisão sobre os fatores que nela interferem (GALLAGHER, 1981); e a adoção e o fortalecimento de políticas sólidas e legislação aplicável para a promoção da igualdade de gênero, o empoderamento de todas as mulheres e meninas e a erradicação de todas as formas de discriminação, em todos os níveis.

Particularmente, a experiência brasileira revela a necessidade premente da mobilização de governos, instituições públicas e instituições privadas e seu comprometimento à adoção de políticas sólidas que coadunem para a implementação de uma educação inclusiva, integral, contextualizada e individualizada, capaz de incumbir o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais, à comunidade, à própria identidade cultural, idioma e valores nacionais e de outras nações e ao meio ambiente (UNICEF, 2019); à adoção e o fortalecimento de políticas sólidas e legislação aplicável para a promoção da igualdade de gênero; e à promulgação de legislação específica sobre a matéria, de forma a fornecer as ferramentas legais para reconhecimento e combate à violência obstétrica.

Finalmente, o que se observa é que a universalidade dos direitos humanos somente será concretizada, no cenário abordado por este trabalho, quando assegurado "[…] o acesso universal à saúde e seus determinantes econômicos", considerada "[…] a proteção social para as pessoas mais vulneráveis" e, no que tange ao desenvolvimento econômico, "[…] a erradicação da pobreza e a conquista do desenvolvimento sustentável" (OPAS, 2020, não paginado).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR J. M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**, 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/publico/JanainaMAguiar.pdf. Acesso em: 14 fev. 2020.

AQUINO, M. da G. C. G. de S. *et. al.* Mulheres e direitos humanos: uma perspectiva normativa acerca do enfrentamento da violência de gênero. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 4., 2019 São Luís, Maranhão. **Anais** […]. São Luís, MA: UFMA, 2019.

AQUINO, M. da G. C. G. de S. Violência obstétrica: uma análise acerca do projeto de lei n.° 7.633/2014 como proposta de garantia aos direitos fundamentais da mulher. In: CONGRESSO NACIONAL DA FEPODI, 5., 2017, Campo Grande. **Anais** […]. Campo Grande, MS: FEPODI, 2017.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S.A, 1989.

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

BRASIL. Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 21 jan. 2019.

BRASIL. Lei n. 10.406, 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm. Acesso em: 21 jan. 2019.

BRASIL. Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 29 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 7.633, de 29 de maio de 2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2014. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785. Acesso em: 29 fev. 2019.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, “CONVENÇÃO BELÉM DO PARÁ”, 1994, Pará, Brasil. **Anais** […]. Pará, Brasil: Comissão Interamericana de Direitos Humanos; Organização dos Estados Americanos, 1994. Disponível em: http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm. Acesso em: 17 mar. 2019.

CONVENÇÃO PARA A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER, “CONVENÇÃO DA MULHER”, “CEDAW”, 1979, Nova York, EUA. **Anais** […]. Nova York, EUA: Organização das Nações Unidas, 1979. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf. Acesso em: 17 mar. 2019.

CUNHA, E. **Violência no parto em Minas Gerais**: denúncia à Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa. Belo Horizonte: HumanizaSUS, 2012. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/violencia_no_parto_em_minas_gerais_-_versao_final.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2020.

D’OLIVEIRA, A. F. P. L. *at. al*. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, Inglaterra, v. 359, 11 mai. 2002. Disponível em: <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(02)08592-6.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020.

DINIZ, C. S. G Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v19n2/12.pdf. Acesso em: 15 fev. 2020.

DINIZ, C. S. G. *et al*. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 25, n. 03, p. 377-384, 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080. Acesso em: 23 Mai. 2020.

DINIZ, S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**, 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: https://docplayer.com.br/32913-Entre-a-tecnica-e-os-direitos-humanos-possibilidades-e-limites-da-humanizacao-da-assistencia-ao-parto.html. Acesso em 23 mai. 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M. **Acompanhante familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz**, 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5214/2/ve_Rosa_Maria_ENSP_2002. Acesso em 23 nov. 2020.

FILHO, M. H. (Org.). **Glossário de termos do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5**: alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas. Brasília – DF: Nações Unidas no Brasil, 2016.

