



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS - UFT

ESCOLA SUPERIOR DA MAGISTRATURA DO TOCANTINS – ESMAT

CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL INTERDISCIPLINAR EM PRESTAÇÃO
JURISDICIONAL E DIREITOS HUMANOS

KENIA MARTINS PIMENTA FERNANDES

**“NA PORTA MESMO JÁ ME DEU VONTADE DE CHORAR”:
A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA VIVENCIADA POR MULHERES QUE
PARIRAM SOZINHAS NA PANDEMIA**

PALMAS (TO)

2022

KENIA MARTINS PIMENTA FERNANDES

**“NA PORTA MESMO JÁ ME DEU VONTADE DE CHORAR”:
A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA VIVENCIADA POR MULHERES QUE
PARIRAM SOZINHAS NA PANDEMIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Interdisciplinar em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos da Universidade Federal do Tocantins em parceria com a Escola Superior de Magistratura Tocantinense.

Linhas de pesquisa: Acesso à Justiça e Direitos Humanos. Acesso à Justiça e Tutela de Direitos. Diversidade Multiculturalismo e Violência de Gênero. Direitos Humanos e Efetividade das Decisões Judiciais, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Mendes Rosa

PALMAS (TO)

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- F363  Fernandes, Kenia Martins Pimenta.
“NA PORTA MESMO JÁ ME DEU VONTADE DE CHORAR”: A
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA VIVENCIADA POR MULHERES QUE PARIRAM
SOZINHAS NA PANDEMIA . / Kenia Martins Pimenta Fernandes. – Palmas,
TO, 2022.
151 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins
– Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em
Prestação Jurisdicional em Direitos Humanos, 2022.
Orientador: Carlos Mendes Rosa

1. Violência Obstétrica. 2. Violência de Gênero. 3. Acesso à Justiça e
Direitos Humanos. 4. Direitos Humanos e Efetividade das Decisões Judiciais.
I. Título

CDD 342

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte.
A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184
do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM PRESTAÇÃO JURISDICCIONAL E DIREITOS HUMANOS

KENIA MARTINS PIMENTA FERNANDES

**“NA PORTA MESMO JÁ ME DEU VONTADE DE CHORAR”: A VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA VIVENCIADA POR MULHERES QUE PARIRAM SOZINHAS NA
PANDEMIA**

Dissertação propositiva apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado Profissional e Interdisciplinar em Prestação Jurisdiccional e Direitos Humanos, promovido pela Universidade Federal do Tocantins em parceria com a Escola Superior da Magistratura Tocantinense, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre.

Data da aprovação: 20 de maio de 2022.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Carlos Mendes Rosa
Orientador e Presidente da Banca
Universidade Federal do Tocantins

Profª. Dra. Patrícia Medina
Membro Avaliador Interno
Universidade Federal do Tocantins

Profª. Dra. Paula Rita Bacellar Gonzaga
Membro Avaliador Externo

Palmas – TO
2022

“Minha mãe é minha origem, minha Ancestralidade”.

Vilma Piedade

Este trabalho é dedicado à minha mãe, Elizabeth.

Mamãe tem nome de Rainha, mas a vida não lhe concedeu privilégios.

Criança pobre, órfã de sua mãe Francisca, que morreu de parto. Abandonada pelo pai, foi adotada pelos tios que se tornaram seus pais: Adelino e Lourença. Para estudar, morou em casa de família, pagando teto e alimentação com trabalho e gratidão.

Logo cedo, foi obrigada a ser independente. De inteligência nata, tornou-se a primeira em tudo que se punha a fazer.

Mulher negra, mãe solo em 1981, de filha única, teve de se tornar forte, trabalhadora, batalhadora. Professora, foi profissional de excelência.

O parto da Mamãe não foi fácil. Sentindo o fato de estar sozinha, não teve a “força de parir”.

Pesava a recordação do destino da minha avó Francisca. Auxiliada por fórceps, enfrentou tudo, teve que ser resiliente, educou-me para a vida. É minha origem, é parte e grande, de quem eu sou.

O parto de minhas ancestrais teve forte influência em minhas duas experiências de parto por cesariana. O discurso do medo cegou-me da percepção de que meu corpo pertence a mim, e de que posso, e devo, decidir sobre ele.

Esta pesquisa é dedicada à Mamãe, mas também a mim mesma e a todas as mulheres que ainda não visualizam a propriedade sobre seus corpos. Mais ainda, é pelas pequenas mulheres frutos do meu ventre - Ana Cecília e Maria Luísa - a quem desejo sejam senhoras de si.

AGRADECIMENTOS

É uma dádiva poder concluir este trabalho nesse momento em que tomamos fôlego da tormenta causada pela pandemia. Escrever, produzir pesquisa, tornou-se um desafio ainda maior em meio ao caos que vivenciamos. Abstrair-me do cenário de constante ameaça a vida para estudar, quando o que parecia mais certo a fazer, nesse momento em que a vida se revelou tão finita, era estar próxima das minhas pessoas favoritas e conviver o máximo com elas, foi realmente muito difícil. Quando enfim respiramos melhor e vejo que completei essa jornada, o sentimento que fica é de Gratidão.

Sinto-me grata à Deus pelo dom da vida e pelo privilégio de mantê-la, quando tantos a perderam. Grata à minha família: Mamãe, meu suporte de amor, César, meu companheiro de vida e apoio para minhas crises, Ana Cecília e Maria Luísa, por quem e para quem existo e faço.

À minha querida amiga Thaynara, pela amizade de anos e pela parceria nessa jornada do Mestrado.

Às minhas amigas inspiradoras e companheiras de luta defensorial: Denize, Elydia, Isabella e Franciana. À Dê, por me apresentar o tema da violência obstétrica e me incentivar nesta pesquisa; à Isa, pela paciência em me ouvir e pelo apoio material com a socialização de tantas leituras indispensáveis; à Elydia e Fran, por muitas vezes acreditarem em mim, bem mais que eu mesma.

Ao professor Carlos, meu orientador, pela paciência, pelas críticas necessárias, mas sobretudo por acreditar em minha capacidade de realizar.

Muitíssimo obrigada! É por/com todas e todos vocês que canto essa canção/oração:

*Eu só peço a Deus
Que a dor não me seja indiferente
Que a morte não me encontre um dia
Solitário, sem ter feito o que eu queria
Eu só peço a Deus
Que a injustiça não me seja indiferente
Pois não posso dar a outra face
Se já fui machucado brutalmente*

*Eu só peço a Deus
Que a guerra não me seja indiferente
É um monstro grande e pisa forte
Toda a pobre inocência dessa gente*

Eu só peço a Deus

*Que a mentira não me seja indiferente
Se um só traidor tem mais poder que um povo
Que este povo não esqueça facilmente*

*Eu só peço a Deus
Que o futuro não me seja indiferente
Sem ter que fugir desenganado
Pra viver numa cultura diferente¹*

RESUMO

A violência obstétrica é uma forma de violência de gênero, conceituada como ato de violação à integridade física e psíquica de gestantes, durante a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto e em situações de abortamento. Caracterizada pela apropriação dos processos reprodutivos da mulher pelas equipes médicas e de saúde, decorre tanto da perpetuação, no manejo do trabalho de parto, de práticas obstétricas consideradas prejudiciais, como de fatores relacionados a discriminação por gênero, raça e classe social. Os movimentos sociais feministas foram responsáveis pelo reconhecimento das mulheres como sujeitas de direitos humanos, sobretudo os direitos reprodutivos. Aliados aos movimentos pela humanização do parto, denunciaram as práticas violentas durante o parto e influenciaram na aprovação, no Brasil, da lei que assegura a presença de acompanhante de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, e de leis municipais e estaduais ao longo do país, que disciplinam práticas que caracterizam a violência obstétrica. O Tocantins está entre os estados que possuem lei dessa natureza. A lei reconhece no impedimento da presença de acompanhante uma das práticas violadoras. Entretanto, com a pandemia por Covid-19 este direito esteve suprimido nas maternidades públicas tocantinenses por mais de dezoito meses. Diante desse cenário, o objeto geral deste trabalho é investigar se as respostas do Poder Judiciário tocantinense às demandas ajuizadas pela Defensoria Pública, para dar cumprimento à lei do(a) acompanhante durante a pandemia por Covid-19, reconhecem a supressão desse direito como violência obstétrica e verificar, por meio da realização de entrevistas, se as mulheres autoras dessas demandas viveram outras violações. Utilizando uma abordagem qualitativa, esta pesquisa possui três dimensões: contextualiza o reconhecimento dos direitos humanos das mulheres nos cenários internacional e brasileiro; apresenta, a partir de um aporte teórico oriundo de estudos feministas, a questão da violência obstétrica enquanto violência de gênero, entrecortada pela raça e pela classe; examina, a partir da metodologia da análise de decisões judiciais, as deliberações proferidas nas demandas processuais investigadas e, a partir da metodologia da análise do fenômeno situado, as descrições formuladas pelas mulheres autoras de tais ações em entrevistas narrativas. O estudo possibilita a compreensão de que o discurso jurídico presente nas deliberações judiciais, não reconhece a violência obstétrica resultante do impedimento de acompanhante, alinha-se à medida estatal tomada no curso da pandemia, e não parte de um julgamento com perspectiva de gênero. Afere-se também que as mulheres entrevistadas estiveram submetidas a formas distintas de violência, tais como violações físicas, intervenções não consentidas, cuidado indigno, abuso verbal, falta de qualidade no atendimento recebido, além da percepção de uma experiência de parto negativa e do senso de injustiça resultante da violação de direitos. Compreende-se ainda que por se tratar de problema estrutural resultante de diferentes eixos de opressão, a violência obstétrica deve ser vista a partir de lentes que permitam respostas interseccionais para a questão.

Palavras-chave: violência obstétrica; direitos humanos reprodutivos das mulheres; direito a(o) acompanhante; decisões judiciais

ABSTRACT

Obstetric violence is a form of gender violence, conceptualized as an act of violating the physical and psychological integrity of pregnant women, during prenatal, childbirth and postpartum care and in abortion situations. Characterized by the appropriation of women's reproductive processes by medical and health teams, it stems from both the perpetuation, in the management of labor, of obstetric practices considered harmful, as well as factors related to discrimination by gender, race and social class. Feminist social movements were responsible for the recognition of women as subjects of human rights, especially reproductive rights. Allied with the movements for the humanization of childbirth, they denounced violent practices during childbirth and influenced the approval, in Brazil, of the law that ensures the presence of a companion of the woman's free choice during labor, delivery and the postpartum period, and municipal and state laws throughout the country, which govern practices that characterize obstetric violence. Tocantins is among the states that have a law of this nature. The law recognizes in the impediment of the presence of a companion one of the violating practices. However, with the Covid-19 pandemic, this right was suppressed in public maternity hospitals in Tocantins for more than eighteen months. In view of this scenario, the general object of this work is to investigate whether the responses of the Tocantins Judiciary to the demands filed by the Public Defender's Office, to comply with the companion law during the Covid-19 pandemic, recognize the suppression of this right as violence. obstetric service and verify, through interviews, whether the women who made these demands experienced other violations. Using a qualitative approach, this research has three dimensions: it contextualizes the recognition of women's human rights in the international and Brazilian scenarios; presents, from a theoretical contribution from feminist studies, the issue of obstetric violence as gender violence, intersected by race and class; examines, based on the methodology of analysis of judicial decisions, the deliberations made in the investigated procedural demands and, based on the methodology of analysis of the situated phenomenon, the descriptions formulated by the women authors of such actions in narrative interviews. The study makes it possible to understand that the legal discourse present in judicial deliberations, does not recognize obstetric violence resulting from the impediment of a companion, aligns with the state measure taken in the course of the pandemic, and not part of a judgment with a gender perspective. It is also noted that the women interviewed were subjected to different forms of violence, such as physical violations, non-consensual interventions, unworthy care, verbal abuse, lack of quality in the care received, in addition to the perception of a negative childbirth experience and a sense of of injustice resulting from the violation of rights. It is also understood that because it is a structural problem resulting from different axes of oppression, obstetric violence must be seen from a lens that allows intersectional responses to the issue.

Keywords: obstetric violence; women's reproductive human rights; right to a companion; court decisions

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANADEP	Associação Nacional das Defensoras e Defensores Públicos
CADH	Convenção Americana de Direitos Humanos
CEDAW	Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONDEGE	Conselho Nacional das Defensoras e Defensores Públicos-Gerais
Corte IDH	Corte Interamericana de Direitos Humanos
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAD	Metodologia de Análise de Decisões
NDDH	Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos
NUDEM	Núcleo de Defesa dos Direitos da Mulher
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
SOLAR	Sistema de Solução Avançada de Atendimento
TJTO	Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Categorias, direitos correspondentes e exemplos de situações de violência obstétrica 48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 MULHERES TAMBÉM SÃO HUMANAS	19
3 O QUE É A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?	33
3.1 A Medicalização do Corpo Feminino: primeiro passo rumo às práticas violadoras	33
3.2 Violência Obstétrica: Por que utilizar esse Termo?	39
3.3 Violência Obstétrica: o que a caracteriza?	44
3.4 Violência Obstétrica: apenas uma Violência de Gênero?	50
4 O ACESSO À JUSTIÇA PARA MULHERES	55
4.1 A Defensoria Pública como instrumento de acesso à justiça para mulheres	55
4.2 Os sistemas internacionais de proteção aos direitos humanos e adoção de jurisprudência sensível a gênero	62
5 DESENHANDO O ALVO DA PESQUISA	69
5.1 O direito de gestantes e puérperas ao apoio contínuo durante o parto e a suspensão decorrente da pandemia por Covid-19	69
5.2 A assistência à saúde reprodutiva das mulheres tocantinenses	74
5.3 O caminho metodológico percorrido na construção da pesquisa	78
6 A RESPOSTA DO SISTEMA DE JUSTIÇA: O DISCURSO JURÍDICO QUE NEGA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E AS VIOLAÇÕES IMPOSTAS ÀS MULHERES QUE PARIRAM SOZINHAS	86
6.1 O discurso jurídico sobre o direito a(o) acompanhante produzido ao longo da pandemia: a negação da violência e o silêncio quanto ao seu aspecto de gênero	86
6.1.1 A pandemia como justificativa para negar a violência obstétrica	90
6.1.2 O silêncio quanto ao evidente caráter de gênero da violação	97
6.2 O fenômeno da violência obstétrica vivenciada pelas mulheres que pariram sozinhas na pandemia	101
6.2.1 Violações físicas	105
6.2.2 Intervenções não consentidas ou aceitas com base em informações parciais	108
6.2.3 Cuidado indigno e abuso verbal	113
6.2.4 Omissão em observar os padrões de qualidade no atendimento à saúde	114
6.2.5 A unidade essencial do fenômeno: percepção de uma experiência de parto negativa e senso de injustiça resultante da violação de direitos	117
6.3 A necessidade de uma leitura interseccional da violência obstétrica	122

CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
REFERÊNCIAS	132
ANEXOS	132
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS	144
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	147

1 INTRODUÇÃO

A pandemia por Covid-19, declarada pela Organização Mundial da Saúde – OMS, em 11 de março de 2020, potencializou a desigualdade social mundial decorrente do sistema econômico capitalista, que impõe a milhões de pessoas em todo o mundo a vida em condições indignas e sem acesso a direitos humanos básicos como a saúde. A disparidade evidencia-se ainda mais a partir da perspectiva de que, aliados ao capitalismo, estão outros fatores de opressão social, como raça e gênero.

No Brasil, o discurso de enfrentamento à pandemia pautou-se na aparente dicotomia entre a necessidade de salvar vidas e a preocupação em sustentar a economia. Porém o que se revela até aqui é um fracasso em ambos os campos, vez que o país já conta mais de 660 mil mortos pelo coronavírus, enfrenta uma grave crise econômica e um aumento exponencial na população em situação de pobreza e extrema pobreza.

Nesse contexto, as mulheres foram especialmente impactadas. A pandemia provocou o fechamento das escolas, aumentou a sobrecarga relacionada ao cuidado com os filhos, ao trabalho doméstico e ao trabalho remunerado, quando existente. Além disso, acirrou a condição de desemprego, o que as expôs a um estado de exaustão física e mental. As mulheres, em especial as mulheres negras, também são as pessoas mais impactadas com a elevação dos índices de pobreza e extrema pobreza durante a pandemia, demonstrando um acirramento das opressões de gênero e raça durante a crise sanitária (ROUBICEK, 2021).

O novo coronavírus produziu enorme pressão sobre os sistemas de saúde para tratamento de pessoas infectadas. Todavia, a Covid-19 afetou a prestação dos serviços públicos de saúde como um todo, trazendo ainda mais obstáculos para acesso a tratamentos de qualidade. A expansão da disparidade no acesso à direitos provocada pelo coronavírus atingiu também questões relacionadas ao exercício da sexualidade e da reprodução das mulheres. Os serviços de saúde sexual e reprodutiva foram impactados em diversas partes do mundo (CHURCH, 2020; HUSSEIN, 2020).

O Fundo de População da Organização das Nações Unidas emitiu documento alertando a para a necessidade de se garantir, mesmo no contexto pandêmico, tanto a continuidade da atenção à saúde materna durante a gestação, pré-parto, parto e pós-parto como outros cuidados de saúde sexual e reprodutiva tais como o acesso à contracepção, contracepção de emergência, aborto seguro nos casos assegurados em lei e atenção pós-aborto (UNFP, 2020).

Enquanto os organismos internacionais mantiveram legítima preocupação em assegurar a continuidade no acesso aos serviços públicos de assistência à saúde sexual e reprodutiva, no Brasil o Governo Federal cuidou em revogar a Nota Técnica n.º 16/2020 do Ministério da Saúde, que tratava da necessidade de continuidade dos serviços de violência sexual e aborto legal e do fortalecimento das ações de planejamento reprodutivo no contexto da pandemia por Covid-19.

O Brasil pareceu mesmo seguir na direção contrária ao alerta das organizações internacionais, uma vez que desde o início da pandemia apresentou uma grande elevação na taxa de mortalidade materna, com gestantes e puérperas despontando como grupo de alto risco com chance de óbito maior que o dobro da população em geral (CASTRO, 2021). Por outro lado, houve grande demora na inclusão desse público como prioritário no programa nacional de imunização contra a Covid-19, fato que apenas aconteceu em julho de 2021, sete meses após o início da vacinação dos primeiros grupos prioritários.

A pandemia trouxe ainda, outra severa violação aos direitos reprodutivos de gestantes e puérperas decorrente da suspensão do direito de parturientes a manter consigo acompanhante de sua escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. Hospitais e maternidades públicas de vários estados brasileiros suspenderam o direito assegurado em lei, colocando as usuárias dos serviços públicos de assistência à saúde materna em condição de subalternidade em relação às mulheres atendidas em instituições privadas.

Esta violação também aconteceu nas maternidades públicas do estado do Tocantins que a partir de ato administrativo emitido por meio da Secretaria de Estado da Saúde suspendeu o direito de grávidas e puérperas a(o) acompanhante no curso da pandemia por Covid-19. Tais situações implicam numa forma de violência de gênero que apesar de antiga, apenas recentemente tem alcançado maior visibilidade: a violência obstétrica.

A violência obstétrica é forma de violência de gênero cometida no âmbito institucional público e privado. Essa nomenclatura – violência obstétrica – é fruto da luta dos movimentos sociais feministas em prol do reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e das violações sofridas nos processos de gestar, parir e abortar (DINIZ, 2015). Pode ser conceituada como o ato de violação à integridade física e psíquica da mulher gestante, durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto e situações de abortamento e está diretamente associada à apropriação dos processos reprodutivos da mulher pelas equipes médicas e de saúde (VENEZUELA, 2007). A violência pode decorrer tanto da perpetuação, no manejo do trabalho de parto, de práticas obstétricas consideradas prejudiciais, vez que não

recomendadas pela medicina baseada em evidências científicas, como de fatores relacionados a discriminação por gênero, raça e classe social.

Apesar de ser quase contemporânea ao processo de institucionalização do parto - que no Brasil consolidou-se em definitivo em meados do século XX - apenas neste século XXI e como resultado de diversos movimentos sociais de mulheres em todo o mundo, e sobretudo na América Latina, a questão começou a obter a visibilidade social indispensável ao seu enfrentamento. Contudo, o problema ainda não alcançou o reconhecimento necessário das instituições que devem promover e garantir o respeito aos direitos humanos, sobretudo o sistema de justiça.

No âmbito da Defensoria Pública, no qual se insere esta pesquisadora por atuar enquanto defensora pública, apenas recentemente a temática vem sendo discutida e mais difundida, sobretudo a partir da campanha anual promovida pela Associação Nacional das Defensoras e Defensores Públicos – ANADEP, que entre 2019-2020, intitulada “Em defesa delas”, que abordou a temática da violência contra a mulher em quatro eixos, sendo um deles a violência obstétrica.

Iniciativa digna de premiação pelo Instituto Innovare em 2019, na categoria Defensoria Pública, vem sendo desenvolvida por defensoras públicas do Estado de Mato Grosso. Denominada “Capacitação e Informação no Combate à Violência Obstétrica”, consiste em ação de educação em direitos voltada para mulheres e capacitação dos profissionais de saúde da rede de assistência à saúde reprodutiva feminina com foco nessa forma de violência de gênero.

Tais iniciativas ainda se mostram incipientes diante do grande número de relatos de situações de violações durante a assistência ao parto. O estudo “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”, realizado pela Fundação Perseu Abramo em 2010, indica que 01 em cada 04 mulheres é vítima de violência obstétrica no Brasil (PERSEU ABRAMO, 2010). Entretanto, essas situações dificilmente chegam ao conhecimento do sistema de justiça. Necessário, dessa forma, que a Defensoria Pública fomente a discussão sobre o tema tanto no aspecto intra-institucional como abrangendo o sistema de justiça em sua integralidade, o que se pretende alcançar a partir da presente pesquisa.

Ainda não existe no Brasil legislação federal aprovada no sentido de tornar lei as políticas públicas voltadas à humanização do parto. Todavia, em vários estados e municípios brasileiros os movimentos de mulheres conseguiram a aprovação de leis que reconhecem a necessidade da atenção humanizada ao parto. O estado do Tocantins, aprovou em 2016 a Lei Estadual n.º 3.113, que instituiu o Estatuto do Parto Humanizado, com o objetivo de assegurar

melhorias na assistência às mulheres durante o período gravídico-puerperal nas instituições públicas e privadas de saúde. A norma repete a lei federal que garante o direito a(o) acompanhante de livre escolha da mulher durante o parto, trabalho de parto e pós-parto (TOCANTINS, 2016). O estado do Tocantins aprovou também, em 2018, a Lei Estadual n.º 3.385, que reconhece e define e prevê rol exemplificativo de situações que se caracterizam como violência obstétrica, trazendo entre elas o ato de “impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto” (TOCANTINS, 2018).

Contudo, o desafio no sentido de haver pleno respeito aos direitos humanos das mulheres na assistência à saúde ainda é enorme. O arcabouço legislativo construído no Tocantins nos últimos anos não impediu o Poder Executivo Tocantinense de suspender o cumprimento das leis que asseguram o direito das parturientes a(o) acompanhante no âmbito das maternidades públicas estaduais. E essa violação de caráter institucional acontece num momento em que dados e pesquisas denunciam a existência de violência obstétrica em maternidades públicas e privadas em todo o país (LEAL, 2014; PERSEU ABRAMO, 2010).

A pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, durante os anos de 2011 e 2012 com puérperas e seus recém-nascidos, que efetuou um inquérito nacional sobre parto e nascimento, identificou um número espantoso de cesáreas realizadas sem indicação de necessidade e apenas por conveniência médica (LEAL, 2014). Em 2014 foi publicada Declaração da OMS para “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” convocando os países a tomarem medidas que alcancem esse objetivo (OMS, 2014). Antes mesmo do período pandêmico, o Brasil estava longe de atingir um índice de mortalidade materna aceitável. Em 2017 a taxa de mortalidade materna no Brasil apresentou um índice de 64,5 por 100 mil nascidos vivos, sendo 60% das mortes ocorridas por causas evitáveis (IPEA, 2019). No Tocantins, estudos realizados em maternidades apontam para a existência de situações de violência obstétrica nas unidades hospitalares públicas (GUIMARÃES *et al*, 2018; GOSCH *et al*, 2020).

Apesar da legislação robusta no Estado do Tocantins que estabelece a necessidade de formulação de políticas públicas que assegurem uma assistência humanizada ao parto, e que conceitua e define situações de violência obstétrica, – dentre as quais a o impedimento a(o) acompanhante –, ainda não existem estudos acerca da prestação jurisdicional a esse respeito no âmbito do Poder Judiciário Tocantinense. Estudos realizados em outros estados da federação apontam para a dificuldade em encontrar menção ao termo “violência obstétrica”

em decisões judiciais e indicam a existência tímida de decisões que reconheçam a responsabilidade objetiva do Estado e subjetiva dos agentes de saúde pela prática dessa forma de violência (VELOSO; SERRA, 2016, p. 274). Concluem ainda pela necessidade de que as práticas violadoras sejam analisadas não apenas à luz da responsabilidade civil, mas como forma de violência de gênero (NOGUEIRA; SEVERI, 2017, p. 10).

O Estado deve promover políticas públicas satisfatórias de assistência à saúde das mulheres, porém paradoxalmente acaba perpetrando violências institucionais contra essas mesmas mulheres. A fim de equilibrar tal contradição é necessário que esse mesmo Estado por meio do Poder Judiciário assegure a devida correção e reparação de tais violências. Para isso é imprescindível fomentar a discussão acerca dos maus tratos e desrespeitos praticados na assistência obstétrica entre os atores do sistema de justiça, o que se pretendeu fazer a partir da pesquisa aqui delineada.

A questão da violação do direito de gestantes e puérperas a ter consigo acompanhante de sua livre escolha no curso da pandemia por Covid-19, foi levada ao conhecimento do Poder Judiciário pela Defensoria Pública em demandas de caráter individual e coletivo, as quais também se fundamentam no fato de que o desrespeito a tal garantia configura violência obstétrica e viola os direitos humanos reprodutivos das mulheres.

Frente a essa realidade, considerando a violência obstétrica institucional cometida por meio da suspensão do direito a(o) acompanhante de gestantes e puérperas em hospitais e maternidades públicas do Estado do Tocantins, durante a crise sanitária provocada pela pandemia de Covid-19, e a partir da análise das decisões exaradas nas demandas individuais e coletivas propostas no sentido de fazer cessar essa violação a um direito humano e reprodutivo das parturientes tocantinenses e da realização de entrevistas narrativas com essas mulheres, a pesquisa aqui desenvolvida pretendeu responder aos seguintes problemas: O Poder Judiciário tocantinense considera que a supressão do direito da gestante/parturiente a (o) acompanhante de sua livre escolha configura violência obstétrica? As mulheres que acessaram o sistema de justiça tocantinense para assegurar o direito a(o) acompanhante vivenciaram outras formas de violência obstétrica?

A partir da fixação do problema de pesquisa, traçou-se como objetivo geral para o seu desenvolvimento: investigar as respostas do Poder Judiciário Tocantinense às demandas ajuizadas pela Defensoria Pública para fazer cessar o descumprimento à lei do(a) acompanhante durante a pandemia por Covid-19 e verificar, por meio da realização de entrevistas, se as mulheres autoras de tais demandas vivenciaram formas distintas de violência obstétrica. Os objetivos específicos da pesquisa foram: contextualizar o reconhecimento dos

direitos humanos das mulheres, em especial os direitos reprodutivos, nos cenários internacional e brasileiro; discutir, a partir de um aporte teórico oriundo de estudos feministas, a questão da violência obstétrica enquanto violência de gênero e violação aos direitos humanos reprodutivos das mulheres; examinar, também nesta perspectiva, as decisões judiciais proferidas nas demandas intentadas pela Defensoria Pública para garantir o cumprimento da lei do(a) acompanhante; entrevistar mulheres autoras de tais ações, a fim de apurar se passaram por outras formas de desrespeito e maus tratos durante a experiência de parto; ao final, analisar as narrativas formuladas pelas entrevistadas.

Para atender aos objetivos expostos, esta Dissertação foi dividida em cinco capítulos, dos quais o primeiro procura apontar, a partir do contexto histórico de construção dos direitos humanos, quando e como as mulheres foram reconhecidas enquanto sujeitas de tais direitos, apresentar os marcos legais internacionais e nacionais que assinalam esse reconhecimento e as teorias do pensamento crítico feminista que fundamentaram esta pesquisa.

O segundo capítulo mostra que o contexto histórico de surgimento das violações durante o parto, ocorridas a partir do processo de medicalização do corpo feminino, coincide com o aparecimento do capitalismo e tece considerações acerca das contribuições da teoria feminista da reprodução social para compreensão desse cenário; apresenta a conjuntura da violência obstétrica enquanto violência de gênero e a influência dos movimentos sociais de mulheres em seu reconhecimento e nomeação. Buscamos também neste capítulo apresentar a caracterização das diferentes formas da violência obstétrica, as políticas públicas já instituídas com a finalidade de promover a humanização do parto, as dificuldades para torná-las efetivas, e identificar a partir da teoria da interseccionalidade outras formas de opressão que se entrecruzam a essa violência de gênero.

No terceiro capítulo traçamos um pequeno histórico do direito ao acesso à justiça no Brasil e apresentamos a Defensoria Pública enquanto um instrumento para a promoção do acesso à justiça para mulheres. Entendo a importância dos sistemas internacionais de proteção aos direitos humanos nesse contexto, apresentamos alguns elementos da jurisprudência internacional que adota uma postura sensível a gênero.

Um desenho do alvo desta pesquisa é apresentado no quarto capítulo. Contextualizamos a implementação do direito a(o) acompanhante nas maternidades públicas e a suspensão decorrente da pandemia por Covid-19. Mostramos a conjuntura sociodemográfica do estado do Tocantins, esclarecendo acerca dos serviços de assistência à saúde reprodutiva das mulheres tocaninenses. Em seguida, apresentamos de maneira sucinta os caminhos epistemológicos e metodológicos apresentados na pesquisa e das motivações desta

pesquisadora para trilhá-los. Na quinta e última parte, apresentamos os resultados da análise realizada, apontando o discurso judicial acerca do direito a(o) acompanhante no contexto da pandemia e a violência obstétrica vivenciada pelas mulheres que pariram sozinhas. Ao final, tecemos considerações acerca da importância de uma leitura interseccional da questão.

2 MULHERES TAMBÉM SÃO HUMANAS

“O movimento feminista continua sendo uma das frentes mais poderosas de luta por justiça social no mundo de hoje.” (HOOKS, 2019, p. 26)

Entender a violência obstétrica enquanto uma violação aos direitos humanos baseada no gênero, de caráter estrutural, entrecortada pelos eixos de opressão relacionados à raça e a classe, requer a compreensão do cenário histórico de formação e teorização dos direitos humanos, sobretudo quanto à complexa definição de quem são os humanos sujeitos de direitos. A história aponta que esse é um campo marcado pela tensão entre as pessoas incluídas e excluídas do conceito de humanidade e pelo constante exercício da dominação de umas pelas outras.

A transição da idade medieval para a idade moderna transformou a relação entre os indivíduos, a sociedade e o Estado. Surgiram as ideias de igualdade e independência, e da existência de direitos naturais, inalienáveis e sagrados do homem. Essas ideias apareceram escritas primeiro na Declaração de Independência Americana de 1776 e depois no documento que veio a se tornar a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, aprovada no contexto da Revolução Francesa, em 1789, a qual, além de declarar que todos são iguais perante a lei, na tentativa de fazer cessar o privilégio baseado no nascimento, trazia afirmações aparentemente dotadas de universalidade nas referências aos homens e à sociedade (HUNT, 2009, p. 8).

Lynn Hunt (2009), em *A Invenção dos Direitos Humanos*, busca compreender, a partir do contexto dessas duas declarações formuladas no século XVIII, a “invenção” dos conceitos de humano e de direitos. Ao expor que os dois documentos tratam os direitos declarados como verdades naturais, autoevidentes, a autora busca explicar como o conceito de autoevidência de direitos foi aceito na sociedade da época, apontando para a existência de uma conjuntura social que suscitava empatia e compaixão a partir do acesso a uma literatura que contava a vida de outras pessoas (HUNT, 2009, p. 10).

O traço de autoevidência é crucial para a compreensão dos direitos humanos, mesmo na atualidade. No entanto, a autora alerta para o paradoxo presente na necessidade constante de se afirmar esses direitos, questionando por que tal afirmação é realizada apenas em tempos e lugares específicos e por que ainda é ausente o reconhecimento universal de direitos que se declaram universais (HUNT, 2009, p. 10).

A este respeito, considera que a característica de naturalidade dos direitos humanos foi aceita com mais facilidade do que aquelas relativas à igualdade ou à universalidade, esclarecendo que a sociedade das primeiras declarações de direitos não considerava sujeitos de tais prerrogativas e, portanto da empatia e compaixão que os justificavam, as crianças, as pessoas “insanas”, as pessoas sem propriedade, as escravizadas, os “negros livres”, algumas minorias religiosas, e sempre, as mulheres. As noções de liberdade e direitos pressupunham a existência de autonomia individual, a qual por sua vez, referia-se à capacidade de raciocinar e de agir por si mesmo. Hunt (2009) afirma que, dentre as pessoas excluídas de tal concepção, apenas as mulheres não tinham qualquer possibilidade de alcançar a autonomia necessária ao exercício de direitos, visto que sempre definidas como dependentes de seus pais ou maridos (HUNT, 2009, p. 16).

A autora feminista Carole Pateman (1993) contribui para o entendimento da formação das novas estruturas políticas contemporâneas às primeiras declarações de direitos humanos, ao resgatar o conceito de patriarcado como uma das bases da história política da modernidade.

A definição do termo patriarcado é controversa para a teoria feminista. Existem muitas discussões a respeito do seu real sentido, a ponto de algumas feministas entenderem pela necessidade de abandonar o termo. Carole Pateman (1993) argumenta que

seguir tal caminho representaria, na minha maneira de entender, a perda, pela teoria política feminista do único conceito que se refere especificamente à sujeição da mulher, e que singulariza a forma de direito político que todos os homens exercem pelo fato de serem homens. Se o problema não for nomeado, o patriarcado poderá muito bem ser jogado na obscuridade, por debaixo das categorias convencionais da análise política (PATEMAN, 1993, p. 39).

Nesta pesquisa, adotaremos o conceito de patriarcado exposto por Pateman, compreendo-o ainda conforme Saffioti (2004) enquanto o regime de dominação masculina que diz respeito também ao mundo público e cuja estrutura de poder domina toda a sociedade, inclusive o Estado (SAFFIOTI, 2004, p.54).

Em sua obra *O Contrato Sexual*, Pateman retoma a teoria clássica do contrato social, fundamentada na ideia de que todas as relações sociais devem derivar de um contrato originado nos direitos de liberdade e igualdade, dos quais naturalmente são dotados todos os

indivíduos, afirmando encontrar “nos teóricos clássicos do contrato uma característica comum essencial: todos contam histórias patriarcais” (PATEMAN, 1993, p. 68).

Pateman (1993) afirma que com exceção da teoria de Hobbes, que descreve os dois sexos como naturalmente livres, os contratualistas insistem na existência de um direito dos homens sobre as mulheres de base natural, sendo que, por tal razão, apenas homens estão aptos a serem os “indivíduos” livres e iguais dotados da capacidade de contratar. Ela detalha que Locke separa o poder paterno do poder político, considerando o primeiro como sendo de ordem natural e de domínio privado, assim como o patrimônio. Narra que Rousseau, apesar de criticar as teorias de Locke, admite que a “ordem civil depende do direito dos maridos sobre suas esposas, o qual, argumenta, advém da natureza” (PATEMAN, 1993, p. 85).

A autora também tece críticas à teoria de Robert Filmer, que segue a noção bíblica patriarcal de paternidade e considera o homem o agente de procriação mais importante, afirmando que “as mulheres são meros recipientes vazios para o exercício do poder sexual e reprodutor do homem”, que tem o direito político advindo de Deus de “preencher o recipiente vazio”, sendo que a “a gênese de uma nova vida biológica está nas mãos dele, e não no recipiente vazio” (PATEMAN, 1993, p. 134).

Pateman (1993) também expõe que as leituras tradicionais² dos textos clássicos limitam-se à discussão contratual, ignorando os atributos claramente patriarcais de muitos de seus capítulos e passagens, tratando a questão da diferença de gênero como uma questão apolítica, um “problema periférico à teoria política”. Assim, a construção de um novo modelo de política e cidadania para todas as pessoas apenas é possível se a história da gênese política for recontada sob outra perspectiva, vez que o contrato original foi criado por “homens brancos, e seu pacto fraterno tem três aspectos: o contrato social, o contrato sexual e o contrato de escravidão, que legitima o domínio dos brancos sobre os negros.” (PATEMAN, 1993, p. 324-326).

A ideia de direitos humanos advinda da Declaração dos Direitos do Homem de 1789 perdurou por quase dois séculos. Mas foi já no século XX, no momento pós segunda guerra mundial, que houve a proclamação pela Organização das Nações Unidas - ONU, em 1948, da Declaração Universal dos Direitos Humanos - DUDH, responsável pela atual concepção de direitos humanos, fundamentada na dignidade humana e que se propôs “como um ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações” (ONU, 1948).

² Ainda tratando do termo patriarcado, a autora afirma que as feministas que orientam pelas leituras tradicionais dos teóricos clássicos tendem a tomar o patriarcado com uma forma social pré-moderna, reduzindo-o “à substituição das primeiras relações familiares pelo domínio político”. (PATEMAN, 1993, p. 41)

O impacto provocado pelos crimes contra a humanidade ocorridos no contexto da segunda guerra mundial, fez com que a recém-criada Organização das Nações Unidas sentissem a necessidade de afirmar num único documento, direitos que pretendem ter um caráter de universalidade, que devem ser respeitados por todas as soberanias estatais e que assegurem a vida com dignidade a todas as pessoas humanas, inadmitindo-se qualquer forma de discriminação. Os direitos humanos declarados pela DUDH também são dotados da auto evidência que Hunt (2009) aponta existir na declaração francesa de direitos humanos do século XVIII, e da característica consensual apontada por Norberto Bobbio (1992), que acredita numa possível universalidade de valores compartilhada pela humanidade, quando da proclamação da declaração de 1948 (BOBBIO, 1992, p. 18). Ambas as declarações pressupõem uma concepção de direitos humanos presentes de maneira uniforme nas relações sociais, transcendendo-se eventuais diferenças culturais. Contudo, essa ideia de direitos humanos onipresentes e da existência de um consenso universal de vida com dignidade para todas as pessoas, como um caminho natural a ser trilhado em razão dos valores fundamentais partilhados pela humanidade, não parece tão evidente quando se verifica o cenário histórico vivenciado em 1948.

Recorda-se que os ideais de igualdade, liberdade e fraternidade e da existência de direitos naturais e auto evidentes, presentes na declaração de direitos humanos de 1789, eram partilhados pelos mesmos teóricos contratualistas clássicos apontados por Pateman (1993), os quais também defendiam ideias patriarcais e consideravam apenas os homens brancos como sujeitos de direitos. O mesmo pensamento político guiou os dois séculos que separam as duas declarações de direitos. Durante esse período, a sociedade ocidental vivenciou um contexto de ascensão do capitalismo como sistema econômico prevalente, consolidado por meio de práticas de exploração colonial, principalmente nos continentes americano e africano, e do trabalho escravo, mantendo o conceito de exclusão de direitos presente no século XVIII.

Apesar de a exploração do trabalho escravo ter sido formalmente abolida até o final do século XIX e de boa parte das colônias já haver conquistado a independência quando do advento da DUDH, as consequências das práticas exploradoras, consistentes sobretudo na desigualdade socioeconômica, no racismo e na ausência de acesso a direitos fundamentais como saúde, trabalho e educação, ainda permaneciam na maior parte da sociedade ocidental. Também evidencia esse cenário a presença de ditaduras governando países da América Latina por décadas, já no contexto histórico posterior à declaração de direitos humanos.

A conjuntura de exploração propiciou a formação de movimentos sociais organizados. Denise Dourado Dora (2020) menciona que a construção da DUDH foi também marcada

pelas tensões provenientes das ideias dos movimentos abolicionista e sufragista, movimentos anti-racistas e feministas, anti-coloniais africanos, além das lutas contra ditaduras instauradas na América Latina. A autora relembra que a ativista feminista Eleanor Roosevelt, que lutou pelo direito ao voto nos Estados Unidos em décadas anteriores, chefiou a comissão que redigiu e aprovou a DUDH (DORA, 2020, p. 472). Roosevelt (1884-1962) foi primeira-dama dos Estados Unidos entre 1933 e 1945, quando já era uma ativista de direitos humanos e justiça social, advogando por direitos iguais para afro-americanos e mulheres. O presidente americano Harry Truman que assumiu a Casa Branca após a morte do marido de Eleanor, Franklin Delano Roosevelt, em 1945, nomeou-a em 1946 como Representante das Nações Unidas, onde chefiou a Comissão de Direitos Humanos, exercendo papel fundamental na construção da nova declaração de direitos³.

Ainda no início do século XX, a busca pela igualdade entre homens e mulheres foi objeto da luta dos movimentos abolicionistas e sufragistas que impulsionaram a modificação das legislações dos países ocidentais, ampliando a presença do feminino no espaço público por meio dos direitos ao voto e à educação para mulheres pertencentes “às elites econômicas e políticas nas primeiras décadas do século 20, ao passo que o direito ao trabalho só era “autorizado” a mulheres de classes populares e/ou escravizadas por regimes coloniais em muitos estados nacionais” (DORA, 2020, p. 471).

Nesse prisma, a Convenção n.º 03 da Organização Internacional do Trabalho, de 1919, foi a primeira norma internacional a referir-se especificamente às mulheres, prevendo direitos relativos a salários e a licença maternidade e determinando a responsabilidade dos governos em garantir acesso à saúde das mulheres a fim de reduzir as altas taxas de mortalidade materna e infantil existentes à época (DORA, 2020, p. 471).

O caminho trilhado para marcos legais internacionais que viessem a reconhecer a igualdade formal de gênero ainda perdurou por anos. A DUDH, ao fixar os princípios da igualdade e da não discriminação, que viriam a ser desenvolvidos em tratados posteriores, foi um marco essencial nesse processo. Mas foram os movimentos feministas⁴ ocidentais que

3 Para mais informações, ver <https://www.unidospelosdireitoshumanos.org.br/voices-for-human-rights/eleanor-roosevelt.html>

4 “A função fundamental do feminismo é enfrentar para mudar o pensamento patriarcal ainda presente em nossos dias. É questionar os paradigmas que determinam a supremacia masculina em detrimento da autonomia e da emancipação das mulheres. É propor mudanças e transformações sociais em busca de justiça e dignidade. O feminismo manifesta-se por meio de movimentos públicos, nos espaços acadêmicos, populares, políticos, religiosos e culturais. Esses movimentos têm-se empenhado em ações de denúncias, campanhas e protestos contra os padrões “únicos” e “normais” que favorecem a submissão das mulheres. Em torno dessas ações e de experiências vividas pelas próprias mulheres, foram feitos estudos, pesquisas e observações que se transformaram em teorias feministas. (...) O feminismo é um conjunto de teoria e prática que impulsiona mulheres no mundo inteiro.” (TELLES, 2017, p. 21).

explodiram nas décadas de 60 e 70 em países europeus, Estados Unidos e também na África e na América Latina, que tiveram um papel fundamental:

A emergência do feminismo ocidental nos anos 60 e 70 tem antecedentes na luta abolicionista do final do século 19, do movimento sufragista dos anos 20 e 30, e também influência de feministas socialistas, como Rosa de Luxemburgo e Alexandra Kollontai, durante os anos revolucionários na Rússia e Alemanha na primeira metade do século 20; por outro lado incorpora as teóricas feministas ocidentais como Simone de Beauvoir na França, Betty Friedman nos EUA nos anos 50 e 60 do século passado, e a luta por direitos civis com pensadoras como Angela Davis, Maya Angelou e Toni Morrison (DORA, 2020, p. 473).

Os movimentos feministas foram essenciais para o desenvolvimento de teorias sobre sexo e gênero que apresentaram uma nova categoria de análise social, demonstrando a condição de subalternidade (SPIVAK, 2010) enfrentada pelas mulheres. A luta feminista provocou a convocação pela ONU, em 1975, da Conferência do Ano Internacional da Mulher, com forte presença feminina e que culminou com a adoção da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), definindo de forma explícita a discriminação contra as mulheres e estabelecendo uma agenda de ação nacional para eliminá-la.

Porém, foram as Conferências Internacionais realizadas no chamado Ciclo Social das Nações Unidas⁵ que marcaram o efetivo reconhecimento das mulheres enquanto sujeitas de direitos humanos. A Conferência de Direitos Humanos realizada em Viena, em 1993, reconheceu expressamente a existência dos direitos humanos das mulheres. Em Viena, introduziu-se a perspectiva de gênero que faria parte de todas as conferências das Nações Unidas da década de 1990. As violações aos direitos das mulheres no âmbito privado (violência doméstica e sexual e estupro sistemático em situação de conflito) foram reconhecidas e a ONU atribuiu um caráter prioritário à promoção e a proteção dos direitos humanos das mulheres na comunidade internacional:

Os debates de Viena e do Rio são marcos especialmente importantes, porque transportaram para a arena global de políticas públicas as formulações desenvolvidas pelas feministas desde a década de 70 do século XX: a população tem dois sexos, e os direitos das mulheres deveriam ser respeitados na vida privada, mas também pelas políticas públicas destinadas a alterar padrões demográficos. (CORRÊA *et al*, 2006, p. 35)

⁵ Este ciclo inicia-se com a Cúpula da Infância, de 1990 e outras oito conferências mundiais: Meio Ambiente e Desenvolvimento – Rio, 1992; Direitos Humanos – Viena, 1993; População e Desenvolvimento – Cairo 1994; Cúpula do Desenvolvimento Social – Copenhague, 1995; Mulheres e Desenvolvimento – Pequim, 1995; Habitat – Istambul, 1996; Alimentação – Roma, 1997; Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Discriminação Correlata – Durban, 2001. Tais conferências foram de extrema relevância para o desenvolvimento de uma concepção mais unificada de direitos humanos e para inclusão no cenário internacional de temáticas relacionadas ao meio ambiente, gênero e racismo. “Um traço fundamental do chamado Ciclo Social da ONU foi sua natureza cumulativa, ou seja, os acordos de cada conferência seriam reiterados ou mesmo ampliados e aprimorados nas negociações seguintes.” (CORRÊA *et al*, 2006, p. 33).

Na Conferência realizada no Cairo, em 1994, o debate presente nas conferências anteriores sobre população e desenvolvimento⁶, marcado pela preocupação com o impacto do crescimento populacional na prosperidade das nações, voltou-se às questões relativas à reprodução, saúde e direitos humanos, tratando-se tais questões a partir de uma perspectiva de gênero. Pela primeira vez um documento de consenso entre nações - a Plataforma de Ação da Conferência – utilizou-se dos termos igualdade e desigualdade de gênero e reconheceu explicitamente as relações desiguais de poder entre os gêneros, enfatizando também a necessidade de erradicação da pobreza feminina. No que diz respeito à saúde das mulheres, a Plataforma de Ação recomendou aos Estados os serviços de saúde materno-infantil, declarou o aborto inseguro como um grave problema de saúde pública, afirmando a necessidade de manutenção de serviços para tratar das mulheres que interrompam suas gestações de forma arriscada. Ponto significativo do documento reside na determinação de que os governos mantenham a participação das organizações de mulheres no planejamento das políticas a serem definidas para alcançar os objetivos traçados no Cairo (CORRÊA; SENA, 1999).

A Plataforma de Ação do Cairo trouxe ainda a definição do conceito de saúde reprodutiva enquanto:

um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer (UNFPA, 1994, p. 62).

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995, ocasionou avanços ainda maiores para a concretização dos direitos humanos das mulheres. O Programa de Ação formulado em Pequim é mais abrangente no que diz respeito à promoção da igualdade de gênero, uma vez que reflexiona sobre a distância das mulheres dos espaços de poder e relaciona o empoderamento feminino com a superação dos desequilíbrios mundiais (NEGRÃO, 2008). Além disso, o texto afirma a sua necessidade de ver assegurados diferentes direitos humanos das mulheres (para além da saúde reprodutiva, educação, mercado de trabalho, vida livre de violência, direitos das meninas) e vai além do Cairo, definindo direitos

⁶ A segunda metade do Século XX foi marcada, no âmbito das Nações Unidas, pela promoção de cinco conferências mundiais sobre população, as quais foram marcadas pela preocupação com o binômio população e desenvolvimento. Nessas conferências os países capitalistas do primeiro mundo defendiam o controle populacional, com menção expressa à necessidade de utilização de métodos contraceptivos, enquanto os países subdesenvolvidos promoviam teses natalistas, vez que consideravam o controle de natalidade uma ingerência dos países ricos sobre a sua soberania (CORRÊA *et al.*, 2006, p. 33).

no campo da sexualidade e recomendando aos países que revisem as legislações que criminalizam a prática do aborto. Sobre os direitos reprodutivos ainda assevera que

tem por base o reconhecimento do direito fundamental de todos os casais e indivíduos a decidir livre e responsavelmente o número de seus filhos, o momento do seu nascimento e o intervalo entre eles, a dispor de informação sobre os meios para isso e a alcançar o mais alto nível de saúde sexual e reprodutiva (ONU, 1995, p. 178).

As conferências de Viena, Cairo e Pequim deixaram como legado, além da introdução da perspectiva de gênero na linha de disputa pela concreção dos direitos humanos, a superação da dicotomia entre direitos civis e políticos e direitos econômicos e sociais⁷ e a modificação do debate demográfico do prisma meramente econômico para o âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos (CORRÊA *et al*, 2006).

Em momento contemporâneo a essas conferências, aprovou-se, em 1994, no âmbito do sistema interamericano de proteção aos direitos humanos, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – a Convenção de Belém do Pará, a qual se tornou uma referência no entendimento sociojurídico da violência de gênero. O ciclo de conferências das Nações Unidas, aliado à aprovação da Convenção de Belém do Pará, tem papel fundamental na compreensão da violência obstétrica, enquanto uma violação aos direitos humanos reprodutivos das mulheres.

Todavia, todos esses avanços só foram possíveis devido à participação incisiva do movimento feminista organizado nas conferências das Nações Unidas. Nesse contexto, é imprescindível que se destaque o ativismo feminista na América Latina. A participação dos movimentos de mulheres no cenário de redemocratização, após vários anos de ditaduras enfrentados por Argentina, Chile, Uruguai e Brasil, foi marcante na renovação dos textos constitucionais que estabeleceram o marco legal da igualdade de gênero e asseguraram modificações legislativas posteriores com vistas a corrigir disparidades instauradas ao longo dos anos (VEDANA; GERVASONI, 2020).

⁷ O objetivo inicial das Nações Unidas com a proclamação de uma carta de direitos humanos era a adoção de um único pacto internacional, com natureza obrigacional, que incluísse os direitos humanos como um todo. Contudo, no momento do pós-guerra havia dois blocos mundiais que divergiam entre si: o mundo ocidental e o mundo soviético. A proposta trazida por este último de formulação de um único pacto abrangente, que envolvesse direitos civis, políticos, econômicos e sociais foi rejeitada pelo bloco liderado pelos Estados Unidos e potências européias que adotavam uma noção individualista liberal dos direitos humanos e entendiam que ao contrário dos direitos civis e políticos que tinham implementação imediata, os direitos econômicos, sociais e culturais apenas poderiam ser implementados a partir dos esforços de cada Estado e diante da cooperação internacional. Assim, apenas em 1966 é que as Nações Unidas formularam o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. A existência de documentos distintos tratando de direitos humanos originou a sensação de dicotomia entre as esferas dos direitos humanos (WEIS, 2006, p. 310-312). Apenas na Conferência de Viena, em 1993, é que se superou definitivamente essa aparente cisão entre os direitos humanos, visto que o documento reafirmou a universalidade, interdependência e inter-relação entre todos os direitos humanos além da necessidade de que sejam tratados com equidade e com a mesma ênfase.

No Brasil, a participação dos movimentos de mulheres se fez presente desde o início do processo de redemocratização. Antes mesmo das conferências da ONU de Viena e do Cairo, que marcaram a admissão dos direitos humanos das mulheres, os movimentos feministas recusaram as visões meramente demográficas e econômicas da saúde sexual e reprodutiva, posicionando-se pelo entendimento de que os direitos sexuais e reprodutivos são parte dos direitos humanos. A adesão do movimento feminista ao movimento da reforma sanitária, ocorrido no Brasil nos 1980 e que buscava a instauração no país de um sistema único, público e de acesso universal à saúde, foi de especial relevância na formação do que hoje conhecemos como Sistema Único de Saúde - SUS (NEGRÃO, 2008).

As reivindicações das mulheres originaram, ainda em 1983, a adoção pelo Ministério da Saúde do primeiro Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o primeiro a considerar a saúde feminina em sua integralidade e não apenas em sua função reprodutiva, como se posicionavam políticas públicas anteriores.

O ativismo feminista esteve presente também no movimento cívico pelas *Diretas já*, ocorrido entre 1983 e 1984, sendo que, em 1985, já no Governo de José Sarney, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, que realizou um trabalho de extrema relevância ao levar à Assembleia Constituinte, por meio da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes⁸, as principais reivindicações dos movimentos de mulheres, das quais cerca de 80% foram incorporadas ao texto constitucional, destacando-se o marco da igualdade de gênero, a igualdade entre os cônjuges, a igualdade entre os filhos, a proteção da família civil ou natural, a assistência à saúde integral da mulher e a proteção à maternidade (PITANGUY, 2019).

Leila Linhares Barsted afirma que:

Um olhar comparativo poderia nos apontar para o adiantado de nossa legislação em relação a esses temas. Antes da Conferência do Cairo, em 1994, e de Beijing, em 1995, a legislação brasileira incorporava a perspectiva de saúde no sentido de sua integralidade, inclusive no que se refere especificamente às mulheres, e reconhecia a diversidade das formas de família e direitos reprodutivos, exceto no que se refere ao aborto voluntário (BARSTED, 1999, p. 50).

Todavia, a autora ainda considera que para além do movimento de mulheres, outros atores também estavam incluídos no debate instaurado acerca da sexualidade e da reprodução,

⁸ “Conhecido como “o lobby do batom” esse trabalho de *advocacy* foi realizado em articulação estratégica com as diversas categorias de mulheres trabalhadoras rurais e urbanas, empregadas domésticas, profissionais de saúde e delegadas de polícia. Além disso, se apoiou no estabelecimento de parceria com a bancada de mulheres da Câmara e do Senado. Agindo de forma suprapartidária, a maioria das integrantes dessa bancada feminina teve papel fundamental ao apoiar e apresentar emendas propostas pelo CNDM, cujas integrantes percorriam diariamente os corredores e gabinetes do Congresso Nacional em um trabalho presencial incessante durante todos os anos em que se desenvolveu o processo constituinte.” (PITANGUY, 2019, p. 89)

exercendo pressão sobre os legisladores, dentre os quais as agências pró-controle de natalidade, religiosos, médicos e demais profissionais de saúde, dentre outros (BARSTED, 1999, p. 51).

Dessa forma, pode-se dizer que o reconhecimento expresso dos direitos humanos das mulheres, nas conferências de Viena, Cairo e Pequim, foi essencial para impedir, ao menos até o momento, a ocorrência de retrocessos no que concerne ao marco legal nacional de proteção aos direitos humanos sexuais e reprodutivos das mulheres. As forças conservadoras sempre estiveram presentes. O movimento feminista que atuou junto à Constituinte de 1988 esteve atento a elas, tanto que, de maneira estratégica e a fim de evitar a inclusão no texto constitucional de disposições que prejudicassem as garantias já existentes na lei brasileira quanto ao direito ao aborto, recuou de suas reivindicações nesse sentido, trabalhando para que essa questão não fosse incluída como matéria constitucional (PITANGUY, 2019, p. 89).

Ainda no que diz respeito à posição adiantada do ativismo feminista brasileiro em relação à compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos enquanto direitos humanos, importa considerar o papel relevante exercido pelo movimento feminista negro nesse sentido. Edna Roland (1998) conta que no processo de preparação para a Conferência do Cairo, realizou-se em 1993 o Seminário Nacional de Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras, do qual resultou a “Declaração de Itapecerica da Serra”. O documento foi um marco do movimento. Provocou tamanho impacto, que possibilitou a participação de uma delegação de mulheres negras em conferências prévias ao Cairo, culminando na indicação de uma mulher negra para representar a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos na Conferência de 1994 (ROLAND, 1998, np).

Este documento, escrito consensualmente por praticamente todas as forças políticas atuantes no movimento, definiu as posições deste novo sujeito político em relação a uma série de questões. As mulheres negras brasileiras recusaram a posição patriarcal dos neomalthusianos, que responsabilizam o crescimento da população pela pobreza, a fome e o desequilíbrio ambiental, e identificaram a perversa distribuição de renda e a concentração da terra como os verdadeiros responsáveis pelo quadro de miséria no país. As mulheres negras mantiveram sua posição crítica em relação à esterilização cirúrgica, considerando que os reflexos da esterilização em massa de mulheres negras no país se fizeram sentir na redução percentual da população negra em comparação com a década anterior. Todavia, neste documento fundamental, as mulheres negras declararam também que liberdade reprodutiva é essencial para as etnias discriminadas, reivindicando do Estado as condições necessárias para que possam exercer a sua sexualidade e os seus direitos reprodutivos, controlando a sua própria fecundidade. Além de reivindicar políticas públicas globais de emprego, abastecimento, saúde, saneamento básico, educação e habitação, consideradas pressuposto para o exercício de direitos amplos de cidadania, as mulheres negras propugnaram a implantação do PAISM, bem como a implementação no sistema público de saúde de programas de prevenção e tratamento de doenças de alta incidência na população negra que têm sérias repercussões na saúde reprodutiva, tais como a hipertensão, a anemia falciforme e as miomatoses. (ROLAND, 1998, np)

O movimento feminista negro brasileiro, portanto, associava o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos à reivindicação de outros direitos humanos necessários à vida com dignidade, assinalando serem estes pressupostos daqueles, os quais porém, considerando o cenário brasileiro de desigualdade racial, eram negados à população negra. No ano seguinte, em junho de 1994, em Chicago, também em reunião de preparação para a Conferência do Cairo, o movimento negro de mulheres americanas lançou um outro movimento de reivindicações semelhantes às das brasileiras e que deu origem ao conceito de justiça reprodutiva.