FRAZON, A. C. A.; SENA, L. M. S. **Teste da violência obstétrica**: violência obstétrica é contra a mulher: a avaliação das mulheres sobre os cuidados recebidos durante a internação para o parto e o nascimento. Resultados da ação de blogagem coletiva, 2012. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados_-Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Diagramada_Vers%C3%A3o-final.pdf. Acesso em: 01 dez. 2020.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **A educação que protege contra a violência**. Brasília, DF: UNICEF, 2019. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/4091/file/Educacao_que_protege_contra_a_violencia.pdf. Acesso em 29 dez. 2020.

GOMES, A. M. de A. *et. al.* Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. **Saúde Soc.,** São Paulo, v. 17, n. 1, p. 61-72, 2008.

KONDO, C. Y. *et al*. **Episiotomia "é só um cortezinho"**: violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. São Paulo: Parto do Princípio; Espírito Santo: Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014. Disponível em: <http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Episiotomia.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

LEAL, M. do C. *et al*. **Nascer no Brasil**: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Rio de Janeiro: ENSP; Fiocruz, 2012. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf. Acesso em: 25 set. 2020.

LUZ, M. T. **As instituições médicas do Brasil**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.

MACHADO, M. H. (Coord.). **Os Médicos e sua Prática Profissional**: as metamorfoses de uma profissão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/bm9qp/pdf/machado-8585471050.pdf. Acesso em: 12 out. 2020.

MAIA, M. B. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. *In*: **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Disponível em: http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289-03.pdf. Acesso em: 14 nov. 2019.

MAMEDE, F. V. *et al*. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 331-336, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23.pdf. Acesso em: 24 nov. 2020.

MERCADANTE, O. A. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. *In:* FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

NOGUEIRA, B. C.; SEVERI, F. C. Violência obstétrica e acesso das mulheres à justiça: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região sudeste. **Panóptica**, vol. 11, n. 2, p. 430-470, jul./dez. 2016.

ONU MULHERES. **Mulheres negras e COVID-19**. Brasília, DF: ONU Mulheres, 2020. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/12/COVID19_2020_informe2.pdf. Acesso em: 28 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando Nosso Mundo**: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2015. Disponível em: https://nacoesunidas.org/wpcontent/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf.%20. Acesso: %2019%20fev.%202019. Acesso em: 19 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf. Acesso em: 24 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Diretora da OPAS pede que países protejam grupos vulneráveis dos efeitos da pandemia de COVID-19**. Brasília, DF: OPAS, 2020. Disponível em: https: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6175:diretora-da-opas-pede-que-paises-protejam-grupos-vulneraveis-dos-efeitos-da-pandemia-de-covid-19&Itemid=812. Acesso em: 27 dez. 2020.

PINTO, A. M. O. *et. al.* Sistemas de proteção dos direitos humanos da mulher na tentativa de coibir a prática da violência obstétrica. *In*: SILVA, L. H. B. H. da; FEITOSA, S. de O. S. (Coord.). **Violência de gênero contra a mulher**: estudos, contextos e reflexões. São Luís, MA: ESMAM, 2018.

PROGIANTI, J. M. **Parteiras, médicos e enfermeiras**: a disputada arte de partejar, 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SAFFIOTI, H. I. B. Violência de gênero no Brasil contemporâneo. *In*: SAFFIOTI, H. I. B.; MUÑOZ-VARGAS, M. **Mulher brasileira é assim**. Brasília, DF: UNICEF, 2004.

SENADO FEDERAL. Violência obstétrica: "Parirás com dor". **Dossiê produzido por Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa**, 2012. Disponível em: https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf. Acesso em: 21 mar. 2020.

SERRA, M. C. de M. **Violência obstétrica em (des)foco**: uma avaliação da atuação do judiciário sob a ótica do TJMA, STF e STJ. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Direito/CCSo, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

SILVA, M. G. da *et. al.* Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Rev. Rene**, Fortaleza, CE, v. 15, n. 4, p. 720-728, jul./ago. 2015. Disponível em: http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/1121/1079. Acesso em: 26 dez. 2020.

VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Editora SESC-SP, 2010.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf. Acesso em: 11 abr. 2020.