O grupo era constituído por doze mulheres que se denominaram *Women of African Descent for Reproductive Justice* (Mulheres de Descendência Africana por Justiça Reprodutiva). Uma dessas mulheres, Loretta Ross, fundou em 1997, o grupo *SisterSon Woman of Color Reproductive Justice Collective*, que cunhou o conceito de justiça reprodutiva:

A justiça reprodutiva não é difícil de entender. É tanto uma mudança de paradigma teórico quanto um modelo de organização ativista centrando três valores de direitos humanos interconectados: o direito de não ter filhos usando o controle seguro da natalidade, aborto ou abstinência; o direito de ter filhos nas condições em que escolhermos; e o direito de cuidar dos filhos que temos em ambientes seguros e saudáveis (ROSS, 2017, p. 13)⁹

A popularidade no uso do termo justiça reprodutiva cresceu e, por esta razão, o coletivo de mulheres negras reuniu-se em 2006, definindo os padrões do que adotariam como critérios para a justiça reprodutiva:

- É interseccional - Conecta o local ao global - Baseada na estrutura de direitos humanos - Estabelece a ligação entre o indivíduo e a comunidade - Aborda o governo e a responsabilidade corporativa - Combate todas as formas de controle populacional (eugenia) - Compromete-se com o desenvolvimento de liderança individual/comunitária - Coloca as comunidades marginalizadas no centro da análise - Entende que o poder político, a participação das pessoas impactadas e as mudanças nas políticas são necessárias para alcançar a justiça reprodutiva - Tem sua própria interseccionalidade de envolver teoria, estratégia e prática - Aplica-se a todos (ROSS, 2017, p. 18-19)¹⁰

A semelhança nas reivindicações dos movimentos feministas negros brasileiro e americano parte de um alerta constante na teoria feminista negra: a ausência da defesa nos movimentos feministas instituídos por mulheres brancas das demandas necessárias às mulheres negras, as quais incluem a luta contra o racismo e a opressão de classe. Sueli Carneiro utiliza-se do termo “enegrecer o feminismo” ao abordar a trajetória das mulheres negras no movimento feminista, buscando assinalar para “a identidade branca e ocidental da

⁹ Texto original em inglês, traduzido por esta pesquisadora

¹⁰ Texto original em inglês, traduzido por esta pesquisadora

formulação clássica feminista, de um lado; e, de outro, revelar a insuficiência teórica e prática política para integrar as diferentes expressões do feminino construídos em sociedades multirraciais e pluriculturais” (CARNEIRO, 2019, p. 271).

Os questionamentos relativos à ausência de inclusão, na luta travada pelo movimento feminista, das questões relacionadas à outros sistemas de opressão como o racismo e o classismo, levaram ao surgimento no âmbito da teoria feminista negra do conceito de interseccionalidade. Inicialmente formulada por Crenshaw (2002), a interseccionalidade refere-se à posição relativa das mulheres em relação a sistemas estruturais de opressão - racismo, patriarcalismo e classe social, dentre outros sistemas discriminatórios - que se entrecruzam, ou seja, podem estar presentes ao mesmo tempo, a depender do lugar social ocupado por essas mulheres. A teórica feminista ressalta que mulheres racializadas constantemente posicionam-se num espaço em que todas as formas de opressão se interseccionam (CRENSHAW, 2002, p.177).

Collins e Bilge (2021) expõem que o entendimento atual de interseccionalidade apresenta grande heterogeneidade e que mais do que uma ferramenta de compreensão, ela pode ser utilizada como categoria de análise, porém apontam o que entendem enquanto definição que sinaliza um consenso para o termo:

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas. (COLLINS; BILGE, 2021, s.p.)

A maneira pela qual foram instituídos os direitos humanos das mulheres nos cenários internacional e brasileiro, aliada às reflexões e teorias formuladas pelo movimento feminista negro, possibilitam o questionamento da pretensa universalidade presente também nas teorias de direitos humanos formuladas a partir da DUDH. A percepção dos múltiplos sistemas de opressão presentes no contexto social ocidental - capitalismo, racismo e patriarcalismo, dentre outros - conduz ao entendimento de que apenas a partir da integração das pessoas subalternizadas por tais sistemas no debate teórico-conceitual acerca dos direitos humanos será possível construir um modelo mais inclusivo de sociedade. A este respeito Boaventura de Sousa Santos afirma que

Os direitos humanos têm que ser reconceptualizados como multiculturais. O multiculturalismo, tal como eu o entendo, é precondição de uma relação equilibrada e mutuamente potenciadora entre a competência global e a legitimidade local, que constituem os dois atributos de uma política contra-hegemônica de direitos humanos no nosso tempo (SANTOS, 1997, p. 112).

No Brasil, o debate sobre desigualdade de gênero, raça e classe obteve maior espaço nos últimos anos. A pandemia por Covid-19 trouxe maior visibilidade a essas categorias de opressão social, acirrando a discussão e trazendo a sensação aparente de um possível resultado positivo que pudesse advir de tais reflexões. Contudo, as escolhas formuladas pelo atual governo brasileiro para o enfrentamento das consequências da pandemia não apontam nesse sentido, vez que é latente a ausência de estratégias que ao menos atenuem a condição de subordinação das populações historicamente excluídas pelos sistemas de opressão. A interrupção nos serviços de assistência à saúde reprodutiva das mulheres, a demora na imunização de gestantes e puérperas, as taxas alarmantes de mortalidade materna por Covid-19 e a violência obstétrica decorrente da suspensão do direito ao acompanhante em diversas maternidades do país, são sintomas desse contexto.

Nesse aspecto, os conceitos de saúde reprodutiva e de direitos reprodutivos possuem relevância fundamental para a compreensão de uma forma de violência de gênero, que, quando dos primeiros debates internacionais sobre direitos humanos, já fazia parte do cotidiano das mulheres que necessitam de assistência à saúde reprodutiva durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto e que se mantém presente até o cenário pandêmico da atualidade: a violência obstétrica. A partir dos conceitos de saúde reprodutiva e direitos reprodutivos assinalados pelas conferências internacionais de direitos humanos aqui mencionadas, é possível posicioná-la enquanto uma violação aos direitos humanos reprodutivos das mulheres.

As lições de Corrêa e Petchesky (1996) a respeito do que consideram as “bases éticas dos direitos sexuais e reprodutivos”, aproximam-se do conceito cunhado pelo movimento feminista negro estadunidense como justiça reprodutiva e de certa maneira já abordam a necessidade de uma análise interseccional a respeito do tema. As autoras propõem o respeito a quatro princípios que consideram inegociáveis como bases éticas para o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. São eles: integridade corporal, a autonomia pessoal, igualdade e diversidade (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p. 150).

A análise dos quatro princípios trazidos por Corrêa e Petchesky (1996) alarga a compreensão da violência obstétrica enquanto violação aos direitos reprodutivos femininos. A integridade corporal é fundamento da noção de liberdade sexual e reprodutiva e diz respeito à segurança, no sentido de não violência e ao controle sobre o próprio corpo. A autonomia pessoal refere-se ao respeito ao direito das mulheres de serem ouvidas, à obterem informação adequada e à sua autodeterminação enquanto pessoas capazes de tomar decisões relativas à sua reprodução e sexualidade. O direito à igualdade se aplica em duas diferentes esferas: as

relações de gênero e as relações entre as mulheres. A diversidade, por sua vez, refere-se ao respeito pelas diferenças entre as mulheres: valores, cultura, religião, orientação sexual, entre outros. (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p.160-166). Para as autoras, “a linguagem universalizante dos instrumentos internacionais de direitos humanos, que regem a tradição liberal ocidental, necessita ser reformulada para adaptar-se a essas diferenças”(CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p.167-168) .

A violência obstétrica, presente na apropriação dos processos reprodutivos femininos durante a assistência à saúde gravídica e puerperal, caracteriza-se exatamente pela ausência do respeito aos princípios da integridade corporal e da autonomia pessoal, negando-se os direitos sobre o próprio corpo, de obter informação de qualidade e de escuta a respeito das suas prioridades e escolhas. O que se pretendeu investigar é se, no cenário pandêmico, tais violações continuam presentes de maneira mais acirrada.

3 O QUE É A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?

*“Toda cidade tem sua bruxa
e toda paróquia, seus trolls.
Tiremo-lhes a vida com a fogueira da alegria,
queremos paz neste país.”¹¹*
(JOHANSEN, 1992, *apud* FEDERICI, 2019)

3.1 A Medicalização do Corpo Feminino: primeiro passo rumo às práticas violadoras

Tanto quanto conhecer a evolução das concepções de direitos humanos e o modo como as mulheres foram formalmente incluídas enquanto sujeitas desses direitos, a compreensão da violência obstétrica requer também que nos voltemos ao processo de medicalização da sociedade, no qual se inclui a medicalização do corpo da mulher e, por consequência, a institucionalização do parto em hospitais e maternidades. Este processo afetou especialmente o corpo feminino, tanto no que diz respeito ao seu aspecto orgânico, como em relação a sua condição social de gênero (VIEIRA, 1999, p. 67), especialmente no que diz respeito ao epistemicídio¹² do saber empírico relacionado à fisiologia feminina que na Idade Média era dominado por mulheres.

A evolução da ciência médica trouxe ao mundo diversos benefícios, dentre os quais o desenvolvimento dos medicamentos e de procedimentos cirúrgicos que permitiram a cura de doenças que eram causa da mortalidade precoce de grande parte da população, além da descoberta de vacinas para moléstias que assolavam a humanidade e reduziam em muito a expectativa de vida das pessoas (FERNANDES; ROSA, 2020). Por outro lado, a medicina também revelou-se uma forma de controle da sociedade e dos corpos. Neste aspecto, a medicalização da sociedade tem sido objeto de estudo de vários autores, os quais a descrevem como o processo que transforma situações até então vistas como da vida cotidiana e antes solucionadas por meio de práticas compartilhadas nas relações sociais, em problemas médicos agora tratados como patologias (ILLICH, 1975; SENA, 2016).

O corpo feminino também tomou parte desse processo, sobretudo no que diz respeito à sua condição reprodutiva. Eventos como menstruação, gestação, parto e menopausa, antes conduzidos à base da experiência em conhecimentos transmitidos a cada geração, passaram a

¹¹ Trecho da Canção de verão “Amamos Nosso País” que diz respeito ao contexto de caça às bruxas na Dinamarca e é citada por Silvia Federici em “Mulheres e Caça às Bruxas”.

¹² A partir das lições de Boaventura Sousa Santos, compreende-se epistemicídio enquanto a destruição de conhecimentos, saberes e culturas não assimiladas pela cultura eurocêntrica, que ocorreu sempre objetivando subalternizar grupos sociais que poderiam ameaçar a expansão do capitalismo, tanto no norte quanto no sul global “contra os trabalhadores, os índios, os negros, as mulheres e as minorias em geral (étnicas, religiosas, sexuais)” (SANTOS, p. 200, 2018).

ser de interesse médico. As mulheres que antes dirigiam e dominavam os saberes empíricos relacionados aos atos de gestar, parir e abortar foram quase completamente retiradas de cena para dar lugar ao saber dogmático da medicina preponderantemente masculina, vez que inicialmente apenas homens tinham acesso à formação acadêmica (EHRENREICH; ENGLISH, 1976; PALHARINI; FIQUERÔA, 2018).

As sociedades ocidentais mantiveram como hábito, até ao menos a metade do Século XVI, a realização do parto domiciliar, sob a condução de parteiras, mulheres que dominavam o conhecimento relacionado à fisiologia feminina e aos seus processos reprodutivos. Além de conhecerem as manobras adequadas ao parto, as parteiras também exerciam um papel de apoio afetivo e de cuidado das parturientes até que estivessem prontas para cuidar dos bebês. O parto era assim, um evento íntimo e familiar, homens, quase sempre, eram banidos do local da parturição. (SENA, 2016, p. 33).

A partir de então, em várias cidades europeias passou-se a exigir das parteiras a submissão a exames aplicados por convenções municipais ou eclesiásticas. As novas exigências eram uma forma de controle, uma vez que as parteiras também conheciam práticas anticonceptivas e abortivas. Estado e Igreja, que atendiam aos interesses da emergente sociedade capitalista, desejavam o crescimento populacional com a finalidade de aumentar as forças de trabalho e de defesa (VIEIRA, 1999, p. 69). Grande parte das legislações punitivas contra o aborto surgiu nessa época, fato pelo qual, aponta Sena (2016, p. 35) “desconstrói-se a ideia de controle do abortamento apenas por doutrinação moral ou regulamentação de cunho espiritual e escancara-se a sua clara finalidade utilitarista: controle populacional.”

A prática inquisidora da Igreja também teve forte colaboração no processo de medicalização da vida e do parto e do fortalecimento da medicina dogmática. A Inquisição eliminou milhares de pessoas, consideradas bruxas por possuírem conhecimentos relacionados à cura, sendo a grande maioria mulheres. Ehrenreich e English (1976) asseveram que o movimento de caça às bruxas, ocorrido entre os séculos XIV e XVII, teve forte contribuição para o afastamento das parteiras da cena do parto e para a exclusão feminina da prática médica formal então nascente. Instaurou-se a partir daí um cenário de monopólio do conhecimento médico formal, exigindo-se a formação pela educação nas universidades recém-criadas nas quais mulheres não eram admitidas, transformando a medicina em atividade reservada apenas aos homens. As autoras apontam ainda que o cenário da medicalização do parto revelou-se em verdadeira competição, instaurada entre parteiras e médicos, sendo que estes últimos alçaram muito maior apoio nas estruturas de poder do Estado e da Igreja. A Inquisição, apesar de não ter exterminado por completo as parteiras e

curandeiras, que resistiram e permaneceram no auxílio ao partejar, marcou para sempre a sua atividade como sendo suspeita¹³ (EHRENREICH E ENGLISH, 1976).

Esta postura de afastamento das mulheres da assistência ao parto, então visto como uma questão médica e patológica, vai ao encontro dos ideais do liberalismo econômico então nascente, o qual conforme aponta Pateman (1993) fundamentava-se também em ideais de cunho patriarcal, que visavam a manutenção do lugar social das mulheres exclusivamente no âmbito privado. A transformação do parto em ato médico transferiu-o para a esfera pública, espaço reservado aos homens.

A obra *O Calibã e a Bruxa* de Silvia Federici (2004) tem papel fundamental na necessária compreensão histórica da modificação do papel social da mulher no mundo ocidental, da transferência da assistência ao parto para a medicina e do quão imbricada está a evolução dessa assistência à construção social do evento parto. Na obra a autora investiga o que ocorreu com as mulheres durante a transição entre o sistema político-econômico feudal para o capitalismo e denuncia o processo de caça às bruxas responsável pela eliminação de milhares de mulheres parteiras, inicialmente instaurado pela Inquisição da Igreja Católica e posteriormente assumido como política estatal em diversos países, que se estendeu por mais de dois séculos.

A autora alerta para o fato de que a eliminação de grande parcela da população feminina da época coincide com o surgimento do capitalismo, explicando que “a caça às bruxas buscou destruir o controle que as mulheres haviam exercido sobre sua função reprodutiva e serviu para preparar o terreno para o desenvolvimento de um regime patriarcal mais opressor” (FEDERICI, 2004, p. 30-31). Nesse novo regime, “o corpo feminino foi apropriado pelo Estado e pelos homens, forçado a funcionar como um meio para a reprodução e a acumulação de trabalho” (FEDERICI, 2004, p.31).

Foi na transição entre os sistemas econômicos - feudalismo e capitalismo - que “as mulheres perderam o direito de realizar atividades econômicas por conta própria” de assinar contratos e responderem por si nos tribunais, elas foram afastadas dos trabalhos assalariados e “das ruas, onde uma mulher desacompanhada corria o risco de ser ridicularizada e atacada sexualmente”, sendo que sua presença em público, começou a ser malvista. Também remonta a essa época a ideia de que “as mulheres eram inerentemente inferiores aos homens -

¹³ Vieira (2009) e Sena (2016) mencionam que a utilização de práticas interventivas que utilizavam instrumentos como o fórceps, controlados apenas pelos médicos, também contribuiu para o cerceamento das parteiras. Quando não eram proibidas de fazer uso do instrumento, as parteiras não tinham dinheiro para adquiri-lo, sendo por uma razão ou por outra, consideradas incapazes para as novas tecnologias do nascimento.

excessivamente emocionais e luxuriosas, incapazes de governar - e tinham que ser colocadas sob o controle masculino” (FEDERICI, 2004, p. 187-188).

Em relação ao assassinato das mulheres consideradas bruxas por seus saberes empíricos, a autora afirma que:

Historicamente, a bruxa era a parteira, a médica, a adivinha ou a feiticeira do vilarejo, cuja área privilegiada de competência era a intriga amorosa [...] Com a perseguição à curandeira popular, as mulheres foram expropriadas de um patrimônio de saber empírico, relativo a ervas e remédios curativos, que haviam acumulado e transmitido de geração a geração – uma perda que abriu caminho para uma nova forma de cerceamento: o surgimento da medicina profissional, que, apesar de suas pretensões curativas, erigiu uma muralha de conhecimento científico indisputável, inacessível e estranho para as “classes baixas”. (FEDERICI, 2004, p. 340-342).

A eliminação de milhares de mulheres que possuíam saberes relacionados à fisiologia feminina, configura-se no epistemicídio que Boaventura Sousa Santos aponta ser, muitas vezes, ocasionado pelas ciências modernas eurocêtricas, e que está além das práticas genocidas presentes na expansão europeia, visto que não apenas elimina povos estranhos com conhecimentos estranhos, mas elimina “formas de conhecimento estranho porque sustentadas por práticas sociais e povos estranhos” (SANTOS, p. 200, 2018).

Apesar das práticas inquisitórias, ainda manteve-se forte por um período a tradição de parir com a assistência das parteiras. Boa parte das mulheres recusava o amparo médico, seja por considerar as parteiras mais confiáveis, seja por razões morais que dificultavam a aceitação da figura masculina no parto (PALHARINI e FIQUERÔA, 2018). A adesão praticamente total ao parto médico operou-se a partir da infusão na sociedade do discurso medicalizante do risco (SENA, 2016), que atribuiu-lhe um caráter patológico e a ideia de indispensabilidade da assistência médica. As mulheres foram convencidas de que o amparo ao parto pelas parteiras representava perigo a sua vida e a de seus bebês, sendo essencial a atuação de profissional médico com estudo formal. Para Sena (2016, p. 36) o aparecimento desse discurso pode ser visto como parte do processo de medicalização da sociedade e teve como objetivo a retirada do parto da esfera dos processos naturais, transformando-o em circunstância anormal, que necessariamente requer intervenção da medicina.

Na metade do século XVIII a assistência ao parto por um médico estava mais difundida em alguns países da Europa. Não obstante, a medicina da época não tinha conhecimentos suficientes acerca da prática obstétrica, sendo alto o índice de mortalidade materna nesses partos. Ainda assim, mantinha-se o afastamento das parteiras e de seu saber empírico, como forma de propiciar aos médicos o treino quanto ao manejo do trabalho de parto (VIEIRA, 1999, p. 70).

Contudo a apropriação pela medicina da atividade de partejar, sem um conhecimento científico obstétrico consolidado, foi extremamente árdua para médicos e mulheres, visto que “até o século XVIII, o parto foi vivido como um perigo de morte real, sendo a mortalidade materna bastante elevada na Europa Ocidental” (VIEIRA, 1999, p. 70). Além do desconhecimento da fisiologia do parto, os instrumentos com os quais os médicos o manejavam, tais como o fórceps, eram responsáveis pela propagação de febres puerperais e outras formas de infecção diretamente relacionadas à morte puerperal (SENA, 2016, p. 36). A mortalidade materna provocada pela inserção médica no parto foi, porém, causa propulsora do discurso medicalizante do risco, na medida em propagava ainda mais o parto como algo além de um processo natural e que não poderia em qualquer hipótese ser conduzido sem assistência médica.

As mortes maternas contribuíram também para o deslocamento do parto da esfera domiciliar para o ambiente institucional, representado pelas recém-criadas maternidades em diversos países da Europa, a partir da segunda metade do século XIX. O atendimento institucional permitiu aos médicos um melhor exercício das práticas obstétricas (VIEIRA, 2009).

O Brasil, enquanto país colonizado do Sul Global, teve seu processo de medicalização firmado nas mesmas premissas da Europa Ocidental: a desqualificação e o afastamento das parteiras¹⁴ e a institucionalização em hospitais. Aqui, até o século XIX, a tradição de assistência ao parto por meio de parteiras prevaleceu. A institucionalização iniciou-se, sobretudo, a partir dos centros urbanos, mantendo-se em áreas rurais ainda por muito tempo e em algumas delas até os dias atuais permanece o hábito da parição por parteiras (FERNANDES; ROSA, 2020, p. 257).

A despeito de que no começo do século tenha se iniciado o ensino das artes obstétricas em Escolas de Medicina no Rio de Janeiro e em Salvador, o estudo do partejar permaneceu por décadas em sua forma teórica, sendo utilizados bonecos para simulação das práticas. Além disso, era forte a resistência das mulheres em serem atendidas em hospitais sob

¹⁴ No Brasil Colonial do Século XVIII, mesmo depois de findo o período europeu das práticas inquisidoras da Igreja, há notícia da perseguição de mulheres curandeiras e parteiras, as quais substituíam a falta de médicos e cirurgiões (PELUZIO, 2014). Del Priore cita como exemplo o processo-crime por feitiçaria contra Maria, mulher escravizada, moradora de Itu, em São Paulo: “No processo, o escrivão nota que na vila existia apenas um cirurgião, o qual “por padecer numa enfermidade de um flato epicôndrio, não usava curar enfermos”. Por causa da impossibilidade de o cirurgião prestar assistência aos doentes era costume mulheres aplicarem alguns remédios aos enfermos curando com ervas e raízes que suas experiências lhes administram, as quais são toleradas pelas justiças pela penúria e falta de médicos e professores de medicina, aplicando ervas e raízes por ignorarem remédios.” (DEL PRIORE, 2004, p. 81)

cuidados masculinos, havendo relatos de que preferiam morrer a serem curadas por médicos (VIEIRA, 1999, p.71).

Contribuiu para uma maior resistência das mulheres ao atendimento médico o fato de até o século XX não haver maternidades no Brasil e os partos serem realizados em ambiente hospitalar comum, muitas vezes sem enfermarias obstétricas isoladas. Assim, no início o atendimento medicalizado do parto era direcionado, sobretudo, ao atendimento de mulheres escravizadas, mães solteiras, prostitutas e pobres que não contavam com outra forma de assistência. Vieira (1999) relata a existência, antes mesmo da primeira maternidade pública, de pequenas maternidades privadas, destinadas principalmente para o atendimento de parturientes escravizadas.

A este respeito, importa considerar que o processo de medicalização do corpo feminino e do parto em países de origem colonial, para além de firmar-se em condutas patriarcais, também esteve permeado por práticas racistas. James Marion Sims¹⁵, considerado o “pai da ginecologia moderna” é um exemplo de tais práticas. Com a finalidade de desenvolver uma técnica cirúrgica para cura da fistula vesicovaginal, o médico do século XIX utilizou-se reiteradamente de mulheres negras escravizadas submetidas a testes consecutivos realizados sem a aplicação de anestesia (MCGREGOR, 1998, p.43).

Tanto na Europa como no Brasil a consolidação do processo de medicalização e institucionalização do parto aconteceu já no século XX. Na Europa, no período entre as guerras mundiais, com a maior difusão do atendimento em hospitais e maternidades (THÉBAUD, 2002) e no Brasil a partir das décadas de 1960 e 1970 (PALHARINI; FIQUERÔA, 2018). Este processo proporcionou o afastamento das mulheres da condução da parturição e dos cuidados com a saúde feminina, havendo um verdadeiro deslocamento de gênero quanto ao protagonismo inicial desse campo, vez que quando do estabelecimento da medicina, mulheres eram impedidas de frequentar o ensino médico formal (PALHARINI; FIQUERÔA, 2018).

Ocorreu também uma verdadeira apropriação médica do corpo feminino e de seus processos reprodutivos que revelou uma dupla finalidade: a objetificação do corpo feminino para torná-lo instrumento da medicina e a reserva de mercado em atendimento claro aos interesses capitalistas (EHRENREICH; ENGLISH, 1976; SENA 2016). No contexto estadunidense já no início do século XX, quando o parto medicalizado e institucionalizado

¹⁵ James Marion Sims (1813–1883) foi um médico estadunidense e um pioneiro no campo da cirurgia. Ao utilizar-se das mulheres negras escravizadas como cobaias e sem o uso de anestesia afirmava que “os africanos tinham uma tolerância fisiológica incomum para a dor”. Confira-se em: <https://www.geledes.org.br/sims-era-um-salvador-ou-um-sadico-depender-da-cor-das-mulheres-que-voce-pergunta/>

firmou-se naquele país, foram editadas leis que garantiam aos médicos o monopólio para o exercício da medicina, quando ainda era popular a atuação de parteiras tradicionais que atendiam sobretudo mulheres pobres, as quais, todavia, gastavam com os serviços de assistência ao parto cerca de cinco milhões de dólares por ano (EHRENREICH; ENGLISH, 1976).

A medicalização do modo de nascer, reflexo da medicalização social, possui dessa forma, clara relação com a apropriação dos processos reprodutivos femininos com vistas à objetificação do corpo da mulher como artifício de aprendizado e meio de exercício do controle populacional. Tal apropriação pode ser vista como causa da redução da autonomia das mulheres sobre seus processos reprodutivos e do poder feminino de decisão sobre o próprio corpo, o que diminui o seu aspecto humano e tem clara relação com o discurso do risco que aterroriza as mulheres e as faz desejosas de intervenção (SENA, 2016, p. 164).

O processo de medicalização do parto também é fonte da violência obstétrica atualmente presente na assistência aos processos de gestar, parir e abortar e que representa violação aos direitos humanos das mulheres. Não é acaso que ainda hoje uma das grandes bandeiras levantadas pelo movimento feminista no mundo inteiro diz respeito à reivindicação pelos direitos humanos sexuais e reprodutivos, uma vez que, como afirma a teórica feminista bell hooks¹⁶ ao tratar do tema, se as mulheres não podem escolher o que acontece com o próprio corpo, arriscam a renunciar direitos em outras áreas da vida (HOOKS, 2018, p.51).

3.2 Violência Obstétrica: Por que utilizar esse Termo?

As primeiras denúncias de violência sofrida por mulheres na assistência ao parto são contemporâneas à quase que total institucionalização do parto em hospitais e maternidades, ocorrida em meados do século XX.¹⁷ As violações noticiadas decorriam da inserção, na assistência médica a parturientes, de práticas excessivamente interventivas, de eficácia não comprovada, associadas a fatores de discriminação por gênero, raça e classe social.

¹⁶ É opção da autora que seu nome seja escrito em minúsculas

¹⁷ Em 1950 o jornal estadunidense *Ladies Home Journal* publicou matéria acerca das violações cometidas contra as mulheres durante o parto. O texto dava conta da utilização de sedação profunda, utilização de amarras e algemas mãos e pés das parturientes e aludia ao aparecimento de hematomas pelo corpo e lesões no pulso no período de pós-parto. A matéria teve grande repercussão e motivou importantes mudanças na assistência ao parto naquele país, fomentando ainda a criação da Sociedade Americana de Psico-profilaxia em Obstetrícia. Também no Reino Unido após o aparecimento de notícias semelhantes, em 1958, foi criada a Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas. No Brasil ainda em 1981, no livro intitulado “Espelho de Vênus: identidade social e sexual da mulher”, publicado pelo Grupo Ceres, pesquisadoras já denunciavam a violência na assistência ao parto, na relação médico-paciente, enfatizando o desconhecimento das mulheres acerca da própria fisiologia como fator preponderante dessa violação (DINIZ *et al*, 2015, p. 378).

A reorganização do movimento feminista, sobretudo a partir da década de 1970, e o debate instaurado na luta pela consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres fizeram com que as práticas violadoras cometidas na assistência médica à saúde materna viessem à tona. Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apoiou em 1979 a criação de um Comitê Europeu de profissionais e pesquisadores para estudar as intervenções obstétricas e investigar maneiras de reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente. (FERREIRA, 2019, p. 35-36).

A partir das conclusões desse estudo a OMS publicou, em 1996, um manual de práticas comuns na condução do parto, orientando sobre o que deve e o que não deve ser realizado no processo de parto e nascimento (OMS, 1996). As novas recomendações tornaram-se referência para os movimentos pela humanização do parto, os quais, apesar de não uníssonos, dada a sua diversidade de abordagens, ora fundamentadas em evidências científicas, ora baseadas em garantia de direitos às mulheres, buscam novos caminhos para o parto e a para a vivência da maternidade na atual condição institucional e medicalizada do parto (DINIZ, 2005, p. 631).

Diniz (2005) assevera que é possível encontrar várias interpretações para o termo *humanização*, as quais podem ou não convergir entre si. Dentre os muitos sentidos mencionados pela autora¹⁸, destacamos o que consideramos os principais significantes: a) a assistência baseada nas evidências, fundamentada em estudos científicos que atestem a necessidade e o benefício das intervenções e na apropriação política do discurso técnico; b) a assistência baseada nos direitos humanos, a qual inclui a promoção do parto seguro, o direito à não-violência, a autonomia das mulheres e a combinação entre a busca por direitos sociais e direitos reprodutivos; c) a humanização referida à legitimidade da participação da parturiente das decisões sobre sua saúde, relacionada à relação entre parturientes e profissionais de saúde, com ênfase na importância do diálogo para o consentimento informado (DINIZ, 2005).

Nos anos 2000, sobretudo no contexto da América Latina, os movimentos ativistas pela humanização do parto aliaram-se aos movimentos feministas, que tinham como pauta central a luta por direitos sexuais e reprodutivos e também denunciavam os maus-tratos e o

¹⁸ Além dos sentidos acima transcritos, a autora ainda apresenta: a humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população (numa dimensão coletiva, com foco na redução das intervenções, vez que as evidências demonstram uma aumento da morbimortalidade materna e neonatal como fruto do excesso de interferências no parto); a humanização como legitimidade profissional e corporativa (relacionada à ausência de exclusividade na condução do parto pelo médico, admitindo-se o seu manejo por profissional de enfermagem e o descolamento do local do parto do centro cirúrgico para a sala de parto ou casa de parto); a humanização referida à legitimidade financeira (a adoção das práticas humanizadas é economicamente vantajosa); a humanização como direito ao alívio da dor (uma compreensão que se restringe ao direito à analgesia)

desrespeito à autonomia das mulheres nos modelos medicalizados de assistência ao parto, nominando-os como violência obstétrica.

Também foi nesse cenário que essa forma de violência de gênero foi conceituada. A questão das violações no parto tomou parte das pesquisas acadêmicas, intensificando o debate sobre a necessária preservação da autonomia da mulher nos serviços de assistência obstétrica. Assim, não houve uma definição única na literatura para o desrespeito e os maus-tratos sofridos por mulheres nos serviços de saúde reprodutiva. Os pesquisadores apontam para a omissão na prestação dos serviços, violência psicológica, física e sexual, negativa de informação de qualidade e uso excessivo de medicamentos e intervenções (ZANARDO *et al*, 2017, p. 5).

Porém, é o conceito estabelecido a partir dos movimentos sociais de mulheres e que constou do primeiro marco legal sobre violência obstétrica da América Latina, a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, da Venezuela, promulgada no ano de 2007, que adotamos neste trabalho:

Se entende por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um tratamento desumanizador, no abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007).

Este conceito é capaz de abarcar as diversas formas possíveis para essa violência, uma vez que trata da apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres, advinda da forma como o parto foi medicalizado e institucionalizado, afastando o conhecimento empírico das parteiras e centrando as práticas obstétricas no conhecimento e poder médicos. Esse processo resultou na redução da autonomia das mulheres sobre seus corpos e em violação a seus direitos humanos reprodutivos.

Após a promulgação da Lei da Venezuela, também a Argentina, em 2009, e o México, em 2014, definiram legalmente essa forma de violência de gênero, inclusive sujeitando os autores das práticas violadoras à responsabilização criminal.

O Brasil ainda não possui legislação nacional promulgada a respeito do tema, mas a explosão de pesquisas acadêmicas e as denúncias das diversas formas de violência obstétrica produziram alguns reflexos sobre as políticas institucionais de acolhimento a mulheres no período gestacional e puerperal. A Rede Cegonha, programa do governo federal instituído em 2011, busca a humanização da assistência à saúde da mulher com ações que integram o período gestacional, parto, puerpério e se estendem aos cuidados com a saúde do bebê. É concomitante à instituição do programa a aprovação da Lei n.º 11.108/2005, que tornou

obrigatória a garantia às parturientes de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). Os movimentos sociais de mulheres também conseguiram a aprovação de leis definindo a violência obstétrica em diversos estados e municípios do país, a exemplo da legislação tocantinense aqui já mencionada.

Mas o conceito e a própria denominação da violência obstétrica não são uma constante. Apesar do reconhecimento social e jurídico do termo, existe uma forte “resistência retórica” ao seu uso, sobretudo pelos conselhos e sociedades de medicina (KATZ *et al*, 2020). Alinhando-se a esses setores da medicina “ordenados ao modelo hegemônico na formação e prática da obstetrícia” (SILVA *et al*, 2020, p. 215), em maio de 2019, o Ministério da Saúde do Brasil¹⁹ emitiu um despacho, onde afirmou como, posicionamento oficial, que “o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério”. Justifica ainda seu posicionamento no conceito de violência da OMS, a qual pressupõe a intencionalidade, não presente nas violações relatadas (BRASIL, 2019).

É verdade que a própria OMS adota substitutivos para a expressão. Em 2014, emitiu declaração, diante das denúncias das práticas violadoras em diferentes países, na qual reconhece a violência de gênero no parto como um problema global, porém sem nomeá-la diretamente:

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos (OMS, 2014, p.1)

Nas diretrizes emitidas para assistência do ciclo gravídico-puerperal em 2018 (renovando aquelas já emitidas em 1996), a OMS expõe ser preciso que os partos ocorram com um mínimo de intervenções possível, ressalta a importância de que haja uma experiência positiva de parto, porém mais uma vez não se utiliza do termo (OMS, 2018).

Porém, conforme apontam Katz *et al* (2020) existe grave contradição na omissão da OMS em se utilizar da expressão violência obstétrica, assim como na fundamentação utilizada pelo despacho do Ministério da Saúde, visto que a própria definição de violência da referida

¹⁹ https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0

organização, faz menção ao uso intencional do poder²⁰, o qual não necessariamente inclui a intenção de provocar dano, mas sim de se utilizar da relação de poder, da qual pode resultar prejuízo. Assim, os atos assistenciais ao parto e ao puerpério que têm como pressuposto “a relação de poder entre sistemas de saúde, profissionais e pacientes”, que impõem procedimentos à mulher e violam a sua autonomia, “assumindo risco de dano físico emocional ou psicológico preenchem todos os critérios para serem nomeados como ‘violência’” (KATZ *et al*, 2020, p. 629).

Também a resistência decorrente da utilização do termo “obstétrica” a partir da afirmação de que se revelaria em ofensa aos médicos obstetras não procede, visto que tal adjetivo não se presta a se referir apenas aos médicos e que a violência havida nos diversos níveis de atenção dos sistemas de saúde não é sinônimo de “violência cometida contra o obstetra”. Trata-se de violência de caráter estrutural profundamente relacionada ao patriarcalismo presente nas relações sociais e também nos serviços de saúde (KATZ *et al*, 2020, p. 629).

A legitimação da terminologia advinda dos movimentos sociais de mulheres e utilizada por diversas pesquisadoras acadêmicas, sobretudo de perfil feminista, para definir a violência com caráter de gênero cometida contra pessoas que gestam, teve relevância crucial nas modificações legislativas e na fixação de políticas públicas no sentido de combatê-la. A tentativa do atual governo brasileiro de invalidar a expressão “violência obstétrica”, colocando-a em posição antagônica à busca da humanização nos serviços de saúde materna é “uma espécie de ‘sequestro’ de um termo do movimento de luta - a humanização - contra o próprio movimento se seus propósitos” (SILVA *et al*, 2020, p. 215).

Após fortemente pressionado pelos movimentos sociais de mulheres e por diversas entidades nacionais, o Ministério da Saúde terminou por revogar o despacho, admitindo a nomeação e o uso do termo para definir as violações experimentadas pelas mulheres na assistência obstétrica. Todavia, ainda se trata de uma terminologia em disputa.

As Nações Unidas parecem dar passos no sentido de reconhecer essa terminologia, visto que em 24 de setembro de 2015, por ocasião da cúpula de alto nível para o lançamento da agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, os relatores especiais de direitos humanos da instituição emitiram declaração conjunta na qual convocam os Estados a “renovar o compromisso e garantir o pleno respeito, proteção e cumprimento da saúde e direitos

20 A OMS define violência como o “o uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996 apud BRASIL, 2019)

sexuais e reprodutivos” afirmando que os “Estados devem abordar os atos de violência obstétrica e institucional sofridos por mulheres em unidades de saúde”²¹.

Em 2019, a ONU emitiu, informe²² da Relatora Especial sobre Violência contra as Mulheres denominado *Uma abordagem baseada nos direitos humanos para maus tratos e violência contra as mulheres nos serviços de saúde reprodutiva, com ênfase especial no atendimento ao parto e violência obstétrica*, no qual utiliza o termo para definir “a violência sofrida por mulheres durante a atenção ao parto nos centros de saúde”. O documento ainda afirma que os maus-tratos e a violência contra mulheres nos serviços de saúde reprodutiva ocorrem “num contexto mais amplo de desigualdade estrutural, discriminação e patriarcado e também são consequência da falta de educação e formação e da falta de respeito a condição de igualdade da mulher e seus direitos humanos” (ONU, 2019, p. 6).

3.3 Violência Obstétrica: o que a caracteriza?

A violência obstétrica representa, dessa forma, o desrespeito à mulher, ao seu corpo, e ao seu processo reprodutivo durante o atendimento prestado nos serviços de saúde reprodutiva, que pode ocorrer tanto a partir de práticas discriminatórias, como pelo abuso da medicalização e da utilização excessiva de rotinas interventivas que imponham, ou possam vir a impor, sofrimento.

As diretrizes para a condução da assistência ao parto, publicadas pela OMS em 1996, determinaram que fossem abolidas rotinas consideradas danosas, tais como a tricotomia²³, a lavagem intestinal, o jejum²⁴, a utilização de ocitocina²⁵, a imposição da posição litotômica²⁶ durante o trabalho de parto e a Manobra de Kristeller²⁷. A episiotomia ou “pique”, que se trata de uma cirurgia realizada na vulva cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, foi declarada rotina sem qualquer evidência científica de eficácia (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Em 2012, a Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, movimento social de mulheres no Brasil, por meio do documento intitulado “Violência

21 <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16490>

22 <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en#record-files-collapse-header>

23 Raspagem dos pêlos vaginais

24 Costumemente utilizado inclusive em partos normais

25 Substância incluída no soro, não raras vezes injetada nas parturientes sem consentimento e com o objetivo de acelerar as contrações uterinas

26 Posição deitada de barriga para cima

27 Prática consistente em empurrar a barriga em direção à pelve com as mãos, muitas vezes realizada com uma pessoa subindo na barriga da mulher

Obstétrica: ‘Parirás com Dor’”, denunciou que o Brasil vive um grave cenário de violações na assistência ao parto. O documento chama a atenção para a permanência nas maternidades brasileiras das rotinas consideradas danosas pela OMS e denunciou um alto índice de cirurgias cesarianas, a sua realização em caráter eletivo, muitas vezes, por conveniência médica, dissuasão e até mesmo coação da mulher (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

O dossiê apresenta uma definição dos atos que caracterizam a violência obstétrica, esclarecendo serem aqueles “praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva” e que podem ser cometidos “por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis”. Traz ainda diferentes vieses para essa violência de gênero, categorizando-a em: física (intervenções que provoquem dor ou dano físico, sem recomendação baseada em evidências científicas); psicológica (ações ou comportamentos que ocasionam sentimentos de “inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio”); sexual (violação da intimidade ou pudor que incida sobre o senso de integridade sexual e reprodutivo da mulher); institucional (obstaculização do acesso a direitos constituídos); material (condutas que visem a obtenção de recursos financeiros das mulheres em processos reprodutivos por meio da violação de direitos já instituídos); e midiática (ações praticadas por profissionais em meios de comunicação que violem psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, ataquem direitos constituídos ou façam apologia a práticas interventivas cientificamente não indicadas) (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

Tesser *et al* (2015) elaboraram quadro sintético acerca das categorias de violência obstétrica, os correspondentes direitos violados e os exemplos práticos dessas violações, também adaptado por Diniz *et al* (2015).

Quadro 1: Categorias, direitos correspondentes e exemplos de situações de violência obstétrica

Categorias de violência obstétrica	Direitos correspondentes	Exemplos de situações de violência obstétrica
Abuso físico	Direito a estar livre de danos e maus tratos	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias, imobilização física em posições dolorosas, negação de medicamentos para dor, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente “já está sentindo dor mesmo”, ou ainda, como forma de punição em caso de suspeita de aborto induzido
Imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa; direito a ter escolhas e preferências respeitadas, incluindo a escolha de acompanhantes durante o atendimento	Realização da episiotomia em mulheres que verbalmente ou por escrito não autorizaram essa intervenção; desrespeito ou desconsideração do plano de parto; indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, “pós-datismo” na 40a semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para “prevenir danos sexu-ais”, etc.); não informação dos danos potenciais de longo prazo para os nascidos por cesariana (aumento de doenças crônicas, entre outros)
Cuidado não confidencial ou não privativo	Direito à confidencialidade e privacidade	Maternidades que mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem um biombo separando os leitos, e que ainda alegam falta de privacidade para justificar o desrespeito ao direito a acompanhante
Cuidado indigno e abuso verbal	Direito à dignidade e ao respeito	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda; humilhações de caráter sexual, do tipo “quando você fez você achou bom, agora está aí chorando”
Discriminação baseada em certos atributos	Direito à igualdade, à não discriminação e à equidade da atenção	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casada, com gravidez planejada, adulta, branca, mais escolarizada, de classe média, saudável, etc.), depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobre, não escolarizada, mais jovem, negra) e as que questionam ordens médicas
Abandono, negligência ou recusa de assistência Omissão em observar os padrões de qualidade no atendimento à saúde	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde	Abandono, negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, “descompensadas” ou demandantes, e nos casos de aborto incompleto, demora proposital no atendimento a essas mulheres, imposição de jejuns forçados, com riscos importantes a sua segurança física Omissão em observar as normas técnicas sobre atenção humanizada à saúde reprodutiva Negação de acesso ao serviço de aborto legal
Detenção nos serviços	Direito à liberdade e à autonomia	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços; no Brasil e em outros países, surgem relatos de detenções policiais de parturientes

Fontes: Tesser *et al* (2015) e Diniz *et al* (2015) e Curumin e Margarida Alves (2020)

As categorias de violência obstétrica descritas no quadro têm como principal fonte o desrespeito às diretrizes firmadas pela OMS para assistência à saúde reprodutiva - associadas a outros fatores estruturantes de desigualdade -, as quais trouxeram uma nova visão para a assistência ao parto no sentido de se reconhecer o corpo feminino como capaz de, por meio de seu próprio processo fisiológico, promover o nascimento do bebê sem a necessidade de maiores intervenções. Reconheceu-se o parto não mais como uma situação de perigo, mas como uma experiência pessoal e também familiar da mulher e do bebê (DINIZ *et al*, 2005).

Todavia, a partir do quadro, verifica-se ser comum a utilização de práticas consideradas danosas na assistência ao parto. A violação consiste não apenas na adoção de prática não baseada em evidência científica, mas na redução da autonomia e poder de decisão da mulher em relação ao próprio corpo. A ausência de informação à parturiente acerca de por que e para que se está realizando aquele procedimento, ou se é o mais adequado e menos danoso à sua saúde, viola direito sexual e reprodutivo da mulher.

A redução da autonomia das mulheres sobre os seus processos reprodutivos e a fisiologia de seus corpos pode até mesmo prejudicar a compreensão por tais mulheres de eventual violência sofrida durante a assistência ao parto. As rotinas inadequadas, possivelmente dolorosas e desconfortáveis, podem ser vistas enquanto parte do processo de nascer, no qual o fato mais importante seja entendido como a vida e a saúde do bebê. A mulher que não reconhece na prática inadequada uma forma de violência, ainda que lhe cause dor ou desconforto, pode relatar uma experiência positiva de parto. Porém, pode ser que, em momento posterior, se devidamente informada da fisiologia de seu corpo e do seu processo reprodutivo, não reconheça na experiência vivida a mesma positividade.

A autonomia relaciona-se, assim, ao direito a uma decisão informada, que apenas acontece se são fornecidas à mulher informações suficientes a respeito da fisiologia de seu corpo e das práticas adequadas à assistência do ciclo gravídico-puerperal. As recomendações da OMS incluem, desde 1996, a adoção de uma conduta considerada como boa prática na atenção obstétrica: a confecção do chamado plano de parto. Trata-se de um documento escrito no qual a gestante, após o recebimento de orientação adequada da fisiologia da gravidez e do parto, considerando os seus valores e desejos pessoais, as expectativas criadas ao longo da gestação, além de outras necessidades específicas, expõe as suas escolhas para o parto sem situações de risco, dentro das boas práticas recomendadas para assistência (SUÁREZ-CORTÉS *et al*, 2015).

Dessa maneira, a gestante poderá esclarecer acerca dos métodos não farmacológicos para alívio da dor que prefere usar, sobre as intervenções que não aceitará, a exemplo da

cesárea sem indicação clínica. Trata-se de ferramenta que promove a autonomia da mulher (MOURA *et al*, 2017), visto que deixa claro aos profissionais responsáveis pela atenção, que a parturiente foi esclarecida sobre a fisiologia do parto, e que a partir disso, possui escolhas e expectativas que devem ser consideradas. Estudos científicos têm demonstrado que a utilização do plano de parto promove um

processo de parto mais natural e fisiológico; melhor comunicação com os profissionais de saúde; maior conscientização das mulheres sobre os processos envolvidos no trabalho de parto e parto; maior sensação de controle, autonomia e protagonismo; melhores resultados obstétricos e neonatais e maior grau de satisfação materna (MEDEIROS *et al*, 2019, p. 11)

O plano de parto é, dessa maneira, um instrumento que pode assegurar o direito ao consentimento informado, livre e esclarecido, desde que construído a partir de orientações adequadas e de que seja respeitado no momento do parto.

Entretanto, os dados estatísticos mostram que a autonomia das mulheres na assistência ainda é incipiente, visto que um quarto das brasileiras que passaram por experiência de parto e metade das que passaram por um aborto, relata ser vítima de violência obstétrica (PERSEU ABRAMO, 2010). Essas vivências são marcadas pelo descumprimento de garantias legais asseguradas às gestantes, tais como a lei do(a) acompanhante e pela influência de fatores de discriminação relacionados à raça, orientação sexual e classe nas práticas obstétricas das maternidades brasileiras. Também é comum o relato da realização de intervenções com finalidades “didáticas”, a exemplo da realização por várias pessoas juntas ou de forma sequenciada do exame de toque vaginal, sem qualquer indicação de efetiva necessidade, provocando verdadeira objetificação do corpo feminino (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

No âmbito das maternidades do estado do Tocantins persistem violações que vão desde a falta de qualidade na assistência até a ausência de informação, a negativa na prestação de esclarecimentos, a restrição de acompanhante de livre escolha, destacando-se entre aquelas que tiveram esse direito garantido a necessidade de intervenção do(a) acompanhante para um melhor acolhimento; a descontinuidade da assistência, evidenciando-se a divergência entre o atendimento recebido durante a gestação e o efetuado na assistência ao parto. Também estão presentes situações de violência verbal, constantemente utilizada para disciplinar as parturientes, violência física, consistente no uso de práticas danosas abolidas pela OMS e nas intervenções com finalidade didática e violência psicológica, a partir de manifestações de culpabilização, uso de frases estigmatizantes, falta de acolhimento e desrespeito à autonomia e aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (GUIMARÃES *et al*, 2018).

O Brasil possui um índice alarmante na taxa de parto por cirurgias cesarianas. Dados publicados no jornal científico *The Lancet*, a partir de pesquisa mundial realizada entre 2000 e 2015, mostraram que em 15 anos o número de cesáreas no planeta praticamente dobrou, passando de 12% para 21%. O Brasil é o segundo país do mundo com o maior índice de cesarianas, 55,5%, e a América Latina a região que mais faz cesariana, presente em 44,3% dos partos. Na América do Norte o parto cesáreo representa 32% dos nascimentos e na Europa Ocidental, 26,9% (BOERMA *et al*, 2018). A pesquisa mostrou também que mais de 60% dos países do mundo possuem índices acima do teto de 15% preconizado pela OMS (BOERMA *et al*, 2018). Os dados de monitoramento do Sistema Único de Saúde a respeito das taxas de cesárea no Brasil indicam que em 2018 esse índice chegou a 56,32%, sendo a região sul do país responsável pela maior incidência de partos por cirurgia com uma taxa de 61,30% e região norte com a menor, porém não menos alarmante, de 47,78% (DATASUS, 2020).

Outro fator que revela ausência na qualidade do atendimento à saúde da mulher gestante é o índice de mortalidade materna, assim considerada a morte ocorrida até o 42º dia após o parto, decorrente de complicações dele advindas. Em 2017 a taxa de mortalidade materna no Brasil apresentou um índice 64,5/1000 nascidos vivos, sendo que 60% dessas mortes ocorreram por causas evitáveis (IPEA, 2019).

O contexto de pandemia no Brasil produziu um agravamento no cenário da violência obstétrica, não apenas no que diz respeito à violação institucional decorrente da suspensão do direito a(o) acompanhante no momento do parto, como também daquela decorrente do aumento das dificuldades de acesso a um pré-natal de qualidade e dos graves índices de mortalidade materna por Covid-19.

O Grupo Brasileiro de Estudos de Covid-19 e Gravidez realizou estudos, ainda nos primeiros meses da pandemia, que demonstraram a existência de um total de 124 óbitos num total de 978 gestantes diagnosticadas com Síndrome Respiratória Aguda Grave proveniente da Covid-19, chamando a atenção o fato de que dentre as mortes maternas, 15% das mulheres não receberam nenhum tipo de assistência ventilatória, 28% não tiveram acesso a leito de unidade de terapia intensiva e 36% não foram intubadas nem receberam ventilação mecânica. Na mesma época, outra pesquisa desse mesmo grupo mostrava que de cada 10 óbitos maternos por Covid-19 no mundo, 08 aconteceram no Brasil (SOUZA *et al*, 2021, p. 259).

Estudos internacionais posteriores indicaram que gestantes realmente possuíam um risco aumentado de complicações e internações em unidades de terapia intensiva, mas não de morte materna, apontando para o fato de que essas mortes eram mais frequentes em países

com menor índice de renda e decorriam de falhas na prestação dos serviços de saúde reprodutiva. No Brasil, os estudos indicaram que o índice superior da mortalidade de gestantes em relação a outros países está relacionado aos graves problemas existentes na assistência à saúde materna, tais como “recursos insuficientes, baixa qualidade pré-natal, leitos disponíveis menores que a real necessidade, dificuldade no acesso aos serviços, disparidades raciais e violência obstétrica” (SOUZA *et al*, 2021, p. 259).

3.4 Violência Obstétrica: apenas uma Violência de Gênero?

A partir do conceito de violência contra mulheres firmado pela Convenção de Belém do Pará, que a define como “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”, é possível situar a violência obstétrica, enquanto uma forma de violência de gênero (CIDH, 1979).

Compreende-se o gênero enquanto uma categoria de análise social (SCOTT, 1995), mas também enquanto uma categoria histórica que analisa a construção social do masculino e do feminino e que também deve ser estudada em interlocução com o patriarcado/patriarcalismo, enquanto fenômeno em permanente transformação, que se faz presente em todas as estruturas e instituições sociais (SAFFIOTI, 2004).

“A violência de gênero não ocorre aleatoriamente, mas deriva de uma organização social de gênero” (SAFFIOTI, 2004, p.81). Assim, a violência obstétrica, firmada a partir do processo de medicalização dos corpos femininos, objetificados enquanto instrumentos de um conhecimento e poder médicos também atravessados pela estrutura social constituída pelo patriarcado, é claramente uma violência de gênero.

As violações aos corpos que gestam interligam-se ainda ao “destino de gênero traçado para as mulheres” (SAFFIOTI, 2004, p.75), vinculado ao exercício compulsório da maternidade e ao necessário sofrimento no processo de parto, base do discurso medicalizante do risco (SENA, 2016) desenvolvido durante a institucionalização do parto.

Aqui recordamos que o processo histórico de medicalização do parto está imbricado com a revolução da ciência, com o surgimento da medicina profissional e com a chegada do capitalismo enquanto sistema econômico que passou a reger a sociedade ocidental, afastando mulheres dos espaços públicos e impondo-lhes o papel da reprodução social. Dessa maneira, o controle exercido sobre os corpos femininos a partir da ciência médica, possui especial relevância para a manutenção do capitalismo.

As teorias feministas da reprodução social chamam a atenção para uma questão não desenvolvida por Marx em sua análise sobre o capitalismo: o autor identifica a força de trabalho da classe assalariada como a fonte do domínio capitalista, porém não esclarece como se dá a produção desta força de trabalho. A teoria da reprodução social busca complementar a teoria marxista apontando para o fato de que:

Se a economia formal é o local de produção de bens e serviços, as próprias pessoas que produzem tais coisas são, elas mesmas, produzidas fora do âmbito da economia formal a um custo bem baixo para o capital. A força de trabalho, em grande parte, é reproduzida por três processos interconectados: 1. Atividades que regeneram o trabalhador fora do processo de produção e o permitem retornar a ele. Elas incluem, entre uma variedade de outras coisas, comida, uma cama para dormir, mas também cuidados psíquicos que mantêm uma pessoa íntegra. 2. Atividades que mantêm e regeneram não-trabalhadores que estão fora do processo de produção - isto é, os que são futuros ou antigos trabalhadores, como crianças, adultos que estão fora do mercado de trabalho por qualquer motivo, seja pela idade avançada, deficiência ou desemprego. 3. Reprodução de *trabalhadores frescos*, ou seja, dar à luz (BHATTACHARYA, 2019, p. 103).

Dessa maneira, foram as mulheres que passaram a desempenhar o trabalho da reprodução social, aí incluído o ato de parir, mas também o cuidado com as atividades domésticas e mesmo com a saúde física e mental daqueles que fornecem a força de trabalho ao capital. A redução da autonomia sobre seus próprios corpos e sobre seu processo reprodutivo serviu, pois, tanto ao interesse da ciência médica, quanto ao interesse capitalista.

Na medida em que o capitalismo aproveitou-se do patriarcalismo contido nas ideias liberais, impondo à categoria feminina o espaço privado e o trabalho de cuidado, o gênero passou a constituir, assim, um “eixo estruturante da sociedade” presente também nas práticas médicas obstétricas e interligado à objetificação do corpo feminino, visto como instrumento da reprodução social. Por outro lado, para além da redução da autonomia feminina decorrente do uso de rotinas obstétricas não recomendadas e não consentidas, as violações na assistência ao parto resultam também dos outros eixos, que do mesmo modo que o gênero estruturam as relações sociais, quais sejam, “a classe social e a raça/etnia” (SAFFIOTI, 2004, p. 82).

A classe e a raça são indutoras de discriminação na medida em que as pessoas mais pobres e pertencentes a determinados grupos étnico/raciais não ocupam posições sociais e institucionais que revelam poder de decisão e influência sobre a ordem social, fato que torna muito mais difícil que se tenham assegurados os seus direitos fundamentais. A raça, aqui considerada como “fator político utilizado para naturalizar desigualdades e legitimar a segregação”, é indutora do racismo enquanto forma de discriminação manifestada por meio de “práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para

indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam”, presente na ordem social e reproduzido pelas instituições (ALMEIDA, 2019, p. 22).

A pesquisa “Nascer no Brasil” identificou importantes diferenças na assistência médica ao parto entre mulheres negras e mulheres brancas. As disparidades estão presentes tanto nas condições econômicas mais precárias quanto no acesso e qualidade da assistência em saúde a elas prestada. Os resultados evidenciaram que mulheres pretas possuem maior risco de ter um pré-natal inadequado, de não terem o direito a(o) acompanhante respeitado, que recebem menos orientações no pré-natal sobre os riscos de complicação do parto e que recebem menos anestesia local para a realização de episiotomia (LEAL *et al*, 2017).

O grave índice de mortalidade materna presente no cenário da pandemia por Covid-19 também revela traços de racismo estrutural. Estudos realizados nos Estados Unidos da América demonstraram que naquele país as mulheres negras possuíam um risco de morte quase duas vezes maior quando comparadas às mulheres brancas, sendo a desigualdade social, racial e de gênero descrita como causa relevante da dificuldade de acesso aos serviços de saúde (TAI *et al*, 2021).

Também no Brasil, um levantamento efetuado pela ONG Criola, a partir de dados do Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19,²⁸ em maio de 2021, alertou para a grave disparidade alertou para o fato de que desde o início da pandemia haviam sido registrados 1.114 óbitos maternos pelo novo coronavírus, sendo as mortes entre mulheres negras 77% superiores às das brancas, alertando ser um reflexo do racismo estrutural histórico presente no país.

A ausência de responsabilização e de reparação efetiva aos danos ocasionados pela violência obstétrica é também um obstáculo à diminuição dessas práticas. No Brasil ainda não existe legislação nacional que defina, reconheça e sancione violações cometidas durante o parto. O Projeto de Lei n.º 878/2019, em trâmite no Congresso Nacional com o objetivo de identificar e tipificar tais condutas, ainda não tem previsão de aprovação. Apesar da existência de leis estaduais que definem a violência de gênero durante o parto, em vários dos estados brasileiros, as legislações aprovadas não possuem qualquer caráter sancionatório.

A inexistência de sanção definida em lei tem sido utilizada para, em situações de crise social e política, como a atualmente vivenciada na saúde pública mundial em razão da decretação pela OMS da pandemia por coronavírus (Sars-Cov-2), relativizar os direitos humanos sexuais e reprodutivos das mulheres, a exemplo do que vem acontecendo nas

²⁸ <https://criola.org.br/no-mes-de-luta-pela-saude-da-mulher-criola-alerta-sobre-o-aumento-da-mortalidade-materna-em-todo-o-pais-agravada-pela-covid-19/>

maternidades públicas do estado do Tocantins, nas quais, desde o início da pandemia, as grávidas têm violado o seu direito a(o) acompanhante.

Não obstante o ordenamento jurídico brasileiro já disponha de institutos suficientes para responsabilização civil seja do Estado, seja de instituições privadas por práticas violadoras na assistência ao parto, a maior parte das decisões judiciais deixa de definir tais situações como violência obstétrica, tampouco reconhece a existência de violência de gênero. Se fixarem reparações, é por entender se tratarem de situações de erro médico (NOGUEIRA; SEVERI, 2017).

Tal fato pode revelar a ausência de um efetivo controle de convencionalidade em tais decisões, visto que os dois principais tratados internacionais de direitos humanos das mulheres adotados pelo Brasil - a Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - CEDAW e a Convenção de Belém do Pará, fixam disposições nas quais podem ser inseridas as condutas de violência obstétrica. No âmbito do Sistema Internacional de Proteção dos Direitos Humanos existe um Comitê de Fiscalização da CEDAW vinculado às Nações Unidas, para o qual os países são obrigados a enviar relatórios periódicos acerca do cumprimento da convenção. Esse comitê foi o responsável pela primeira responsabilização do Estado Brasileiro no Sistema Global de Proteção aos Direitos Humanos, no caso *Alyne da Silva Pimentel Teixeira*, em 2011. Alyne, mulher negra, de 27 anos, gestante de 06 meses, veio a óbito numa maternidade de Belford Roxo-RJ em 2003, em razão da ausência de assistência médica adequada. O Comitê da CEDAW concluiu que o Estado brasileiro atuou de forma insuficiente na proteção dos direitos humanos à vida, saúde, à igualdade e não discriminação no acesso à saúde, e também considerou que o Brasil falhou ao não garantir a família de Alyne o acesso efetivo à justiça (PAIVA; HEEMANN, 2017). Apesar de não utilizar a denominação violência obstétrica, a decisão do comitê CEDAW foi ainda de extrema relevância por reconhecer no caso *Alyne Pimentel* forma de violência contra as mulheres e de entendê-la enquanto “um tipo de discriminação e de que a discriminação contra as mulheres negras, pobres e periféricas tem sido sistêmica nos serviços de saúde no país” (CATOIA *et al*, 2020).

Nesse contexto, para um melhor enfrentamento às situações de desrespeito e maus-tratos vivenciadas na assistência à saúde das mulheres é necessário considerar como fontes responsáveis pela opressão e manutenção das condições de desigualdade o gênero, a raça, a classe social, além de outros fatores como religião, orientação sexual, deficiência, origem nacional. Essas estruturas que influenciam todas as relações sociais e estão presentes nas relações de poder, inclusive poder médico, não aparecem de forma separada, porém

simultaneamente e constantemente, contribuindo para manutenção do poder e da ordem social imutáveis (CATOIA *et al*, 2020).

O enfrentamento às situações de violência obstétrica pressupõe, dessa maneira, uma análise interseccional do problema, vez que apesar de todos os corpos que gestam estarem suscetíveis à violações de direitos na assistência à saúde reprodutiva, é preciso considerar que as diferentes categorias sociais indutoras dos diversos modos de discriminação interagem entre si, o que para muitas mulheres representa sofrer tratamento discriminatório que tem como origem, além do gênero, outra(s) categoria social (raça, classe social, orientação sexual, deficiência, origem e religião) enquanto fonte de opressão que permeia as relações de poder interagindo de maneira simultânea (CATOIA *et al*, 2020).

4 O ACESSO À JUSTIÇA PARA MULHERES

4.1 A Defensoria Pública como instrumento de acesso à justiça para mulheres

São intuítos desta pesquisa a análise de entrevistas narrativas concedidas por mulheres que buscaram o serviço da Defensoria Pública do Estado do Tocantins, a fim de propor demandas judiciais com objetivo de cessar a violência obstétrica e institucional que ocorre ao longo da pandemia nas maternidades públicas tocaninenses, consistente no impedimento de apoio contínuo durante o parto por pessoa da escolha da gestante/parturiente, bem assim, o exame das decisões judiciais emitidas nestas ações.

Nessa linha, uma vez que esta pesquisadora é também defensora pública e considerando o caráter profissional do programa de pós-graduação no qual se insere esse estudo, é pertinente que tenhamos algumas considerações acerca da instituição Defensoria Pública e do seu propósito.

A Defensoria Pública é a instituição por meio da qual se instrumentaliza o direito e garantia fundamental de acesso à justiça definido na Constituição de 1988²⁹ e em tratados internacionais de direitos humanos³⁰.

O acesso à justiça, a exemplo de muitos dos demais direitos humanos, esteve inicialmente ligado à uma concepção individualista dos direitos, típica dos estados liberais das primeiras declarações de direitos. Não se exigia do Estado nenhuma ação no sentido de protegê-lo ou efetivá-lo. A justiça era um bem, que no vigente sistema *laissez faire*, somente poderia ser adquirida por quem pudesse pagar por seu custo. Apenas a partir do crescimento das sociedades em tamanho e complexidade, e do reconhecimento do caráter coletivo dos direitos humanos, a visão individualista deu lugar à reivindicação de prestações estatais que os garantam (CAPPELLETTI; GARTH, 1988).

Assim, também a definição do direito de acesso à justiça foi ressignificada ao longo do tempo, passando a ser compreendida enquanto uma política pública, sobretudo a partir da lição de Mauro Cappelletti e Bryant Garth (1988). Os autores concebem esse direito por meio do que chamam de “três ondas renovatórias” que visam consolidar o sentido amplo de justiça: a primeira onda consiste em transpor as barreiras de caráter econômico relacionadas às custas

²⁹ Artigo 5º da Constituição: “XXXV - a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;”

³⁰ Convenção Americana de Direitos Humanos: Artigo 8. Garantias Judiciais. 1. Toda pessoa tem direito a ser ouvida, com as devidas garantias e dentro de um prazo razoável, por um juiz ou tribunal competente, independente e imparcial, estabelecido anteriormente por lei, na apuração de qualquer acusação penal formulada contra ela, ou para que se determinem seus direitos ou obrigações de natureza civil, trabalhista, fiscal ou de qualquer outra natureza. (Ratificada pelo Brasil por meio do Decreto nº 678 em 1992).

do processo judicial individual; a segunda, possibilita também a defesa judicial de direitos difusos e coletivos; por fim, a terceira onda enfoca o acesso à justiça, compreendendo-se esta enquanto uma ordem jurídica justa (CAPPELLETTI; GARTH, 1988; WATANABE, 1988).

O direito de acessar à justiça reflete, dessa maneira, um caráter de maior amplitude que a simples questão processual, sendo imprescindível para a sua consecução “um sistema jurídico moderno e igualitário que pretenda garantir, e não apenas proclamar os direitos” e que se acresça do respaldo de outras áreas do conhecimento como a sociologia, a política a psicologia, a economia, dentre tantas outras (CAPPELLETTI; GARTH, 1988, p.12).

Os primeiros serviços de assistência jurídica instaurados no Brasil - entre o final do século XIX e o início do século XX - estiveram pautados pela concepção inicial de acesso à justiça, vinculada ao campo meramente processual - primeira onda. O serviço era ainda incipiente visto que não havia um órgão específico para prestá-lo, tampouco remuneração pelo Estado que obrigava advogados a prestarem serviços de assistência judiciária com direito apenas ao recebimento de eventual condenação da parte adversária ao pagamento de honorários advocatícios.

Dentre as normas constitucionais, a primeira a reconhecer a assistência judiciária enquanto um direito fundamental foi a Constituição de 1934, prevendo inclusive a necessidade da criação de órgãos especializados de competência da União e dos Estados, o que permitiu a criação dos primeiros serviços com características que se assemelham ao modelo atual de Defensoria Pública nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro³¹ e que se mantiveram apesar do silêncio das constituintes seguintes³² (CHIARETTI, 2014).

Entretanto, a consolidação da Defensoria Pública, enquanto instituição essencial à função jurisdicional do Estado, ocorreu com a promulgação da Carta Republicana de 1988. Para além de criar uma instituição especializada, a nova carta constitucional mostrou outra percepção do direito de acesso à justiça ao utilizar-se das expressões *assistência jurídica* e *orientação jurídica*, as quais possuem maior abrangência, no aspecto da tutela de direitos das pessoas em condição de vulnerabilidade, que a simples *assistência judiciária*, de caráter

³¹ O Estado de São Paulo criou, em 1935, o denominado Consultório Jurídico do Estado. Em 1947 a estrutura deu lugar à Procuradoria da Assistência Judiciária e deu corpo à Defensoria Pública do Estado de São Paulo em 2006. A partir da promulgação da Lei da Assistência Judiciária (Lei 1.060/1950) ainda vigente, também o Rio de Janeiro implantou em 1954, uma instituição para a prestação de assistência judiciária, sendo criados os primeiros cargos de defensor público no estado, inseridos na lei do Ministério Público e submetidos à Procuradoria de Justiça. Em 1975, o estado adotou um modelo de assistência judiciária independente do Ministério Público. A experiência do Rio de Janeiro influenciou o modelo de Defensoria Pública que posteriormente foi adotado no país, sendo relevante os esforços de defensores públicos junto à Assembleia Constituinte de 1988 (CHIARETTI, 2014).

³² A Constituição de 1946 fazia menção expressa à assistência judiciária, mas não mencionava a necessidade de um órgão especial.

meramente processual. A institucionalização desse novo protótipo de assistência jurídica constitui também um dos sinais da superação do paradigma liberal-individualista e de sua substituição por um modelo jurídico-social (GONÇALVES FILHO, 2020).

Mas foram as Emendas Constitucionais posteriores que atribuíram à Defensoria Pública melhores condições para enfrentar as estruturas sociais excludentes e possibilitar o acesso das pessoas vulnerabilizadas às instâncias de poder. A autonomia funcional e administrativa e a iniciativa de apresentar sua proposta orçamentária foi conquistada a partir da EC 45/2004, por meio da qual, a Defensoria Pública deixou de integrar o Poder Executivo e desvinculou-se de quaisquer dos poderes constituídos, fato que promoveu maior liberdade para o desempenho das funções institucionais, sendo possível inclusive atuações em face do Poder Público (ROCHA; JEREISSATI, 2019).

A redação atual do artigo 134 da Carta Republicana de 1988, trazida pela Emenda Constitucional 80/2014³³, conectou expressamente a instituição ao dever de promoção dos direitos humanos de natureza individual ou coletiva, e reconheceu-a enquanto pressuposto do regime democrático.

A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do artigo 5º, LXXIV (BRASIL, 2014).

Instaura-se dessa maneira, uma proposta inovadora para a viabilização do acesso à justiça, num espectro de maior amplitude, no qual se somam às ações de reparação, ações de caráter preventivo e empoderador, como as atividades de educação em direitos humanos (FERREIRA *et al*, 2014). Gonçalves Filho (2020) atenta que a Defensoria Pública representa assim, direito e garantia fundamental. É direito, ante ao dever estatal de prestação de assistência jurídica, e garantia fundamental, vez que instrumento de implementação do acesso à justiça (GONÇALVES FILHO, 2020 p. 41).

Na visão de Boaventura Sousa Santos, o modelo de defensoria pública brasileiro

acumula diferentes vantagens potenciais: universalização do acesso através da assistência prestada por profissionais formados e recrutados especialmente para esse fim; assistência jurídica especializada para a defesa de interesses coletivos e difusos; diversificação do atendimento e da consulta jurídica para além da resolução judicial dos litígios, através da conciliação e da resolução extrajudicial de conflitos e, ainda, atuação na educação para os direitos. Estas particularidades distinguem a defensoria, dentre outras instituições do sistema de justiça, como aquela que melhores condições tem de contribuir para desvelar a procura judicial suprimida. Noutras palavras, cabe aos defensores públicos aplicar no seu quotidiano profissional a sociologia das

³³ Anteriormente à Emenda Constitucional a Lei Ordinária 11.448/2007 e a Lei Complementar 132/2009 já haviam atribuído a Defensoria Pública o dever da tutela coletiva de direitos e de promoção dos direitos humanos.

ausências, reconhecendo e afirmando os direitos dos cidadãos intimidados e impotentes, cuja procura por justiça e o conhecido do(s) direito(s) têm sido suprimidos e ativamente reproduzidos como não existentes (SANTOS, 2011, p.51).

No Tocantins, a Defensoria Pública existe desde 1989, atuando por muitos anos de maneira subordinada ao Poder Executivo, sempre ligada a uma das Secretarias de governo ou à Procuradoria Geral do Estado. A autonomia institucional aconteceu apenas em 2004 com a aprovação de lei que adequa a defensoria tocantinense aos moldes constitucionais³⁴. A instituição possui unidades em 42 dos 139 municípios tocantinenses, um total de 112 defensoras e defensores públicos e conta com quadro próprio de servidores administrativos.

Ao objeto específico desta pesquisa interessa examinar o acesso à justiça para mulheres, em especial àquelas usuárias dos serviços públicos de assistência à saúde reprodutiva. Se existem obstáculos para alcançar um atendimento de qualidade em saúde, as barreiras para o acesso à justiça, compreendida enquanto uma ordem jurídica justa, podem ser ainda mais complexas, em especial mulheres pobres, mulheres negras e vítimas de violência.

Atentas à necessidade de superação desses entraves, as Nações Unidas expediram em 2015, por meio do Comitê sobre Eliminação de Discriminação contra as Mulheres³⁵, a Recomendação Geral nº 33, na qual afirma a existência de uma série de obstáculos na concretização do acesso à justiça pelas mulheres em condições de igualdade substantiva com os homens. A “falta de proteção jurisdicional efetiva dos Estados parte em relação a todas as dimensões do acesso à justiça”, provocada por questões como “estereótipos de gênero, leis discriminatórias, discriminação interseccional ou composta”, e o fracasso em assegurar, de maneira sistêmica, “que os mecanismos judiciais sejam física, econômica, social e culturalmente acessíveis a todas as mulheres” são alguns dos problemas apontados. O comitê ressalta também que tais dificuldades resultam em “persistentes violações dos direitos humanos das mulheres”, que são agravadas pela “falta de capacidade e de consciência das instituições judiciais e quase judiciais” em tratá-las adequadamente (ONU, 2015, parágrafo 3 e 22).

Dessa maneira, a ONU recomenda aos Estados a adoção de um conjunto de providências para garantia da paridade no acesso à justiça, dentre as quais estão a conscientização e a capacitação dos agentes estatais e servidores públicos em políticas de gênero e a educação em direitos para as mulheres a partir de uma perspectiva de gênero. Considera ainda, ser crucial a prestação de assistência jurídica e a instituição de Defensorias

³⁴ Lei Complementar Estadual n.º 41/2004, revogada pela Lei Complementar Estadual n.º 55/2009 que manteve a autonomia administrativa e institucional

³⁵ O Comitê monitora os Estados parte no que diz respeito ao cumprimento da Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres - CEDAW

Públicas acessíveis e sustentáveis, que respondam às necessidades das mulheres e contem com profissionais competentes e sensíveis a gênero (ONU, 2015).

No tocante à atuação das Defensorias Públicas na promoção do acesso das mulheres à justiça, cabe ressaltar a existência de núcleos especializados em defesa da mulher em praticamente todas as defensorias públicas estaduais, aos quais compete o fornecimento de atendimento e orientação jurídicas a mulheres em situação de violência. O início desse trabalho especializado ocorreu³⁶, sobretudo, após a aprovação da Lei Maria da Penha³⁷, a qual criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e definiu como sendo garantia de todas, o acesso aos serviços da Defensoria Pública e à assistência judiciária gratuita. Também a partir da lei têm sido instituídas defensorias públicas especializadas no atendimento às vítimas de violência doméstica e familiar, com atuação junto aos juizados ou varas especializadas, a fim de que efetivem a defesa dessas mulheres em juízo.

A necessidade de uma atuação especializada na defesa dos direitos das mulheres, levou à adoção pelas defensorias públicas de alguns projetos e políticas no sentido de promover a busca por uma maior equidade de gênero na sociedade em que estão inseridas. As medidas incluem ações de educação em direitos humanos e a instituição de comissões especializadas a fim de fomentar os estudos de gênero e a tentativa de um alinhamento institucional da defensoria pública brasileira a este respeito.

As atividades voltadas à educação em direito para as mulheres foram desenvolvidas pioneiramente pelas Defensorias Públicas do Estado de São Paulo, Bahia e Espírito Santo, inspiradas no programa de capacitação jurídica de mulheres - sob uma perspectiva crítica feminista do direito - já desenvolvido por organizações não governamentais, no Brasil e em outros países da América Latina, intitulado “promotoras legais populares” (SANTOS, 2011). Nas Defensorias o projeto recebeu o nome de “Defensoras Populares” e tem por objetivo possibilitar a educação de lideranças comunitárias femininas em direitos humanos, de modo que saibam agir em caso de violações e que atuem como um elo entre a comunidade e a Defensoria Pública. Em alguns dos cursos oferecidos há um claro recorte de gênero, visto que

³⁶ A Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro foi “pioneira na institucionalização da defesa de gênero entre as outras defensorias públicas do país”. O Núcleo Especial de Defesa dos Direitos da Mulher e Vítimas de Violência de Gênero - NUDEM foi criado ainda em 1997, na esteira da ratificação pelo Brasil da CEDAW, ocorrida em 1994 e das Conferências de População e Desenvolvimento do Cairo no mesmo ano e Mundial sobre as Mulheres ocorrida em Pequim, em 1995 e impulsionada pelos movimentos sociais de mulheres daquele estado. A instituição foi também a primeira a adotar uma política institucional de gênero, iniciada ainda em 2001 (TELLES, 2017, p. 18).

³⁷ A Lei Complementar Federal 80/1994, que rege as defensorias públicas de todo o país também refere, enquanto função da instituição o exercício da defesa da mulher vítima de violência doméstica, além de outros grupos sociais vulneráveis que mereçam a atenção do Estado.

visam especificamente à capacitação para agir em caso de violência contra as mulheres. (BRANDÃO *et al*, 2020).

As comissões temáticas de defesa dos direitos das mulheres mantidas pelo Conselho Nacional das Defensoras e Defensores Públicos-Gerais - CONDEGE³⁸ e pela Associação Nacional das Defensoras e Defensores Públicos - ANADEP³⁹, em especial esta última, tem estimulado os estudos de gênero entre as defensoras e defensores públicos com atuação em áreas específicas de defesa dos direitos das mulheres, inclusive com a promoção de minicursos de formação.⁴⁰

Todavia, tais iniciativas ainda se mostram insuficientes para uma adequada atuação da Defensoria Pública no enfrentamento à violência de gênero. O número de defensoras e defensores públicos com atuação especializada na defesa da mulher ainda é incipiente, muitos deles acumulam suas atribuições com atuações relacionadas a outras áreas, fragilizando o trabalho que exige formação específica e sensibilização de gênero, o que nem sempre faz parte dos currículos de formação jurídica e que apenas recentemente tem sido incluído nas temáticas dos concursos públicos para seleção desses profissionais⁴¹. Além das dificuldades estruturais, ainda estão presentes nas defensorias públicas, a exemplo das demais instituições/poderes do Estado, posturas conservadoras, que não reconhecem a desigualdade de gênero enquanto problema que merece ser enfrentado com prioridade (REBELLO, 2017).

Outro ponto crucial para a perspectiva desta pesquisa é a necessidade de se ampliar os horizontes da percepção da violência contra a mulher para além do espaço doméstico e familiar, o qual tem sido o maior foco das atuações especializadas da Defensoria Pública. Nesse sentido, é preciso considerar que

as concepções dominantes de feminilidade e masculinidade ainda se organizam com base em disputas simbólicas e materiais, que operam no interior dos espaços domésticos e que, por conseguinte, acabam por se projetar em outras searas, sendo processadas em diferentes espaços institucionais (BANDEIRA, 2019, p. 302).

38 O Conselho Nacional das Defensoras e Defensores Públicos-Gerais – Condege, é uma associação civil de âmbito nacional que funciona como órgão permanente de coordenação e articulação dos interesses das Defensorias Públicas existentes no Brasil. Mais informações: <http://condege.org.br/> Acesso em 19 03 22.

39 Vide: https://www.anadep.org.br/wtk/pagina/comissao_tematica?id=39397 Acesso em 19 03 22.

40 Também a Coletiva Mulheres Defensoras Públicas do Brasil, movimento social feminista que possui o objetivo de ampliar e estimular o debate e a reflexão, no sentido de superar o tratamento desigual de mulheres nas instituições a que pertencem, tem colaborado para repercutir a necessidade da adoção de uma política para equidade racial e de gênero no âmbito das Defensorias Públicas do país. “Defensoras Públicas de todo o país unidas em prol da igualdade de gênero e racial em nossas instituições” Vide: <https://pt-br.facebook.com/coletivodefensoras/> Acesso em 19 03 22.

41 O Conselho Superior da Defensoria Pública do Estado do Tocantins, aprovou em 2021, Resolução que “dispõe sobre a obrigatoriedade de inclusão do tema do racismo estrutural e relações de gênero nos concursos para o ingresso na carreira de Defensor Público e Defensora Pública, bem como no concurso de seleção do quadro de pessoal.” (Resolução-CSDP nº 210, de 07 de maio de 2021). Disponível em https://www.defensoria.to.def.br/documentos/conselho/resolucao_csdp?page=2 Acesso em 02 03 2022.

Assim, a expectativa de cumprimento do papel social de gênero feminino definido pelo patriarcado e pela dominação simbólica masculina, vai além do espaço doméstico e se projeta para outros espaços, tais quais os serviços assistência à saúde materna. O foco prioritário no desempenho do papel social da maternidade pelas mulheres assistidas nesses serviços, leva ao desrespeito à autonomia do corpo feminino e à imposição de maus-tratos e práticas obsoletas que originam a violência obstétrica, forma de violência de gênero que apenas recentemente tem sido mais visibilizada e discutida no âmbito institucional da Defensoria Pública⁴².

Em solo tocantinense, a atuação da Defensoria Pública na defesa das mulheres, dá-se sobretudo a partir do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher - NUDEM, instituído em 2011⁴³ e de cinco defensorias públicas especializadas no atendimento a mulheres em situação de violência doméstica e familiar presentes em Araguaína, Paraíso do Tocantins, Palmas, Porto Nacional e Gurupi. Desde a sua criação o NUDEM desempenha importante papel tanto no sentido de acolhimento e orientação às vítimas de violência doméstica e familiar, como na seara de educação em direitos por meio da realização de palestras e seminários com a temática específica de gênero.

A pauta da saúde reprodutiva também tem sido objeto dessas atividades, principalmente nos últimos anos, sempre buscando parcerias com as defensorias públicas especializadas em saúde, as quais são responsáveis pela atuação em casos de violência obstétrica.

Acerca das ações de educação em direitos, a defensoria tocantinense também já realizou uma edição voltada às lideranças comunitárias femininas. Entre 2018 e 2019, o NUDEM em parceria com a defensoria pública especializada no atendimento à mulher de Porto Nacional promoveu, nesta mesma cidade, o curso intitulado “Defensoras Populares: Educação em Direito para Mulheres” concluído por 44 mulheres⁴⁴.

42 No âmbito da Defensoria Pública do Estado do Tocantins, as primeiras atuações relacionadas ao tema ocorram em 2015, com a realização de palestras localizadas sobre o tema e a aproximação de movimentos sociais pelo parto humanizado. Vide: <https://www.defensoria.to.def.br/noticia/1981-violencia-obstetrica-e-tema-de-palestra-em-gurupi-com-participacao> Em momentos posteriores realizaram-se seminários e discussões com movimentos sociais e poderes públicos sobre a questão.

Na esfera nacional, o último Congresso Nacional de Defensoras e Defensores Públicos, realizado em 2019, premiou a tese intitulada “A Violência Obstétrica - Um Desafio para a Defensoria Pública na Promoção dos Direitos Humanos das Mulheres”, que a atenção para importância da atuação estratégica da instituição em relação ao tema.

43 Instituído pela Resolução nº 074, de 30 de junho de 2011, do Conselho Superior da Defensoria Pública do Estado do Tocantins

44 Vide: <https://www.defensoria.to.def.br/noticia/42024-defensoras-populares-mulheres-de-porto-nacional-sao-capacitadas-como-agentes-de-transformacao> Acesso em 20/03/2022.

No Tocantins, como na maioria dos Estados, a atuação defensorial na promoção do acesso à justiça para mulheres ainda se volta, com maior ênfase, à violência de gênero de âmbito doméstico e familiar. Também ainda ausente, na Defensoria Pública do Estado do Tocantins, uma política institucional definida a respeito da atuação em defesa da vítima de violência de gênero em seu sentido mais ampliado. Todavia, as ações de educação já desempenhadas já resultam numa visibilidade da defensoria enquanto instituição capaz de promover a defesa dos direitos das mulheres.

Dessa maneira, a presença institucional nos municípios onde também estão instaladas sedes do Poder Judiciário e a atuação em regime de atendimento virtual ao longo da pandemia por Covid-19, permitiu que muitas mulheres tocantinenses acessassem os serviços da Defensoria Pública com o fim de fazer cessar a violência institucional, consistente no despeito do direito a(o) acompanhante, imposta pelo sistema de saúde, delineando-se o público-alvo do presente estudo.

4.2 Os sistemas internacionais de proteção aos direitos humanos e adoção de jurisprudência sensível a gênero

O primeiro capítulo deste trabalho mostra que, a partir da Declaração de 1948, foram adotados vários instrumentos de proteção internacional de direitos humanos, dos quais destacamos os pertinentes reconhecimentos das mulheres enquanto sujeitas de direitos. Nesse contexto de pretensa universalização, formou-se o chamado sistema internacional global de proteção, o qual é composto por tratados internacionais relacionados aos mais variados temas de direitos humanos ratificados por diversos países no âmbito da ONU. Porém, junto ao sistema global, surgem também sistemas regionais de proteção, com aparato jurídico próprio, “que buscam internacionalizar os direitos humanos no aspecto regional na Europa, América e África” (PIOVESAN, 2013, p.112)

Nessa linha, a reflexão sobre o direito de acesso à justiça para mulheres inclui também os sistemas internacionais de proteção, que devem ser acessados se os sistemas nacionais falharem na promoção e efetivação dos direitos humanos. Este tópico abordará decisões tomadas no âmbito dos sistemas global e interamericano, nos quais o Brasil está inserido, relacionadas aos direitos humanos das mulheres e que representam a recente adoção de uma perspectiva de julgamento que considera o gênero como fundamento de desigualdade e violência.

Abordar esse tema é importante ao deslinde da pesquisa aqui desenvolvida, que tem como um de seus objetivos analisar se as decisões judiciais emitidas pelo Poder Judiciário tocantinense, ao longo da pandemia, reconhecem que a supressão do direito da gestante/parturiente a(o) acompanhante configura violência obstétrica. O dever de controle de convencionalidade impõe ao sistema de justiça brasileiro a observância da jurisprudência internacional de direitos humanos, a qual também deve ser considerada nesta investigação.

No que se refere aos sistemas internacionais de proteção dos direitos humanos das mulheres, merece menção que o Brasil é signatário da Convenção Americana de Direitos Humanos -CADH, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará e da Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher - CEDAW.

A CADH ou Pacto de San José da Costa Rica é um tratado internacional atinente aos países membros da Organização dos Estados Americanos - OEA. O Brasil é parte da Convenção desde 1992⁴⁵ e reconheceu também a competência da Corte Interamericana de Direitos Humanos - IDH para os casos relativos à interpretação ou aplicação da CADH.⁴⁶

A Corte IDH e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos - CIDH integram o sistema interamericano de proteção aos direitos humanos, relativo aos estados da OEA. A CIDH tem a função precípua de promover a observância e a proteção aos direitos humanos no continente americano, apresentando um relatório anual à OEA. Ela também recebe as denúncias de violações aos direitos humanos, busca a resolução amigável do conflito entre as partes (Estado, vítima e os respectivos representantes) e, em caso de insucesso, encaminha as denúncias para a análise da Corte IDH (LIMA, 2014).

O controle de convencionalidade importa, dessa forma, em reforçar a autoridade da Corte IDH e da CIDH e de todo o sistema interamericano de direitos humanos. É parte da teoria da primazia dos tratados internacionais de direitos humanos, mesmo sobre as constituições internas dos Estados, respeitando-se sempre a norma mais favorável à pessoa humana, a nacional ou a internacional (SAGÜÉS, 2013). No Brasil, a norma constitucional dispõe que os direitos previstos em tratados e convenções internacionais dos quais o país é signatário estão incluídos entre os direitos e garantias fundamentais,⁴⁷ decorrendo também daí

⁴⁵ Decreto n.º 678 de 6 de novembro de 1992

⁴⁶ Decreto n.º 443 de 8 de novembro de 2002

⁴⁷ Artigo 5º, § 2º da Constituição: Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte

o dever de verificação da conformidade das normas internas com as normativas internacionais.

A própria Corte IDH, no caso *Cabrera García Y Montiel Flores vs. México*, afirmou a obrigação dos juízes nacionais em exercer de ofício o controle de convencionalidade entre normas internas e normas da CADH, “levando-se em conta as disposições dos tratados internacionais de direitos humanos, bem como a interpretação conferida pela Corte Interamericana” (CASTILHO, 2016, p. 85).

Enzamaria Tramontana ensina que a Corte IDH apenas desenvolveu uma jurisprudência sensível a gênero a partir de 2006. Ela se concentra com exclusividade na temática da violência de gênero, assim conceituada a partir das disposições do artigo 5º da CADH - o qual consagra o direito à integridade corporal - e do artigo 2º da Convenção de Belém do Pará, que demarca a violência contra a mulher em sua forma física, sexual e psicológica que pode ser cometida no âmbito da família, da comunidade ou ser perpetrada ou tolerada pelo Estado e seus agentes. A Corte IDH tem abordado a violência de gênero a partir das recomendações do Comitê CEDAW que a definem enquanto violência dirigida à mulher, pelo fato de ser mulher (TRAMONTANA, 2013).

Dessa maneira, o perfil da jurisprudência sobre violência gênero da Corte IDH refere-se a temas como a violência na família e na comunidade, a violência cometida por atores estatais e a violência no contexto de conflitos armados ou ataques generalizados contra setores da população civil (TRAMONTANA, 2013).

A este trabalho interessam os casos referentes à violência cometida por atores estatais, os quais se assemelham à violência obstétrica presente nas maternidades públicas do Brasil na medida em que “o Estado pode perpetrar a violência de gênero tanto pela conduta de seus agentes, como mediante suas leis e políticas públicas” (TRAMONTANA, 2013, p. 475).

No Caso do Presídio Miguel Castro vs. Peru a Corte IDH afirmou, pela primeira vez, a sua competência para interpretar a Convenção de Belém do Pará, reconhecendo-a expressamente enquanto norma integrante do sistema internacional de proteção da integridade pessoal das mulheres e frisando a necessidade de análise daquele caso a partir da perspectiva de gênero. Em Miguel Castro as forças de segurança do presídio atacaram os detentos sob acusação de terrorismo. Dentre as violações cometidas, um dos agentes estatais praticou violência sexual contra uma mulher detenta, que a Corte IDH afirmou tratar-se de “ato especialmente grave e reprovável e uma violação particularmente flagrante dos direitos humanos, em consideração à vulnerabilidade da vítima e o abuso de poder empregado pelo agente” (TRAMONTANA, 2013, p. 476).

O Caso Campo Algodonero (González y otras vc. México) trata do desaparecimento e morte de três jovens mulheres em Ciudad Juárez e da ausência de resposta estatal na investigação e responsabilização dos culpados. A partir desse caso a jurisprudência da Corte IDH aprofundou a sua tendência ao julgamento com perspectiva de gênero, afirmando a vinculação da violência de gênero com o dever de não discriminação presente na CADH, determinando que o dever estatal de proteger as mulheres contra atos de violência, inclui também a violência cometida por particulares. É ainda o primeiro caso no qual a Corte refere-se ao vocábulo feminicídio e, apesar de não apresentar uma definição sólida do termo, qualifica-o enquanto sinônimo de “*homicidio de mujer por razones de género*” (TRAMONTANA, 2013, p. 474).

Ao controle de convencionalidade interessa ainda os casos denunciados à CIDH, ainda que não cheguem à Corte IDH, vez que resolvidos entre Estados e vítimas através de mediação da referida Comissão. Dois desses casos precisam ser aqui destacados, tanto em razão de se relacionarem a temática específica de gênero e se referirem à violação de direitos reprodutivos das mulheres, como porque apesar de assim não nominada uma das situações narradas enquadra-se no conceito de violência obstétrica.

O caso María Mamérita Mestanza Cháves vs. Peru trata-se de submissão forçada a procedimento cirúrgico de esterilização que resultou na morte da paciente. O fato aconteceu em 27 de março de 1998, quando o Peru estava sob o governo de Alberto Fujimori, o qual promoveu uma política pública de controle de natalidade que resultou na esterilização de mais de 300.000 mulheres, com idade entre 15 e 49 anos. À época, estava em vigência lei que determinava o número máximo de cinco filhos por família e o pagamento de multa ou prisão para quem a descumprisse. María Mamérita era camponesa, tinha 33 anos de idade e sete filhos e recebia constantes ameaças de denúncia pela equipe do centro de saúde pública que a assistia e, sob coação, decidiu realizar a cirurgia que foi efetuada sem a realização de exames médicos prévios. Recebeu alta no dia seguinte, mesmo sofrendo com vômitos e dores de cabeça, os quais a equipe de saúde afirmou serem ocasionados pelos efeitos da anestesia. Ela faleceu em 05 de abril de 1998, sem receber atendimento. O atestado de óbito revelou que a morte resultou de erro médico que deu causa a uma sepse (LIMA, 2014).

Diante da ausência de punição dos responsáveis pelas autoridades judiciais do Peru, o caso foi denunciado à CIDH e o Estado Peruano reconheceu a violação dos direitos humanos da vítima e, mediante solução amistosa, comprometeu-se com a investigação e penalização dos responsáveis pelos fatos, além de indenizar a família mediante o pagamento de quantia individualizada a cada um dos seus membros (marido e filhos), do custeio de

tratamento de reabilitação psicológica em consequência da morte de María Mameríta, da educação em nível primário, secundário e superior de cada um dos sete filhos e do valor referente a aquisição de um imóvel em nome dos filhos. A República do Peru comprometeu-se ainda a realizar alterações legislativas referentes às suas políticas de saúde reprodutiva e planejamento familiar (LIMA, 2014).

O Estado Mexicano foi denunciado junto à CIDH, em razão da violação dos direitos humanos de Paulina del Carmen Ramírez Jacinto. Ela foi vítima de violência sexual, da qual resultou gravidez, e foi impedida pelas autoridades estatais de exercer o seu direito ao aborto legal, permitido na época pela lei mexicana. A violação sexual aconteceu no dia 13 de julho de 1999, quando Paulina tinha 13 anos de idade e, junto com sua mãe, procurou imediatamente as autoridades responsáveis, no entanto não foram orientadas sobre a possibilidade de utilização de métodos de contracepção de emergência. Diante da gravidez, decidiram pela interrupção da gestação, no entanto foram obstaculizadas primeiro pelo Ministério Público que se recusou a expedir uma autorização para o procedimento e depois, quando emitida a autorização, pelas equipes de saúde que adiaram incessantemente o procedimento, apresentando justificativas não idôneas. Procuraram então as autoridades responsáveis as quais, todavia, tentaram dissuadir mãe e filha do exercício do direito legal, conduzindo-as a um sacerdote católico. Elas ainda foram obrigadas a ver vídeos violentos de manobras abortivas e mesmo tendo insistido na decisão e marcado o procedimento, minutos antes de sua realização, a mãe de Paulina foi novamente coagida pelo diretor do hospital que a informou de supostos riscos da intervenção e ainda atribuiu à genitora a responsabilidade, caso a filha viesse a morrer. Diante desta informação completamente inadequada, a mãe de Paulina desistiu do procedimento (LIMA, 2014).

Interpelado pela CIDH, o México reconheceu a violação dos direitos humanos de Paulina e indenizou-a pelos danos morais ocasionados, pelos gastos judiciais, gastos de primeira necessidade e materiais escolares da criança, além do fornecimento de serviços de saúde e atenção psicológica especializada à vítima e à criança (LIMA, 2014). Apesar de assim não nominada expressamente, a situação vivenciada por Paulina representa circunstância clara de violência obstétrica, a qual é experimentada também pelas mulheres brasileiras, consistente na negativa sistemática do direito ao aborto legal (CURUMIM, COLETIVO MARGARIDA ALVES, 2020). Em 2020, uma menina de 10 anos, naturalmente vítima de violação sexual, enfrentou obstáculos para acesso ao serviço de interrupção da gestação, advindo tanto de

equipes de saúde, como de autoridades estatais e grupos religiosos e necessitou viajar para um estado da federação distinto do seu domicílio para ter assegurado tal direito⁴⁸.

Convém mencionar também, em referência ao controle de convencionalidade, as decisões tomadas no âmbito do sistema internacional de proteção aos direitos humanos, sobretudo na perspectiva de gênero, aquelas referentes à CEDAW. O Comitê de fiscalização de cumprimento da CEDAW pelos Estados parte já recomendou ao Brasil a adoção de providências em caso relacionado a uma situação de violência obstétrica - o caso Alynne Pimentel, mencionado no item 2.4 deste relatório -, apesar de não utilizar essa denominação expressa. Em 28 de fevereiro de 2020, numa decisão que trouxe um novo paradigma para o reconhecimento da violência obstétrica enquanto violação aos direitos humanos das mulheres, o Comitê CEDAW recomendou a Espanha a indenizar uma mulher pela violência obstétrica sofrida durante o parto.

O fato aconteceu em 26 de setembro de 2009, quando a vítima, identificada na decisão pelas iniciais SMF, foi ao hospital público para ser orientada pois sentia contrações prodrômicas,⁴⁹ ainda não estando na fase ativa do trabalho de parto. Contudo, ao chegar no hospital foi submetida a uma série de intervenções, todas desnecessárias e sem o seu consentimento, as quais consistiram na realização de dez toques vaginais (alguns realizados com menos de uma hora de espaçamento), na administração de ocitocina sintética, no impedimento de que adotasse posição de sua escolha no momento de dar à luz e na realização de episiotomia. Ela também não teve respeitado o direito ao apoio contínuo durante o parto, vez que seu companheiro foi impedido de entrar no quarto, que dividia com outras seis mulheres. SMF também foi impedida de manter contato com a filha até as 12 horas do dia seguinte ao parto. O bebê foi levado à unidade neonatal com febre por infecção adquirida em decorrência do excesso de exames vaginais, onde permaneceu internado por sete dias, nos quais o contato com a vítima e com o genitor da criança foi mínimo (COMITÊ CEDAW, 2020).

A vítima fez reclamações de caráter administrativo e judicial em todas as instâncias, em face do hospital público responsável por atendê-la, no entanto, não obteve êxito, em razão do entendimento judicial alinhado às práticas médicas e à autoridade do discurso médico relacionado à assistência obstétrica. A decisão do Comitê observou que as autoridades

48 <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-16/menina-de-10-anos-violentada-fara-aborto-legal-sob-alarde-de-conservadores-a-porta-do-hospital.html>

49 “Pródromos são as primeiras contrações uterinas que podem indicar que a hora do parto está chegando. Podem durar apenas algumas horas ou se estender por dias e até semanas, e em cada mulher pode se manifestar de um jeito diferente.” (MADEIROS, 2019) Vide: <https://blog.casadadoula.com.br/parto-normal/o-que-sao-prodromos-e-como-sobreviver-a-essa-fase/>

administrativas e judiciais espanholas “aplicaram noções estereotipadas e, portanto, discriminatórias assumindo que é o médico quem decide realizar ou não a episiotomia”, visto que consideraram “que as lesões psicológicas sofridas pela autora fossem uma questão de ‘mera percepção’, mas demonstraram empatia pelo pai quando este afirmou ter sido privado de relações sexuais por dois anos” (COMITÊ CEDAW, 2020).

Assim, o Comitê recomendou ao estado espanhol que efetue a reparação pelos danos físicos e psicológicos ocasionados à autora da reclamação e, em caráter geral, a adoção de providências relacionadas à garantia do direito das mulheres à maternidade segura e ao acesso a cuidados obstétricos adequados, dentre os quais estão o fornecimento de informação adequada sobre cada fase do trabalho de parto, a exigência de consentimento livre, prévio e informado quanto às intervenções realizadas e o respeito à autonomia da mulher e sua capacidade de tomar decisões informadas sobre a sua saúde reprodutiva. Recomendou também à Espanha que realize estudos sobre a incidência de violência obstétrica no país, a fim de tornar a situação visível e orientar as políticas públicas para combate a essa violência de gênero, que proporcione formação profissional adequada aos trabalhadores vinculados à atenção à saúde reprodutiva das mulheres e, ainda, que assegure o acesso a recursos eficazes em caso de violação dos direitos reprodutivos das mulheres, inclusive em casos de violência obstétrica, além do fornecimento de treinamento para funcionários do sistema de justiça e policiais.

5 DESENHANDO O ALVO DA PESQUISA

“Todas as mudanças positivas no comportamento em estabelecimentos de saúde direcionados ao corpo feminino, direcionados à medicina da mulher, são resultado direto de luta feminista.” (HOOKS, 2018, p. 57)

Este capítulo pretende contextualizar as perguntas norteadoras da pesquisa, as quais se referem a violência obstétrica decorrente da supressão do direito de gestantes/puérperas a/o acompanhante. Assim, inicialmente será exposta a construção legal do direito a/o acompanhante no Brasil, as dificuldades de sua implementação no período pré-pandêmico e a suspensão decorrente da chegada do novo coronavírus apresentando, em seguida, o cenário da assistência à saúde reprodutiva das mulheres tocantinenses. Ao final, apresenta-se o caminho metodológico percorrido neste estudo.

5.1 O direito de gestantes e puérperas ao apoio contínuo durante o parto e a suspensão decorrente da pandemia por Covid-19

A OMS fez constar das recomendações emitidas em 1996, que “todas as mulheres devem ter apoio durante o parto e o nascimento”, uma vez que “o apoio contínuo durante o trabalho de parto tem benefícios clinicamente significativos para mulheres e crianças e nenhum prejuízo conhecido” (OMS, 1996, p. 2).

Porém, a exemplo dos demais direitos humanos das mulheres, o direito ao acompanhamento contínuo no parto apenas tornou-se garantia legal a partir da luta dos movimentos sociais de mulheres. Quando os nascimentos migraram para o ambiente hospitalar, as mulheres passaram a parir sem que estivesse presente qualquer pessoa da família, mas tão somente “profissionais de saúde que tendem a subestimar a importância da experiência do parto”, concentrando-se “principalmente nos seus resultados”. Existiam, inclusive, orientações em compêndios médicos de que a presença de familiares deveria ser proibida e limitada (DINIZ *et al*, 2014, p. 141).

O ativismo de mulheres, sobretudo na década de 1990, contribuiu para reinserir a família na cena do parto. A partir desse movimento, grupos de pesquisadores passaram a realizar estudos científicos que documentam os benefícios da presença de familiares da

puérpera no momento do nascimento e que balizaram as recomendações da OMS (DINIZ *et al*, 2014).

Estudos posteriores demonstraram também que mulheres que recebem apoio contínuo no parto, principalmente por pessoas que não fazem parte das equipes hospitalares, são mais propensas ao parto vaginal espontâneo, com menor inclinação ao parto por cesariana ou parto vaginal instrumental, apresentam um trabalho de parto mais curto, maior segurança e melhor capacidade de se expressar, sendo ainda uma experiência mais positiva para os bebês (DINIZ *et al*, 2014).

No Brasil, o direito de gestantes e puérperas a terem consigo acompanhante de sua escolha em todas as consultas e exames de pré-natal e durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, foi instituído pela Lei Federal n.º 11.108/2005. A norma alterou a Lei Orgânica do SUS - a Lei 8.080/1990, nela inserindo dispositivo que obriga os serviços públicos e privados de saúde a acolherem uma pessoa da escolha da parturiente, acompanhando-a em qualquer atendimento relacionado à gestação e ao parto.

Em 2008 o MS emitiu a Resolução n.º 36, na qual apresenta regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal em todo o país. A norma técnica ressalta que o acolhimento do(a) acompanhante de livre escolha é um dever do serviço de saúde e condição para humanização da atenção e gestão da saúde. Atribui a(o) acompanhante a condição de usuário do SUS, destinatário do atendimento humanizado e estabelece o fornecimento de poltrona removível para que permaneça junto ao leito da parturiente em condição de privacidade, de orientações sobre ações de controle de infecção, além de insumos, produtos, equipamentos e instalações necessárias para as práticas de assepsia e da manutenção de salas de acolhimento, sanitários e banheiros com vestiários (BRASIL, 2008).

Portanto, desde 2008, os serviços públicos de assistência à saúde materna devem estar plenamente preparados para acolher acompanhantes de livre escolha da mulher. Nada obstante, mesmo em período anterior à pandemia, estudos relacionados à incidência de violência obstétrica nas maternidades demonstraram que esse direito ainda estava longe de ser uma realidade para todas as brasileiras. A pesquisa “Nascer no Brasil” e o relatório apresentado pela Rede Parto do Princípio à CPI da Violência Contra as Mulheres, evidenciaram que até sete anos depois de instituído em lei, o direito a(o) acompanhante era violado em diversas maternidades brasileiras. A referida pesquisa, realizada entre 2011 e 2012, mostrou que naqueles anos cerca de 24,5% das mulheres pariram sem a presença de acompanhante (DINIZ *et al*, 2014, p. 143-144). A ausência do(a) acompanhante, também foi

uma das formas de violência obstétrica presentes na pesquisa realizada por Guimarães *et al.* (2018) em 14 hospitais públicos no Tocantins, entre 2010 e 2013.

O direito de gestantes e puérperas ao suporte contínuo durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, além de poder ser concretizado por meio da presença de familiares, também pode se dar profissionais leigas, treinadas sobre a fisiologia do parto, conhecidas como doulas. Acerca da citada designação, vejamos:

A palavra ‘doula’ tem origem grega e significa ‘mulher que serve’. Hoje, refere-se à pessoa com treinamento específico sobre fisiologia do parto normal, métodos não farmacológicos para alívio da dor, cuidados pós-natais e aleitamento materno. Ela oferece suporte emocional à gestante; traz conforto físico e alívio da dor, com massagens e banhos mornos; disponibiliza informações à gestante e seus familiares; e estabelece um vínculo entre a equipe de saúde e a mulher (HERCULANO *et al.*, 2018, p. 703).

A doula surge, dessa maneira com um papel distinto do(a) acompanhante, uma vez que se trata do suporte contínuo, exercido por alguém capacitado acerca da fisiologia do parto e prestado tanto à gestante, quanto ao próprio acompanhante por ela escolhido, que muitas vezes não consegue se manter tranquilo nesse processo como faz esta profissional. Dessa maneira, como parte de um cuidado centrado na parturiente, a sua presença também é essencial na cena do nascimento, se assim o desejar a parturiente (HERCULANO *et al.*, 2018).

Ao contrário do que acontece em relação a(o) acompanhante de escolha da mulher, não existe no Brasil lei federal que determine a presença adicional da doula na hora do nascimento. Como ocorre em relação à definição da violência obstétrica, leis municipais e estaduais é que têm garantido às grávidas a possibilidade de trazer consigo a profissional doula durante o parto, o que no Tocantins também foi realizado por meio do estatuto do parto humanizado - Lei 3.113/2016⁵⁰.

A presença da doula, entretanto, ainda enfrenta resistências e dificuldades, decorrentes do desconhecimento das singularidades do seu trabalho de trazer conforto e tranquilidade à parturiente durante o parto. Assim, são constantes os tensionamentos ocasionados especialmente pelos profissionais da saúde que tendem a considerar dispensável, na existência de suporte por doula, o/a acompanhante de livre escolha ou mesmo de outros profissionais necessários ao apoio contínuo tais como fisioterapeutas e psicólogos (HERCULANO *et al.*, 2018).

A pandemia por Covid-19, além de agravar o quadro já persistente de dificuldades na implementação do(a) acompanhante de livre escolha, fez cessar a presença adicional das

⁵⁰ Art. 2º O parto humanizado compreende os seguintes direitos da mulher em seu período gravídico-puerperal: VII - receber apoio físico e emocional de doula durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, sempre que solicitar;

doulas na cena do parto em vários estados brasileiros. No Tocantins, a situação de pandemia trouxe uma forma de descumprimento institucionalizado nas maternidades públicas estaduais tanto da lei do(a) acompanhante, como do estatuto do parto humanizado, que assegura o suporte contínuo de doulas às parturientes. Ao presente estudo, interessa em primazia a suspensão do direito a(o) acompanhante de livre escolha, que incide em prática de violência obstétrica, inclusive reconhecida na lei tocaninense de proteção à gestante e à parturiente pela referida Lei 3.385/2018⁵¹.

A autorização da permanência de acompanhantes foi suspensa por meio de um memorando circular da Secretaria de Estado da Saúde, emitido em março de 2020, indicando que as aprovações legislativas do estatuto do parto humanizado e da lei de proteção à gestantes e parturientes contra violência obstétrica, além dos recentes esforços consistentes na realização de fóruns perinatais⁵² e da implementação de programas de humanização, não se mostraram suficientes para melhorar a assistência à saúde reprodutiva das mulheres tocaninenses.

O ato administrativo do ente estatal que violou o princípio da legalidade⁵³ administrativa ao infringir a norma que assegura tal garantia às gestantes e puérperas dispôs que

Em virtude do avanço da COVID-19, nova doença causada pelo novo coronavírus (denominado SARS-CoV-2). E em conformidade com Decreto Legislativo nº 6 de 2020, que reconhece o estado de calamidade pública em todo o território nacional, bem como o Decreto nº 6.072, de 21 de março de 2020, que declara estado de calamidade pública no estado do Tocantins. Com vistas a diminuição de riscos de contágio no ambiente hospitalar, informamos que a autorização de PERMANÊNCIA DE ACOMPANHANTES DE PACIENTES ESTÁ SUSPensa, salvo nos casos em que haja expressa e justificada manifestação de profissional médico quanto a necessidade da admissão do(a) acompanhante. Importa salientar, que tal medida afeta à todos os pacientes, inclusive os casos de acompanhamento previstos em lei (TOCANTINS, 2020).

No entanto, a Lei n.º 13.979/2020, que estabeleceu as medidas para enfrentamento à pandemia por Covid-19, não efetuou qualquer previsão sobre o direito a(o) acompanhante e

51 Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pela equipe multiprofissional do hospital, da maternidade e da unidade de saúde ou por um familiar ou acompanhante que ofenda de forma verbal ou física as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de estado puerperal.

Art. 3º Para efeitos da presente Lei, considerar-se-á ofensa verbal ou física, entre outras, as seguintes condutas: IX - impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;

52 Os “Fóruns Perinatais” foram realizados em todo o país com a finalidade de promover o envolvimento, a mobilização e o compromisso de trabalhadores, gestores e sociedade civil para implementação de práticas adequadas ao parto e ao nascimento, com respeito aos direitos de mulheres e crianças e como estratégia de enfrentamento às altas taxas de morbimortalidade materna e infantil persistentes no país (referenciar). No Tocantins, o evento é promovido com frequência anual pela Secretaria de Estado da Saúde.

53 O artigo 37 da Constituição de 1988 expõe que “A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência” (BRASIL, 1988). Assim, pelo princípio da legalidade a administração pública deve fundamentar suas decisões no ordenamento jurídico vigente (DIPIETRO, 2019).

atribuiu ao Ministério da Saúde a incumbência de promover a sua regulamentação no que se refere a assuntos específicos.

O MS expediu duas notas técnicas, uma tratando sobre a atenção à saúde do recém-nascido no contexto da infecção do novo coronavírus⁵⁴ e outra tratando especificamente sobre as recomendações para o trabalho de parto, parto e puerpério durante a pandemia da Covid-19⁵⁵. Ambas as orientações recomendam a presença do(a) acompanhante no parto, no entanto, efetuam algumas condições: assintomatibilidade e ausência de contato com pessoas com síndrome gripal, proibição de revezamento, sugestão de proibição do(a) acompanhante em locais de alojamento conjunto nos quais não se possa guardar o distanciamento adequado entre os internados e de permissão de acompanhamento no pós-parto apenas em casos de instabilidade clínica da mulher ou outras condições específicas do recém-nascido.

Os atos expedidos pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Ministério da Saúde se revelaram contrários às orientações emitidas pela própria OMS para assistência ao parto e ao puerpério no contexto da pandemia, as quais recomendam a manutenção do(a) acompanhante inclusive em casos de suspeita ou infecção confirmada por SARS-COV-2:

Todas as mulheres grávidas e puérperas e seus recém-nascidos, incluindo aqueles com infecção confirmada ou suspeita de COVID-19, têm direito a cuidados de alta qualidade antes, durante e após o parto, incluindo cuidados de saúde mental. Uma experiência de parto segura e positiva inclui: ser tratada com respeito e dignidade; ter um acompanhante de escolha presente durante o parto; comunicação clara pela equipe da maternidade; estratégias apropriadas de alívio da dor; mobilidade no trabalho de parto sempre que possível, e posição de nascimento de escolha.; Se houver suspeita ou confirmação de COVID-19, os profissionais de saúde devem tomar todas as precauções apropriadas para reduzir os riscos de infecção para si e para outros, incluindo higiene das mãos e uso adequado de roupas de proteção, como luvas, avental e máscara médica (OMS, 2020).

As restrições sugeridas pelo MS desrespeitaram assim as orientações da OMS, mas foram menos danosas que aquelas impostas pelo estado do Tocantins que proibiu a presença do(a) acompanhante de gestantes e puérperas em todas as unidades hospitalares públicas e em todos os casos, excetuando apenas adolescentes menores de 18 anos e situações de expressa recomendação médica. Ambas, no entanto, contrariam as orientações dos organismos internacionais e infringiram claramente a determinação legal que assegura o direito a(o) acompanhante às gestantes e puérperas.

Tendo em conta o impedimento da presença de acompanhantes nas maternidades tocaninenses, o objeto da presente pesquisa desenvolve-se a partir das demandas judiciais intentadas pela Defensoria Pública do Tocantins no sentido de fazer cessar essa violência

54 NOTA TÉCNICA Nº 6/2020-COCAM/CG CIVIL/DAPES/SAS/MS

55 NOTA TÉCNICA Nº 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS

obstétrica. Antes, porém, ainda como parte da compreensão do desenho do estudo aqui formulado, é necessário que compreendamos o cenário da assistência à saúde reprodutiva das mulheres tocantinenses.

5.2 A assistência à saúde reprodutiva das mulheres tocantinenses

Considerando os recortes presentes nesta pesquisa é importante trazer alguns traços da população tocantinense e da assistência à saúde das mulheres. O Tocantins teve sua emancipação territorial definida e reconhecida apenas com o advento da Constituição de 1988. O território tocantinense pertencia à parte norte de Goiás, posição que não favorecia a interação com o sul daquele estado, mais povoado e desenvolvido que a parte setentrional, pouco habitada e empobrecida.

A emancipação do território trouxe maior proximidade entre o poder público e a população do antigo norte de Goiás e fomentou um maior desenvolvimento e povoamento da região. Novos municípios foram criados e, a partir da atividade econômica de maior relevância - a atividade agropecuária - gerou-se um “corredor de desenvolvimento econômico vinculado à BR-153, que corta o estado longitudinalmente, de norte a sul” e uma estrutura de investimentos concentrada sobretudo nos municípios de Palmas, Araguaína e Gurupi (OLIVEIRA, 2019, p. 193).

A população total é calculada em pouco mais de 1,6 milhão de habitantes (IBGE, 2021) e é diversa, formada em boa parte por migrantes advindos de outros estados da federação, sobretudo a partir de 1988, mas também marcada pela presença das gentes pré-existentes, inclusive povos tradicionais⁵⁶, dentre os quais indígenas, quilombolas e comunidades ribeirinhas.

As comunidades de pessoas remanescentes de quilombo certificadas⁵⁷ já somam trinta e oito. Conforme o último censo realizado no Brasil, encontram-se presentes no Tocantins povos indígenas de nove etnias: apinajé, avá-canoeiros, akwê xerente, javaé (iny), karajá (iny), xambíá (iny), krahô-canela, pankararu (IBGE, 2010). Em 2020, um levantamento de informações populacionais acerca de pessoas residentes em terras indígenas, apontou uma

⁵⁶ A Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, instituída pelo Decreto n.º 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, definiu povos e comunidades tradicionais como os grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição.

⁵⁷ O Decreto n. 7.887/2003, que regulamenta a identificação, reconhecimento, delimitação e titulação de terras ocupadas por remanescentes de quilombolas atribuiu à Fundação Cultural Palmares a certificação dessas comunidades.

população de 17.636 indígenas⁵⁸ vivendo em solo tocaninense, representando pouco mais de 1% da população total (IBGE, 2020).

A configuração racial, mostra que mais de 76% da população tocaninense é negra⁵⁹. A população feminina representa um percentual de 49,71% dos tocaninenses, sendo que deste percentual, 75,4% são mulheres negras (IPEA, 2015).

Apesar da melhora dos indicadores sociais ocorrida com a emancipação do estado, não houve melhora significativa da condição de vida das pessoas que residem nos municípios mais pobres, isolados do corredor de desenvolvimento estabelecido nas proximidades da rodovia BR-153 (OLIVEIRA, 2019). Assim, segundo dados do IBGE, o Tocantins apresentou, ao final de 2020, um percentual de 30,2 % da população em situação de pobreza e de 5,8% em condição de extrema pobreza⁶⁰, sendo que em 2021 a taxa de desemprego atingiu o percentual de 13,3% e de 53,5% da população exercendo ocupação informal (IBGE, 2021).

A última Pesquisa Nacional em Saúde - PNS, também realizada pelo IBGE, divulgada em 2020 e referente ao ano de 2019, demonstrou que 86,9% da população tocaninense depende da assistência em saúde pelo SUS, visto que apenas 13,1% das pessoas residentes no estado são proprietárias de planos privados de saúde. Entre o público feminino, o percentual de dependência do SUS é de 86,1% (IBGE, 2020).

Os dados elencados possibilitam a afirmação de que a população feminina do Tocantins é composta, em sua maioria, por mulheres negras, de classe social baixa e dependentes do Sistema Único de Saúde.

A assistência em saúde no estado se faz de forma regionalizada, de maneira que os 139 municípios encontram-se divididos em 08 diferentes regiões de saúde⁶¹: Bico do Papagaio (24 municípios), Médio Norte Araguaia (17 municípios); Cerrado Tocantins Araguaia (23 municípios); Cantão (15 municípios); Capim Dourado (14 municípios); Amor Perfeito (13 municípios); Ilha do Bananal (18 municípios) e Sudeste (15 municípios). O atendimento hospitalar se faz a partir de 17 hospitais regionais, dos quais apenas dois se constituem em maternidade especializada (Hospital e Maternidade Tia Dedé, em Porto Nacional, e Hospital e Maternidade Dona Regina, em Palmas), havendo ainda a contratação de leitos em uma

⁵⁸ Essas informações foram solicitadas ao IBGE pelo Ministério da saúde a fim de efetuar o planejamento e a logística para a campanha nacional de vacinação contra a Covid-19.

⁵⁹ Segundo o Estatuto da Igualdade Racial - Lei 12.288/2010, “população negra é o conjunto de pessoas que se autodeclararem pretas e pardas, conforme quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam autodefinição análoga”.

⁶⁰ Para o cálculo de tais percentuais o instituto considerou estarem na linha da pobreza pessoas com rendimento mensal mínimo de R \$436,00 por mês e, em extrema pobreza, pessoas com renda mensal menor que R \$151,00

⁶¹ Regiões definidas conforme a Resolução n.º 161/2012 da Comissão de Intergestores Bipartite do SUS no Estado

maternidade privada de caráter filantrópico (Hospital e Maternidade Dom Orione, em Araguaína).

Dessa maneira, a assistência em saúde pública para mulheres ocorre prevalentemente por meio dos serviços de atenção primária de caráter municipal, a partir de diretrizes firmadas pelo Ministério da Saúde⁶² e dos hospitais de caráter regional, administrados pela gestão estadual.

No tocante ao atendimento à gestação e ao parto, o Tocantins também atendeu ao processo de medicalização da maior parte da assistência. Contudo, a importante presença de mulheres oriundas de povos e comunidades tradicionais colaborou para que ainda persista, assim como nos demais estados da região norte amazônica, o compartilhamento dos saberes e práticas da “arte de partejar”, presentes na atuação de mulheres parteiras (MOURA, 2020).

A assistência ao parto domiciliar efetuada por parteiras ainda resiste no Brasil, sobretudo na Região Norte, e pode ser acompanhada por meio do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos, do Ministério da Saúde, onde é possível verificar que nos últimos nove anos, ocorreu uma média anual de mais de 8 mil partos domiciliares assistidos por parteiras. No entanto, o número decresce a cada ano, reduzindo de 11.789, em 2013, para 5.546, em 2021. No Tocantins, a média anual desses partos é de 54, também havendo redução do número que era de 79, em 2013, para 25, em 2021 (DATASUS, 2022).

O poder público já deu passos no sentido de reconhecer a importância da prática das mulheres parteiras. Desde o ano 2000, como parte de iniciativas que visavam humanizar a assistência ao parto e minorar a alarmante taxa de mortalidade materna presente no Brasil, o Ministério da Saúde implantou o *Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais* e reconheceu como “parteiras tradicionais” mulheres que prestam assistência ao parto domiciliar baseadas em saberes e práticas tradicionais. (BRASIL, 2010)

O Tocantins aderiu ao programa, sobretudo em razão da notificação de um número considerável de partos domiciliares realizados em aldeias indígenas. Assim, entre 2010 e 2014 realizou-se um projeto diagnóstico que objetivou articular as práticas de partos domiciliares assistidos por parteiras tradicionais aos sistemas locais de saúde. Foram identificadas 67 parteiras atuantes no estado, das quais 52 declararam-se indígenas (GUSMAN *et al*, 2015).

Gusman *et al* (2015) relatam também que no Tocantins o programa baseou-se na oferta de oficinas de capacitação e na entrega de um *kit* com materiais básicos para assistência

⁶² No que se refere a atenção ao parto e ao nascimento destaca-se a instituição do Programa Rede Cegonha em 2011 pelo Ministério da Saúde, firmado em quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação. A atenção ao pré-natal e ao puerpério se faz, em regra, por meio do serviço de atenção básica de competência dos municípios, os demais já se inserem nos serviços de média complexidade de competência da gestão estadual (BRASIL, 2011).

ao parto, asseverando serem tais práticas insuficientes para a pretensa inclusão das parteiras tradicionais ao SUS, e apontando como entraves a ausência de envolvimento suficiente dos gestores de saúde e o isolamento geográfico das comunidades que realizam partos domiciliares. Os autores questionam ainda “a reiterada estratégia de remodelamento do fazer da parteira como a principal forma de qualificação do parto domiciliar atendido por essas mulheres”, “que reduz a complexidade da questão ao saber/fazer da parteira” e torna distante a inclusão das parteiras e das mulheres por elas atendidas ao SUS que pressupõe uma maior simetria entre saberes produzidos pela ciência e saberes tradicionais (GUSMAN *et al*, 2015, p. 367).

A assistência medicalizada ao parto no Tocantins também enfrenta graves obstáculos que se evidenciam, principalmente, no número excessivo de cirurgias cesarianas, que se mantém superior a 55% dos partos⁶³, na razão de mortalidade materna e na incidência da violência obstétrica em maternidades públicas.

Pesquisa científica que analisou os dados de mortalidade materna no Tocantins, entre os anos de 2010 e 2014, considerando a ocorrência de 86 mortes maternas nesse período, verificou a incidência de uma taxa de 83,8 óbitos a cada cem mil nascidos vivos no estado, a maioria decorrente de causas evitáveis (LOPES, 2017). O índice é bem superior à média nacional, que no período estudado, atingiu os patamares máximos de 68,9 e 63,8 por cem mil (IPEA, 2019). Além disso, dados obtidos junto ao portal de informações da Secretaria Estadual da Saúde, demonstram que nos anos seguintes à pesquisa (2015 a 2019), ocorreram outros 85 óbitos maternos (TOCANTINS, 2022).

A grande incidência de mortes maternas no Tocantins pode estar ligada ao contexto nacional, que decorre do baixo orçamento em saúde pública, sobretudo após sucessivas mudanças inseridas no texto constitucional para atender às exigências do capitalismo neoliberal. As modificações ocasionaram, primeiro, um longo período de subfinanciamento do SUS, sucedido de um posterior período de desfinanciamento das políticas públicas em saúde, instaurado a partir da Emenda Constitucional 95/2016, ainda vigente (MENEZES *et al*, 2020). O desfinanciamento, que atende à coerência neoliberal de compromisso com a estabilidade monetária, para além de obstar a adoção de políticas públicas efetivas em reduzir a mortalidade materna, favorece a iniciativa privada. Entre 2008 e 2018, houve uma redução de mais de 41 mil leitos hospitalares públicos no Brasil, com a abertura de mais 18 mil no mesmo período, no sistema privado de saúde (MENDES, COSTA, FERNANDES, 2021).

⁶³ Dados do Portal DATASUS indicam que a taxa de cesáreas se mantém superior a 55% ao menos desde 2018.

A pandemia por Covid-19 pode ter trazido um agravamento do cenário tocantinense, uma vez que, consoante dados do Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19, desde o início foram notificados 126 casos de Covid-19 em gestantes e puérperas no Tocantins, sendo registradas 26 mortes maternas apenas em decorrência da infecção pelo novo coronavírus. Deve-se apontar ainda o recorte racial presente nos casos de infecção por Covid-19 nesse público, visto que mais de 91,3% dos casos notificados referem-se a mulheres não brancas (pardas, pretas e indígenas) (RODRIGUES *et al*, 2021).

A violência obstétrica é também uma realidade nas maternidades. Destaca-se a pesquisa realizada por Guimarães *et al* (2018) em 14 maternidades públicas do estado, estudo exploratório de natureza qualitativa, efetuado por meio de entrevista semiestruturada com 56 mulheres puérperas entre os anos de 2010 a 2013 com a pretensão de verificar a sua percepção a respeito da assistência à sua saúde reprodutiva. A pesquisa concluiu que as mulheres se reconheceram enquanto vítimas de violações no momento do parto e assinalou diversas causas para a existência dessa forma de violência de gênero. Apontou para a necessidade de “empoderamento dessas mulheres e suas famílias, no intuito de desnaturalizar a violência obstétrica” (GUIMARÃES *et al*, 2018, p. 8).

Além da pesquisa realizada por Guimarães *et al* (2018) uma nova pesquisa, realizada pouco antes da pandemia por Covid-19, entre os meses de março, abril, maio e junho de 2019, com um público total de 70 puérperas de parto normal num hospital-maternidade pública tocantinense, mais uma vez constatou a presença de práticas obsoletas que caracterizam a violência obstétrica, tais como Manobra de Kristeller (24,29% dos partos), episiotomia (15,71% dos partos), a adoção da posição de litotomia na hora de parir como prática de rotina (88% dos partos) e a ausência da oferta de alimentos e líquidos às parturientes (64,29 % das entrevistadas) (GOSCH *et al*, 2020).

A persistência desses entraves aos quais se devem somar as violações cometidas ao longo da pandemia, sobretudo relacionadas ao desrespeito do direito de gestantes e puérperas a(o) acompanhante, demonstram que o Tocantins ainda precisa dar largos passos para alcançar uma prestação de assistência em saúde reprodutiva de qualidade às tocantinenses.

5.3 O caminho metodológico percorrido na construção da pesquisa

Trata-se de pesquisa de natureza exploratória, qualitativa, do tipo interpretativa, que abrange o estudo de decisões judiciais emitidas em ações intentadas pela Defensoria Pública do Estado do Tocantins, a fim de assegurar o direito legal de gestantes a(o) acompanhante

durante o parto, nos primeiros meses da pandemia por Covid-19, e de entrevistas narrativas realizadas com mulheres que procuraram a instituição defensorial para a propositura das demandas.

A análise de decisões judiciais relacionadas aos direitos humanos das mulheres, mais especificamente direitos reprodutivos desrespeitados por situação de violência obstétrica, e de entrevistas narrativas realizadas com mulheres que buscaram acessar a justiça é campo de pesquisa ainda pouco explorado, motivo que torna relevante o estudo desenvolvido.

Antes de detalhar o percurso metodológico deste trabalho é preciso considerar que a compreensão de método aqui adotada, ultrapassa o conceito clássico que o define como o conjunto de técnicas utilizadas para alcançar os objetivos da pesquisa. O método alcança também os fundamentos teóricos que assinalam a construção do conhecimento (OLIVEIRA, 1998, p. 21).

Assim, entendemos que o método alberga as epistemologias e a metodologia que compõem o ponto de partida da pesquisa e que seguem juntas até o alcance do seu resultado. Sendo as epistemologias “as concepções de humanidade e sociedade já sistematizadas, teorizadas e conceitualmente nomeadas” e a metodologia o conjunto de teorias e análises que conduzem “o proceder da pesquisadora e da pesquisa” com base na epistemologia adotada (FERREIRA, 2019, p. 27).

A partir da compreensão de que a pesquisa busca não apenas o conhecimento contemplativo, mas para além disso, a possibilidade de provocar mudanças na vida social, tendo em conta a natureza profissional do programa de mestrado na qual se insere este trabalho e a atuação desta pesquisadora como membra da Defensoria Pública, instituição que deve primar pela promoção dos direitos humanos, buscou-se a compreensão do problema estudado a partir de epistemologias que almejam a transformação da sociedade.

Dessa forma, procuramos pautar essa pesquisa numa concepção emancipatória de direitos humanos, a qual reconhece a falibilidade do conceito universal de tais direitos fundamentado na cultura ocidental eurocêntrica e busca uma concepção multicultural de direitos humanos. No entender de Boaventura de Souza Santos apenas um diálogo intercultural sobre dignidade humana pode levar “a uma concepção mestiça de direitos humanos, uma concepção que, em vez de recorrer a falsos universalismos, se organiza como uma constelação de sentidos locais, mutuamente inteligíveis, e se constitui em redes de referências normativas capacitantes” (SANTOS, 1997, p. 22).

Visamos ainda uma aproximação com as chamadas, por Boaventura Souza Santos, de epistemologias do Sul, as quais “referem-se à produção e validação de conhecimentos

ancorados nas experiências de resistência” dos grupos sociais situados do outro lado da linha abissal⁶⁴ - “as gentes coloniais” (SANTOS, 2019, p. 21).

Norteamo-nos assim, pelos estudos sobre a violência de gênero que “constituem-se em um campo teórico-metodológico fundado com base nas reivindicações do movimento feminista brasileiro e internacional” e que contribuem para a “nominação e intervenção do fenômeno nas esferas da segurança pública, da saúde e do Judiciário” (BANDEIRA, 2019, p. 293).

Adotamos o termo gênero, para além da distinção binária homem e mulher, mas como uma categoria analítica social baseada na percepção das diferenças entre os sexos e na qual se articulam relações de poder (SCOTT, 1995, p. 86-88). Nessa perspectiva o gênero vem sendo utilizado como forma de oprimir e desvalorizar as mulheres, transformando-as em objeto de exploração e domínio (SAFFIOTI, 2001), atribuindo-lhes papéis sociais pelos quais estão frequentemente submetidas à opressão. A violência de gênero é, por conseguinte, a manifestação desse domínio presente tanto nas relações domésticas e familiares, quanto nos vínculos institucionais nas quais se inserem as ações e serviços de saúde referentes ao ciclo gravídico-puerperal (DINIZ, 2001, p. 49).

No mesmo caminho, buscamos aporte teórico também no pensamento feminista crítico, pautando nossas análises a partir das teorias da reprodução social feminista - que ajuda a compreender um dos eixos de subalternidade das mulheres e da necessidade de controle sobre seus corpos (FEDERICI, 2004; BHATTACHARYA, 2019; ARUZZA, 2019) - e da interseccionalidade que lança luzes sobre a sobreposição dos fatores de opressão (CRENSHAW, 2002; COLLINS, 2019).

A procura por tais percursos epistemológicos atende ao forte caráter interdisciplinar desta pesquisa. Outras produções técnico-científicas publicadas a respeito do tema decorrem de pesquisas das mais diversas áreas do conhecimento, dentre as quais se destacam a saúde pública, a medicina, a enfermagem, a biologia, as ciências sociais, a psicologia e as ciências jurídicas, sendo imprescindível a análise da questão numa perspectiva interdisciplinar que provoque “integração capaz de romper a estrutura de cada disciplina e alcançar uma axiomática comum.” (POMBO, 1994, p. 10).

⁶⁴ Boaventura Sousa Santos afirma que as ciências sociais modernas, aí incluída a teoria crítica moderna, conceberam a humanidade como um todo homogêneo que habita deste lado da linha e que poderia ser emancipada pelos mesmos mecanismos fundamentados na ideia de igualdade formal perante a lei e de um projeto de direitos humanos universais, desconsiderando que do outro lado da linha existem grupos sociais não alcançados por esse conceito de humanidade, vítimas da injustiça, opressão e destruição provocadas pelo capitalismo, o colonialismo e o patriarcado (SANTOS, 2019, p. 24-26)

A construção da pesquisa ocorreu em quatro etapas diferentes. A primeira, consistiu em identificar a questão da violência obstétrica enquanto violência de gênero, no contexto da violação aos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, a partir de revisão da literatura pautada nas fontes epistemológicas citadas e em publicações relacionadas à temática nas áreas de conhecimento da saúde, ciências sociais e direito, a partir das seguintes palavras-chave: violência de gênero; violência obstétrica; direitos humanos reprodutivos das mulheres. O resultado foi exposto nos dois primeiros capítulos do presente relatório de pesquisa.

O segundo momento consistiu na coleta dos dados a serem analisados na pesquisa: as decisões judiciais e as entrevistas com as mulheres autoras das demandas. Inicialmente obteve-se autorização do Tribunal de Justiça e da Defensoria Pública do Estado do Tocantins para coleta dos dados junto ao sistema processual eletrônico do Poder Judiciário Tocantinense e junto ao Sistema de Solução Avançada de Atendimento - SOLAR, onde ficam registrados os atendimentos realizados junto à Defensoria Pública. Considerando que o projeto de pesquisa envolvia a realização de entrevistas, buscamos autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Universidade do Tocantins, o qual emitiu parecer favorável à concretização da pesquisa.

As decisões judiciais objeto da análise foram exaradas em ações intentadas entre os meses de março e julho de 2020 e referentes à proibição de acompanhante nas maternidades públicas das cidades de Araguaína/TO, Porto Nacional/TO e Palmas/TO. Foram coletadas um total de 46 decisões emitidas em 20 ações judiciais entre decisões liminares e decisões de mérito.

O público-alvo das entrevistas são mulheres que procuraram o serviço da Defensoria Pública do Estado do Tocantins, mais especificamente as unidades de Araguaína, Porto Nacional e Palmas nos meses de março, abril, maio, junho e julho de 2020. Os dados foram coletados a partir do SOLAR, sistema eletrônico utilizado para recepção, triagem, adoção de providências e registros dos usuários dos serviços da Defensoria Pública do Estado do Tocantins.

Na ausência de um marcador específico para filtragem dos atendimentos relacionados à busca pelo direito a(o) acompanhante no SOLAR, esta pesquisadora fez contato com as defensorias públicas com atribuição para atendimento em direito à saúde e com o NUDEM, os quais atenderam as mulheres que reivindicaram essa garantia legal. Ressalta-se que são as defensorias públicas responsáveis pelas demandas relacionadas à judicialização da saúde, as incumbidas de acompanhar as ações ajuizadas, pleiteando a cessação dessa violência

obstétrica, as quais foram distribuídas junto ao Poder Judiciário, em Porto Nacional e Araguaína para varas da fazenda pública e em Palmas, para a vara especializada em saúde.

A partir do contato foi possível identificar que, no período informado, um total de 33 mulheres buscaram o atendimento da Defensoria Pública a fim de procurar garantir o direito a(o) acompanhante no momento do parto. A partir desses atendimentos realizados pelas defensorias públicas de Araguaína, Palmas e Porto Nacional foram propostas dezenove demandas judiciais de caráter individual e uma ação civil pública de cunho coletivo.

Para entrevistar as mulheres adotamos a metodologia das entrevistas narrativas, cuja ideia básica é “reconstruir acontecimentos sociais a partir da perspectiva dos informantes, tão diretamente quanto possível”. Nesse método de entrevista, para ativar o esquema da história, após apresentar o contexto amplo da investigação, formulamos o tópico inicial ou pergunta disparadora, a qual centrada na experiência da entrevistada, permite o início da narração (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2003, p. 93). Nesse sentido, foi apresentado às mulheres entrevistadas o seguinte questionamento: A lei garante que as mulheres, em especial mulheres grávidas, têm o direito de receber a melhor assistência em saúde e de serem tratadas de forma digna, com liberdade para procurar, receber e dar informações e de não sofrerem quaisquer violências ou discriminações. No entanto, durante a pandemia por Covid-19, o direito a(o) acompanhante não foi respeitado nas maternidades públicas do Tocantins. Você passou por uma experiência de parto durante a pandemia e buscou a Defensoria Pública para ter assegurado esse direito. A partir disso pode contar, em detalhes, a experiência que você viveu, principalmente quanto ao tratamento dispensado na assistência em saúde, desde o início da sua gestação até o parto?

A pergunta permitiu que as mulheres narrassem sem interrupções toda a história da sua gestação e, ao final, diante das informações prestadas, esta entrevistadora realizou questionamentos fundamentados no aporte teórico desta pesquisa, sempre a partir de situações já narradas pelas entrevistadas.

Todavia, a realização das entrevistas revelou-se um grande desafio. Tanto o contato com as entrevistadas, como as próprias entrevistas tiveram que ser realizadas de forma virtual, uma vez que ainda presente a pandemia por Covid-19. Por meio dos dados constantes no sistema de atendimento da Defensoria Pública, do total de 33 mulheres passíveis de serem entrevistadas, esta pesquisadora conseguiu contatar por telefone, um total de 25, a maioria por meio de aplicativo de mensagens, convidando-as para participar da pesquisa. As outras 08 não mais possuíam os telefones constantes do cadastro do SOLAR.

Dentre as 25 mulheres contatadas, 07 rejeitaram de plano a concessão da entrevista, uma delas afirmando que a sua experiência foi tão sofrida que não gostaria de relembra-la contando a história do seu parto. Das 18 mulheres restantes, apenas 09 foram efetivamente entrevistadas, as demais, apesar de inicialmente dispostas a participar da entrevista não conseguiram encontrar horário disponível para fazê-lo, mesmo diante da constante insistência desta pesquisadora.

Dessa maneira, as entrevistas foram realizadas por chamadas de vídeos que foram gravadas, sendo a permissão das entrevistadas colhida mediante consentimento por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e do Termo de Autorização para Gravação de Imagem e Vídeo, ambos encaminhados por meio de aplicativo de mensagens, constando também da gravação das entrevistas, a permissão das entrevistadas.

A terceira etapa refere-se a análise dos dados coletados, consistentes nas decisões judiciais e nas descrições formuladas nas narrativas das mulheres entrevistadas, para a qual, considerando a diversidade dos dados coletados, adotou-se metodologias de análise distintas.

As decisões judiciais foram examinadas por meio da Metodologia de Análise de Decisões - MAD, método que possui características comuns ao Estudo de Caso e a Análise de Jurisprudência, porém deles se difere por possuir procedimentos, objetivos e instrumentação teórica próprias (FREITAS FILHO; LIMA, 2010). A MAD permite:

Organizar informações relativas a decisões proferidas em um determinado contexto;
Verificar a coerência decisória no contexto determinado previamente; e
Produzir uma explicação do sentido das decisões a partir de interpretação sobre o processo decisório, sobre a forma das decisões e sobre os argumentos produzidos.
(FREITAS FILHO; LIMA, 2010, p. 7)

Dessa maneira, o método pode ser utilizado para investigar, em decisões judiciais, a oposição entre princípios ou teorias jurídicas, a aplicação de um conceito ou de um instituto jurídico. Assim, uma vez efetuado o recorte institucional (juízo ou tribunal de onde partem as decisões) e a pertinência temática entre o problema identificado, o campo teórico no qual se insere e recolhidos os dados expressos nas decisões judiciais é possível verificar “os elementos narrativos com os quais os decisores constroem seus argumentos” e realizar uma “reflexão crítica sobre a prática decisória dos decisores” (FREITAS FILHO; LIMA, 2010, p. 13).

As transcrições das entrevistas, por sua vez, foram examinadas a partir da análise do fenômeno situado, método de pesquisa em que “propõe-se investigar de forma direta as vivências humanas e compreendê-las, sem se prender a explicações causais ou a generalizações” (GRAÇAS, 2000, p. 28). Esse método é indicado para análise qualitativa em

ciências humanas e tem como ponto de partida a interrogação do fenômeno, cuja compreensão se dá a partir das descrições das pessoas que o vivenciam.

A descrição (no caso, contida nas entrevistas) assume importância fundamental no conhecimento da essência do fenômeno (MARTINS; BICUDO, 1989), que deve ser posto diante dos olhos de quem investiga, a fim de que enxergue as experiências vividas, contextualizando as pessoas que as vivenciaram. A análise ocorre em quatro etapas distintas: leitura das transcrições das entrevistas (descrições), formando um sentido conjunto das proposições, sem ainda interpretá-las; nova leitura das descrições, agora buscando evidenciar unidades de significados a partir da interrogação norteadora da pesquisa; reflexão sobre as unidades encontradas, agrupando-as em categorias; e, por fim, síntese das unidades de significado com a finalidade de constituir a estrutura do fenômeno (BASTOS, 2017).

Os passos desenvolvidos para a análise, tanto das decisões judiciais, como das entrevistas narrativas, foram melhor explicitados na apresentação dos resultados da pesquisa, que corresponde a quarta etapa da pesquisa, efetuada no capítulo seguinte. Nele, fizemos a interpretação dos resultados, bem assim a sua discussão que procura dialogar com a literatura fundante deste estudo e revelar nos processos de significação.

Nessa etapa, a fim de garantir o anonimato das entrevistadas, tomando em conta que durante a realização da entrevista verificamos que todas elas são mulheres negras, procuramos inspiração no universo fantástico Marvel⁶⁵ para identificá-las, conforme a ordem de aproximação para as entrevistas. Assim ao longo do texto utilizamos os nomes de nove heroínas negras desse universo: Shuri, Okoye, Nakia, Ramonda,⁶⁶ Tempestade, Valquíria, Gamora, Mitsy e Pulsar⁶⁷. Na referência que se fez aos processos judiciais, manteve-se o número atribuído ao processo no sistema eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do

65 “O Universo Marvel é o universo compartilhado onde ocorrem as histórias na maioria dos títulos de quadrinhos americanos e outras mídias publicadas pela Marvel Entertainment. Super-equipes, como os Vingadores, os X-Men, o Quarteto Fantástico, os Guardiões da Galáxia, os Defensores, os Inumanos e outros super-heróis Marvel vivem neste universo (WIKIPEDIA, 2022)

66 As quatro primeiras heroínas pertencem ao reino de Wankada - país fictício localizado na África subsariana, o mais proeminente dos vários países africanos fictícios do Universo Marvel e o lar do super-herói Pantera Negra. Shuri é a pessoa mais inteligente do reino, responsável pelo desenvolvimento tecnológico da nação, inclusive do aparato do uniforme do super-herói Pantera Negra, seu irmão. Okoye é a General responsável pelo Doras Milaje, exército do país, totalmente composto por mulheres negras. Nakia é uma espiã e ativista que se infiltra em tribos africanas para libertar as mulheres vendidas para escravidão sexual. Ramonda, é a rainha-mãe de Pantera Negra, matriarca responsável pela administração de Wakanda. Vide: <http://www.revistacapitolina.com.br/as-mulheres-de-wakanda/>

67 As outras cinco heroínas pertencem a outras histórias do universo Marvel. Tempestade pertence aos X-man, super-heróis e super-heroínas mutantes, possuem habilidades super-humanas. Valquíria é uma guerreira pertence a equipe de super-heróis e super-heroínas que compõem Os Vingadores. Gamora é uma super-heroína que pertence aos Guardiões da Galáxia, ela também é filha de Thanos, um dos vilões que lutam contra Os Vingadores. Mitsy pertence à dupla de super-heroínas Filhas do Dragão. Pulsar é a primeira Capitã Marvel que ganhou seus poderes ao ser bombardeada com energia extradimensional. Vide: https://cultura.uol.com.br/noticias/colunas/slime/12_cade-as-nossas-super-heroínas-pretas.html

Tocantins, considerando o caráter de publicidade das demandas e das decisões judiciais nelas exaradas.

Como fruto da pesquisa, além da presente Dissertação, pretende-se apresentar ainda outros dois produtos técnicos: 1) Proposta de intervenção a ser apresentada à Defensoria Pública do Estado do Tocantins, com o objetivo de colaborar no cumprimento da missão institucional constitucional de promover a educação em direitos humanos, consistente em roteiro para educação em direitos humanos com mulheres gestantes, no formato de rodas de conversa, em princípio presenciais, abordando conteúdos relacionados a temática da violência obstétrica, tais como os aspectos que a caracterizam, os direitos violados e as medidas preventivas e reparatorias possíveis, além das questões relacionadas aos aspectos fisiológicos do parto; Após a apresentação do roteiro e autorização do projeto pela instituição, esta pesquisadora pretende executar a ação educativa no âmbito da defensoria pública na qual está lotada, qual seja, a 7ª Defensoria Pública da Fazenda Pública de Porto Nacional/TO; 2) Plano de Curso de curta duração também sobre a temática direcionado ao atores do sistema de justiça (magistrados e servidores do Poder Judiciário, defensores públicos e servidores da Defensoria Pública e promotores de justiça e servidores do Ministério Público do estado do Tocantins), com vistas a auxiliar na promoção de educação em direitos humanos e contribuir para a mudança de paradigma cultural quanto a necessidade de buscar assegurar em plenitude os direitos humanos sexuais e reprodutivos das mulheres. Quando realizado, o curso pode ser gravado a fim de que possa ser acessado futuramente, tornando-se um terceiro produto digital. No âmbito institucional da Defensoria Pública o projeto pode ser adequado e, se autorizado, apresentado em forma de minicurso de capacitação para membros e servidores da instituição.

6 A RESPOSTA DO SISTEMA DE JUSTIÇA: O DISCURSO JURÍDICO QUE NEGA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E AS VIOLAÇÕES IMPOSTAS ÀS MULHERES QUE PARIRAM SOZINHAS

*“Existe um parto melhor que o outro? Definitivamente não, cada uma escolhe. Mas, sem dúvida, o pior parto é aquele que nos anula, aquele que vivemos submissas, com medo de nos expressarmos, em que recebemos ordens, em que nosso corpo é um objeto, em que não importamos. Se tudo isso, que já é violência, incluir agressões, a experiência será péssima. O melhor? Dependerá de cada uma, de encontrar o que nos faz sentir à vontade, na intimidade, em conexão com nosso bebê, seguras, protegidas, acompanhadas”*⁶⁸
(MARCOTE, 2017, p. 43)

Neste tópico, expusemos o contexto processual das demandas ajuizadas pela Defensoria Pública com o objetivo de fazer cessar a violência obstétrica decorrente do descumprimento da lei do(a) acompanhante, bem assim, a partir do uso da Metodologia de Análise de Decisões - MAD, entender o sentido produzido pela construção argumentativa das decisões judiciais nelas exaradas. A análise foi direcionada pela pergunta norteadora desse objetivo de pesquisa - o Poder Judiciário considera que a supressão do direito da gestante/puérpera a(o) acompanhante de livre escolha configura violência obstétrica? - identificou uma possível resposta e identificou elementos narrativos que apontaram para a inexistência de coerência decisória nas deliberações analisadas.

Intencionamos também, a partir da metodologia da análise do fenômeno situado, compreender o fenômeno da violência obstétrica, a partir das descrições contidas nas entrevistas narrativas realizadas com as mulheres que buscaram o sistema de justiça e viveram experiências de parto durante a pandemia, verificando a existência de outras práticas de violência em seus relatos de parto, distintas daquela decorrente do impedimento de acompanhante.

6.1 O discurso jurídico sobre o direito a(o) acompanhante produzido ao longo da pandemia: a negação da violência e o silêncio quanto ao seu aspecto de gênero

No período temporal em que se insere este estudo foram propostas vinte demandas judiciais pela Defensoria Pública: dezenove ações individuais e uma ação civil pública de caráter coletivo⁶⁹. Das ações com pedido individual, doze foram ajuizadas na Comarca de

⁶⁸ Texto original em espanhol, traduzido por esta pesquisadora.

⁶⁹ A ação civil pública insere-se na chamada tutela jurisdicional coletiva que se presta a amparar os direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos.

Palmas, quatro em Araguaína e três em Porto Nacional. Em todas houve pedido liminar de antecipação da tutela jurisdicional⁷⁰ para liberação imediata da presença do(a) acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto, dada a possibilidade do perecimento do direito, vez que o parto era iminente e não haveria tempo hábil para que se esperasse por todo o processamento da demanda.

A demanda coletiva foi proposta na Comarca de Palmas, em trâmite no sistema processual eletrônico do TJTO (e-proc) sob o n.º 0016414-12.2020.8.27.2729, e pretendeu a cassação do Memorando Circular da Secretaria de Estado da Saúde para restabelecimento imediato do direito a(o) acompanhante em todas as maternidades públicas do estado do Tocantins. Também nesta ação, postulou-se a tutela de urgência de natureza antecipada.

Dessa maneira, a maioria das decisões judiciais aqui analisadas foram proferidas em apreciação a pedidos de tutela de urgência de natureza antecipada, visto que em quase todos os casos quando o processo atingiu a fase de sentença⁷¹, já havia perdido o objeto em razão do acontecimento do parto.

A antecipação da tutela jurisdicional foi deferida em primeira instância em apenas quatro das demandas individuais. Uma dessas decisões foi reformada em segunda instância, pelo Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins - TJTO, em prejuízo da parte autora. Nas demais quinze demandas, a Defensoria Pública interpôs recurso ao TJTO em seis delas, alcançando provimento em apenas um dos requerimentos de revisão.

Assim, um total de quatro ações individuais alcançaram decisões favoráveis. Entretanto, tratam-se de decisões parcialmente favoráveis, uma vez que apenas uma delas deferiu a presença do(a) acompanhante em tempo integral (trabalho de parto, parto e pós-parto). As demais três autorizaram a presença tão somente no momento específico do parto, não permitindo nos períodos anteriores e imediatamente posteriores. Sob esse prisma, verifica-se que o percentual de procedência total das demandas ajuizadas foi menor que 0,5% das ações propostas.

70 O Código de Processo Civil vigente no Brasil - Lei 13.105/2015 - traz a partir de seu artigo 300 uma série de dispositivos que permitem requerer, ainda no início da demanda judicial, a antecipação do resultado final do processo ou tutela de urgência de natureza antecipada, desde que presente requisito que demonstra a urgência da situação trazida ao juízo, qual seja, a impossibilidade de espera pela concessão da tutela definitiva (final do processo), sob pena de grave prejuízo ao direito a ser tutelado, e de tornar-se o resultado final inútil em razão do transcurso do tempo.

71 A sentença é a decisão final do processo em primeira instância e apenas pode ser exarada depois de oportunizados o direito à ampla defesa à parte requerida e a produção das provas necessárias ao esclarecimento dos fatos, trâmites que podem levar um longo prazo. Quando se chega à fase final do processo e o direito já pereceu ou não tenha mais razão de ser pleiteado, como nos casos aqui referidos, extingue-se a ação em razão da perda do seu objeto.

A única demanda que atingiu a fase de sentença, e que ainda está em tramitação, é a ação civil pública de caráter coletivo ajuizada na comarca de Palmas - processo n.º 0016414-12.2020.8.27.2729 - proposta e acompanhada pelo NUDEM em atuação conjunta com o Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos - NDDH e defensoras públicas com atribuição relacionada às ações contra o estado. Também nesta ação, o pedido de antecipação da tutela jurisdicional a fim de que se garantisse, em caráter imediato, o direito a(o) acompanhante em todas as maternidades do Tocantins, evitando a ocorrência da violência obstétrica, foi indeferido.

A ação civil pública tramitou por mais de um ano e cinco meses até que fosse prolatada a sentença.⁷² A instrução do processo contou com relatório emitido pelo Conselho Regional de Psicologia do Estado do Tocantins e com o depoimento de duas mulheres que passaram por experiências de parto no Hospital e Maternidade Dona Regina em Palmas, durante a vigência da proibição do(a) acompanhante. O relatório do Conselho de Psicologia asseverou que o desrespeito ao direito a(o) acompanhante já era uma prática de rotina nas maternidades mesmo antes do contexto pandêmico, esclareceu sobre os prejuízos ocasionados às mulheres por este desrespeito, sobretudo a maior incidência de violência obstétrica na ausência do(a) acompanhante. Relacionou ainda uma série de benefícios da presença do(a) acompanhante para uma experiência positiva de parto, dentre os quais estão o alívio da tensão e da dor no trabalho de parto e minimização da condição de vulnerabilidade da mulher nesse momento. As mulheres, ouvidas em audiência, relataram uma experiência profundamente dolorosa na realização do parto sem acompanhante, inclusive descrevendo situações que caracterizam a violência obstétrica.

A sentença proferida na ação coletiva manteve a linha de considerar a necessidade e a legalidade do ato administrativo estadual que proibiu os acompanhantes nas maternidades, admitindo a possibilidade de restrição de direitos no contexto de crise sanitária. Porém reconheceu que, em razão do longo período transcorrido desde o início da pandemia, o Estado já deveria ter adotado providências no sentido de restabelecer o referido direito, determinando a apresentação de plano de retomada no prazo de trinta dias, mas tão somente para admissão do(a) acompanhante durante o trabalho de parto e parto, vedando a sua presença no período de pós-parto. Assim, após mais de 18 meses de um contexto de restrição total, a decisão adequou a conduta do Estado do Tocantins ao estabelecido nas notas técnicas do MS, todavia, não restabeleceu integralmente o direito de gestantes e puérperas.

⁷² A ação foi ajuizada em 11 de abril de 2020 e a sentença prolatada em 26 de agosto de 2021.

As decisões emitidas nas referidas ações judiciais, que negaram integralmente ou concederam parcialmente a garantia legal de grávidas e puérperas, foram assinadas por doze magistrados diferentes. Com amparo na MAD, delimitamos o recorte institucional das decisões a serem examinadas - aquelas emitidas nas ações intentadas pela Defensoria Pública Estadual, no lapso temporal a que se refere a pesquisa, e distribuídas às varas de fazenda pública das comarcas de Porto Nacional e Araguaína, à vara especializada em saúde da comarca de Palmas, assim como as deliberações liminares emitidas pelo Tribunal de Justiça, quando da interposição de recursos -, organizamos um banco de dados e, após a leitura seletiva das decisões, verificamos uma identidade entre os elementos narrativos utilizados pelos decisores na construção da sua argumentação, tanto para a negativa quanto para o deferimento parcial da presença do(a) acompanhante nas maternidades.

Freitas Filho e Lima (2010) ensinam que a MAD deve ser utilizada por meio de uma teoria lógico-formal da linguagem. Tomazette (2011) pondera que a argumentação é um jogo de linguagem no qual os participantes utilizam-se dos meios de persuasão disponíveis para convencimento de outrem, acerca da melhor solução para uma questão. Não há uso de força física ou coação psicológica e vale-se dos recursos lógico-formais da linguagem. É, assim, instrumento essencial à prática jurídica. Porém, a argumentação jurídica diferencia-se da argumentação em geral, uma vez que o discurso jurídico possui a pretensão de correção e está limitado ao ordenamento jurídico vigente.

Tomazette (2011) discorre também a respeito da função prática ou técnica da argumentação jurídica, que estaria relacionada a três atuações diferentes: a produção ou estabelecimento de normas jurídicas (atuação legislativa), a dogmática jurídica, e a aplicação das normas jurídicas na solução de controvérsias pelo Poder Judiciário. A respeito desta última atuação, o autor expõe a existência de divergências a respeito da possibilidade de apreciação crítica do discurso jurídico. Enquanto a um lado, existem aqueles que entendem não ser possível verificar a sua correção, visto que a validade se verificaria apenas a partir da competência do emissor da decisão, a outro, há quem sustente a plausibilidade da crítica do discurso contido em decisões judiciais principalmente com o fim último de evitar arbitrariedades nos discursos.

A exigência constitucional de fundamentação das decisões judiciais⁷³ decorre da possibilidade de sua apreciação crítica e da busca pela aceitação social, uma vez que a justificação é imposta pelo Estado de Direito que possui uma função social a cumprir. Assim,

⁷³ Artigo 93, IX da Constituição: “Todos os julgamentos dos órgãos do Poder Judiciário serão públicos, e fundamentadas todas as decisões, sob pena de nulidade (...)”

para fugir de decisões arbitrárias, o embasamento jurídico que se utiliza exclusivamente do raciocínio dedutivo da lógica formal não pode ser admitido em todos os casos, sobretudo em situações de maior complexidade em que não há uma resposta clara. Nesses casos, “a argumentação jurídica seria um critério para verificação da correção das decisões judiciais” (TOMAZETTE, 2011, p. 160).

A MAD, apesar de vinculada a uma teoria da linguagem lógico-formal, apresenta entre seus objetivos a averiguação da coerência decisória num contexto pré-determinado. Nesse sentido, considerando que a situação que ora se analisa possui uma complexidade que ultrapassa o raciocínio dedutivo - envolve violação de direitos humanos das mulheres no cenário pandêmico -, a análise realizada busca para verificação da coerência das decisões examinadas, auxílio na teoria da argumentação jurídica de Neil MacCormik (2006), para quem o conceito de coerência inclui o de consistência. Assim, o requisito da consistência diz respeito à conformidade dentro do sistema jurídico, as decisões não devem contradizer as normas estabelecidas de forma válida. A coerência, por sua vez, evita a inconsistência e vai além, visto que busca dar sentido ao sistema jurídico como um todo, considerando as normas em conjunto (FREITAS FILHO; LIMA, 2010; TOMAZETTE, 2011).

A partir de tais premissas e da leitura atenta das narrativas contidas nas decisões estudadas, tendo em mente a pergunta norteadora do objetivo de pesquisa, identificamos que prática decisória relacionada ao direito a(o) acompanhante no contexto pandêmico não percebe a supressão dessa garantia da gestante/parturiente enquanto violência obstétrica. Esta compreensão foi possível tanto em razão da ausência de menção, nas deliberações analisadas, das palavras *violência*, *obstétrica*, *direitos humanos das mulheres*, como pela presença de elementos narrativos que se repetem nas justificações adotadas e que possibilitam aferir o sentido da prática decisória em duas vertentes: o uso da pandemia como justificativa para desrespeitar o direito humano reprodutivo das mulheres a(o) acompanhante e negar a violência obstétrica, bem como o silêncio quanto ao evidente caráter de gênero da violação.

6.1.1 A pandemia como justificativa para negar a violência obstétrica

A partir do conteúdo das decisões judiciais exaradas nas ações intentadas pela Defensoria Pública é possível afirmar que o Judiciário tocantinense outorgou consentimento e aprovação ao ato administrativo emitido pelo Estado do Tocantins, que violou o direito das gestantes usuárias do sistema público de saúde, a manterem consigo acompanhante de sua livre escolha, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. Apesar de

retomado o direito em decisão judicial de cunho coletivo, houve uma espera de mais um ano e seis meses⁷⁴ e o resgate se deu em caráter parcial, visto que permanece a restrição relacionada ao período do pós-parto.

É indiscutível que as decisões aqui analisadas foram prolatadas num contexto excepcional, sobretudo tendo em conta que as demandas foram levadas ao Poder Judiciário nos primeiros cinco meses de pandemia, quando pairava extrema incerteza sobre a doença, a pressão que ela exerceria sobre os sistemas de saúde - que se comprovou de enorme grandeza -, a possibilidade de morte em massa e a sobrevida. Havia, pois, uma conjuntura social de dramaticidade e, nesse aspecto, uma compreensão e aceitação sociais de condutas restritivas de direitos, a exemplo da restrição ao direito à mobilidade, da compulsoriedade do uso de máscaras e dos regimes de *lockdown*, os quais justificariam o sacrifício do direito de gestantes e puérperas a(o) acompanhante, quase que como uma oferta, uma abnegação em nome de um bem maior.

Esse contexto ficou evidente em alguns trechos das decisões judiciais:

*Embora seja direito da gestante, como bem ponderado pela Defensoria Pública, é importante registrar que atualmente vivemos uma **situação mundial atípica**, em que, como alhures mencionado, **algumas medidas excepcionais precisam ser tomadas** para evitar um alastramento do novo coronavírus e o consequente colapso do sistema de saúde, como já ocorreu em alguns países.* (Decisão Liminar no processo nº 0016039-11.2020.827.2729, grifos nossos)

*Contudo, é fato público e notório que estamos passando por um **momento de excepcionalidade devido a pandemia do Covid-19** (...). Como forma de mitigar os efeitos da disseminação da doença, as autoridades científicas e de saúde vêm indicando a restrição de convívio social como o meio mais eficaz para evitar a disseminação do vírus* (Decisão liminar de segunda instância nos autos nº 0005160-32.2020.827.2700, grifos nossos)

*O direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS de fato é recomendado pela OMS - Organização Mundial da Saúde, contudo, **deve ser analisado num contexto de normalidade*** (Decisão nos autos nº 0019788-36.2020.827.2729, grifos nossos)

Outros trechos mostram o argumento da excepcionalidade diretamente relacionado à possibilidade de mitigação de direitos fundamentais, dentre os quais destacamos:

*Como de conhecimento da Defensoria Pública, estamos vivenciando uma **situação excepcional, momento inédito em que a mitigação de direitos classificados como fundamentais inevitavelmente dever ser mitigados** [sic]. Cite-se o embate entre os entes federados e a União quanto ao isolamento social, argumentos utilizados pelos defensores da flexibilização está o direito constitucional de ir e vir* (Trecho de decisão liminar no processo nº 0007259-58.2020.827.2737, grifos nossos)

⁷⁴O plano de retomada da presença do(a) acompanhante nas maternidades apenas foi apresentado nos autos do processo pelo Estado do Tocantins em 01 de outubro de 2021.

A situação excepcional ocasionada pelo Covid-19 justificou, quando da edição do ato impugnado, a supressão de alguns direitos individuais, temporariamente, em face da predominância dos interesses sociais envolvidos. (Sentença na ação civil pública n.º 00164141220208272729, grifos nossos)

Ambos os argumentos - situação excepcional e mitigação de direitos fundamentais - foram utilizados em quase todas as decisões examinadas e, considerando a metodologia da Análise de Decisões aqui adotada, cabe verificar se essa narrativa apresenta coerência decisória, a qual pressupõe a consistência normativa. Numa primeira leitura, pode-se verificar que as decisões que negaram a possibilidade de apoio contínuo durante o parto por pessoa de livre escolha de gestantes e parturientes, carecem de consistência, vez que contrariam as disposições legais presentes no ordenamento jurídico tanto em lei federal, como no caso do Tocantins, em leis estaduais já mencionadas neste trabalho. Porém, a questão é mais complexa haja vista que se insere no período pandêmico, no qual diversos estados impuseram medidas restritivas de direitos fundamentais, inclusive relacionadas ao direito à locomoção. Dessa forma, ainda que inconsistentes do ponto de vista legal, as decisões parecem apresentar a coerência do ponto de vista do todo do sistema jurídico, que deve ser harmônico e não perseguir objetivos antagônicos. O discurso jurídico parece preocupado em minorar os efeitos do espalhamento do vírus.

Entretanto, não estão presentes nas argumentações jurídicas utilizadas, justificações que demonstram familiaridade com a temática da assistência à saúde reprodutiva feminina, em especial à assistência ao parto e ao nascimento. As decisões tratam o direito a(o) acompanhante como algo que, apesar de ser uma garantia legal, revela-se dispensável na manutenção da qualidade da assistência à saúde das gestantes, tal como uma bonificação que, num momento de crise, pode ser retirada sem prejuízo, comparando-o à imposição de confinamento e trabalho remoto vivenciada por diversas pessoas ao longo da pandemia. Desconsideram as argumentações promovidas pelas partes autoras das demandas, fundamentadas nas orientações da OMS atinentes à necessidade do(a) acompanhante para uma experiência positiva de parto, assim como rejeitam argumentações relacionadas à outras formas de prevenção de espalhamento do vírus, tais como testagem dos acompanhantes, a manutenção de uma única pessoa dando apoio contínuo e a utilização de equipamentos de proteção individual. Dessa maneira, não reconhecem o direito a(o) acompanhante como parte integrante do direito à saúde de gestantes e parturientes, tampouco visualizam na sua supressão uma forma de violência obstétrica, desconsiderando também o alerta relacionado à possibilidade de mulheres que parem sozinhas estarem mais expostas à outras violações no momento parto.

Tais ausências nas argumentações jurídicas formuladas para justificar a supressão do direito parecem prejudicar, assim, a coerência da prática decisória a ele relacionada, no contexto da pandemia por Covid-19. O discurso jurídico parece se aproximar mais das explicações formuladas pelo Estado executivo ao definir pelo impedimento do apoio contínuo à gestantes e puérperas, o qual enquanto executor de políticas públicas relacionadas à saúde reprodutiva possuía clara ciência do prejuízo ocasionado às mulheres. A possível incoerência de tais decisões está presente ainda, na ausência de medida quanto às consequências das deliberações, requisito essencial em casos de maior complexidade como o aqui estudado, nos quais “o julgador terá que considerar o conjunto de casos que possivelmente podem ser abarcados pela decisão proferida e, conseqüentemente, as possíveis consequências jurídicas da decisão” (TOMAZETTI, 2011, p.167).

Dados do Portal Integra Saúde, da Secretaria Estadual de saúde, revelam que entre os meses de março e julho de 2020 (período a que se refere esta pesquisa), os hospitais dos municípios de onde se originam as decisões judiciais estudadas - Palmas, Porto Nacional e Araguaína - contabilizam o total de 3698 nascidos vivos (TOCANTINS, 2022). Ainda que Palmas e Araguaína contem com maternidades privadas - o que não ocorre com Porto Nacional - considerando que um total de 86,1% das mulheres tocaninenses depende da assistência do SUS, as decisões tiveram impacto na maioria dos partos ocorridos no período.

As decisões tiveram ainda a consequência de acirrar as desigualdades entre as mulheres, visto que a proibição do(a) acompanhante apenas aconteceu nas maternidades públicas do estado do Tocantins. As mulheres que puderam parir no sistema privado de saúde, tiveram assegurado o direito, essencial à uma experiência positiva de parto. A disparidade é evidente também quando se considera o racismo estrutural e institucional, posto que a maior parte das usuárias do SUS são mulheres negras. A diferença ficou ainda mais clara nos partos realizados no Hospital e Maternidade Dom Orione em Araguaína, no qual as pacientes do sistema privado, internadas em apartamento, puderam estar acompanhadas no momento do parto, enquanto que às pacientes do sistema público de saúde, mantidas em enfermaria, não foi ofertado o mesmo tratamento⁷⁵.

O sentido do discurso produzido pelas decisões judiciais examinadas parece se alinhar, dessa maneira, à uma política autoritária estatal adotada no curso da pandemia. Santos (2021) analisa as medidas de emergência adotadas em diversos países para contenção da situação de

⁷⁵ Informações coletadas a partir do depoimento do direito do hospital, em audiência de instrução e julgamento ocorrida na ação civil pública de n.º 0016414-12.2020.827.2729 e presentes também nas narrações das entrevistas formuladas nesta pesquisa.

pandemia e distingue o que chama de Estados de emergência democráticos e Estados de emergência antidemocráticos, afirmando que:

no primeiro grupo estão os países que declaram estados de emergência nos termos constitucionais, por períodos muito curtos, atribuindo ao governo a possibilidade, não de legislar, mas de tomar medidas de suspensão de direitos de cidadania, desde que proporcionadas em relação às necessidades impostas pela emergência. Por outro lado, os Estados de emergência anti-democráticos são os que violaram qualquer das restrições mencionadas e aproveitaram a crise para endurecer os regimes (SANTOS, 2021, p. 151 *sic*).

O autor considera antidemocráticos os países com governos de direita e ultradireita, e aqueles em que, a exemplo do Brasil, “as medidas e práticas autoritárias durante a pandemia são de tal modo autoritárias que configuram uma mudança insidiosa para um regime político híbrido” entre democracia e ditadura (SANTOS, 2021, p. 163).

Santos (2021) expõe a existência de três vertentes para a atuação antidemocrática: o negacionismo em reconhecer a seriedade da crise de saúde pública, o uso de bodes expiatórios para disfarçar os fracassos no combate à pandemia e o uso da situação de “emergência sanitária para legitimar novos poderes de exceção com duração indeterminada” (SANTOS, 2021, p. 157). No cenário brasileiro certamente estiveram presentes as duas primeiras perspectivas, o negacionismo científico que negou a gravidade da pandemia e a culpabilização de todos os que criticavam o modo de condução das políticas públicas de combate à infecção pelo novo coronavírus, fundadas no desencorajamento do isolamento social, no uso de medicamentos comprovadamente ineficientes para o tratamento da doença e no espalhamento de notícias falsas, as quais geraram desconfiança na população até mesmo sobre a vacinação, único meio que se mostrou efetivo para minimizar os efeitos pandêmicos.

Esse modo de proceder reflete bem o que Danowski (2018) chamou de “desejo de morte e extermínio, a um só tempo, do sentido e de qualquer forma de alteridade, que é a mola propulsora de todo facismo” (DANOWSKI, 2018, p. 7) e se aproxima do que Mbembe (2018) chamou de necropolítica, a “política de morte”, que permite que o poder soberano decida quem vive e quem morre, firmada em especial contra aqueles que sofrem as consequências das desigualdades sociais de raça, gênero e classe: negros, povos indígenas, mulheres, população LGBT, pobres (MBEMBE, 2018).

Mas interessa particularmente a esse estudo, e ao que acontece no Tocantins, o uso da emergência sanitária para a imposição de medida de exceção de duração indeterminada, a qual, sob a justificativa de preservação de profissionais de saúde da contaminação, e de um suposto maior espalhamento do vírus, viola o direito à saúde de gestantes/puérperas. Na medida em que se torna uma política perene, a vedação ou a restrição da entrada de

acompanhantes nas maternidades públicas pode ser considerada uma medida antidemocrática, inicialmente formulada pelo Ministério da Saúde a partir das notas técnicas que restringiram o direito de gestantes e puérperas em algumas situações, e levada ao grau máximo pela Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins, que suspendeu o acompanhante em todas as situações, permitindo apenas para mulheres menores e em casos de recomendação médica expressa (ALVES; FERNANDES, 2022)

Ao deixar de restabelecer de maneira mais célere, ou mesmo imediata, esse direito reprodutivo, o Estado-juiz, escolhe se alinhar a essa medida antidemocrática, ocultando-se, porém, em seu discurso, no uso da pandemia enquanto justificativa para violação de direitos e de argumento relacionado à proteção das próprias gestantes e seus acompanhantes:

A situação excepcional exige que se respeite as recomendações médicas no presente momento, sob pena de agravamento do quadro de pandemia. A presença de acompanhantes no hospital pode trazer sérios riscos a(o) acompanhante, ao paciente e a todos os profissionais da área da saúde envolvidos no tratamento dos doentes, além de possibilitar a disseminação da doença, pois o acompanhante não ficará internado. (Decisão Liminar no processo n.º 0016414-12.2020.827.2729)

Se as restrições tinham por fundamento a proteção de gestantes, dos profissionais de saúde e dos próprios acompanhantes, elas não foram suficientes para evitar as mais de 660 mil mortes pelo coronavírus no Brasil, mais de 4 mil apenas no Estado do Tocantins. Também não bastaram para evitar as mortes maternas por Covid-19 que no Brasil já alcançaram o patamar de 2012 óbitos, 25 somente no Tocantins⁷⁶. Por outro lado, as gestantes apenas foram definitivamente incluídas no plano nacional de vacinação com mais de seis meses de atraso em relação ao restante da população⁷⁷.

Ao contrário, é possível afirmar a partir das conclusões desta pesquisa, que a suspensão ou limitação do direito a(o) acompanhante, além de não lograr êxito em evitar mortes maternas, deu causa à ocorrência de outras formas de violência obstétrica, as quais podem ter influenciado também os índices de mortalidade materna ao longo da pandemia, a

⁷⁶ Dados coletados do Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/ Acesso em 04 04 2022

⁷⁷ A vacinação contra a Covid-19 teve início para grupos prioritários no Brasil em janeiro/2021. Gestantes e puérperas foram desde logo incluídas nos grupos de maior risco para infecção por coronavírus. No final de abril de 2021 o Governo Federal havia decidido que grávidas e puérperas até 45 dias depois do parto deveriam ser vacinadas com prioridade. Não obstante, em 11 de maio de 2021, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA suspendeu a autorização para vacinação desse grupo com o imunizante da marca Astrazeneca, em razão da ocorrência de um óbito que poderia estar ligado ao uso daquela vacina. Contudo, a partir de tal restrição, o Governo Federal decidiu suspender a vacinação de grávidas, com todos os imunizantes, recomendando a vacina apenas para aquelas que apresentassem comorbidades com vacinas distintas da Astrazeneca, no que foi seguido pela maioria dos estados, inclusive o Tocantins (alguns estados, como Pernambuco, atendendo a orientação de especialistas e dos organismos internacionais, e considerando os graves índices de mortes maternas por Covid-19, que já se revelavam à época, retomaram de imediato a vacinação com os demais imunizantes disponíveis). No entanto, a imunização em todos os estados, apenas foi completamente retomada a partir de julho de 2021, a partir de novas orientações do Ministério da Saúde.

exemplo do que já indicaram os estudos de Souza *et al* (2021), mencionados no item 2.3 deste relatório.

As mortes maternas decorrentes de violência obstétrica, se evitáveis, podem estar relacionadas ao que Romio (2017) definiu como feminicídio reprodutivo:

mortes de mulheres relacionadas a limitações legais no acesso e garantia dos direitos reprodutivos das mulheres. Embora exista um leque de mortes evitáveis causadas pelas políticas de controle do corpo e da sexualidade das mulheres que impliquem na morte evitável, opta-se pelo isolamento das mortes por aborto, por ser sem dúvida uma tipologia de morte causada indiretamente pelo Estado e suas leis e normas restritivas dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, fruto da violência de gênero institucional (ROMIO, 2017, p. 166).

Em seu estudo a autora menciona apenas as mortes relacionadas ao aborto por entendê-las claramente evitáveis por políticas estatais que assegurem os direitos reprodutivos das mulheres. Nada obstante, as mortes evitáveis decorrentes de violência obstétrica também podem ser incluídas nesse conceito. Este entendimento é possível a partir da definição de feminicídio trazida por Mendes (2020):

O feminicídio carrega em si a compreensão de que a morte de mulheres em dadas circunstâncias é um fenômeno que está intrinsecamente relacionado aos papéis socioculturais a elas designados ao longo do tempo, e que pode ocorrer de diversas formas, incluindo assassinatos perpetrados por parceiros íntimos ou não, com ou sem violência sexual, por complicações decorrentes de intervenções desassistidas para a interrupção da gravidez, de violência obstétrica, ou mesmo de extermínio político (MENDES, 2020, s.p.).

Ao desconsiderar tais situações, o sentido do discurso produzido pelas decisões judiciais analisadas, além de se alinhar à medidas emergenciais de cunho antidemocrático, parece não apresentar a sensibilidade de gênero necessária à promoção do acesso à justiça para mulheres, entendido enquanto uma ordem jurídica justa que promova além da defesa de suas vidas, o alcance de seu potencial de saúde e de bem-estar.

6.1.2 O silêncio quanto ao evidente caráter de gênero da violação

A ideia de que para se garantir a efetiva proteção dos direitos das mulheres é necessário incorporar uma perspectiva sensível à desigualdade de gênero e às suas consequências para o gozo e o exercício dos direitos fundamentais, em especial pelas mulheres, tanto na interpretação e aplicação dos tratados gerais de direitos humanos, como na formulação e implementação de estratégias e ações para salvaguarda desses direitos está presente no âmbito do sistema internacional de proteção aos direitos humanos, em especial a Corte Interamericana, desde a década de 1990 (TRAMONTANA, 2013, p. 468-469).

Todavia, no âmbito do sistema de justiça brasileiro, em especial o tocantinense, ainda se constituem exceções julgamentos que busquem compreender a situação das mulheres perante a lei e evitar que as instituições jurídicas contribuam para a manutenção da hegemonia masculina na sociedade (DAHALL, 1987, p. 7).

Bartlett (1990) ao escrever sobre métodos jurídicos feministas apontou como método primário de uma crítica feminista ao direito, a necessidade de se questionar como uma prática ou regra social afeta as mulheres: “As mulheres foram deixadas de fora dessa consideração? Se sim, em que sentido? Como essa omissão pode ser corrigida?”. Expõe que fazer essa pergunta é admitir que a lei pode não tomar em consideração as experiências femininas e que os padrões e conceitos legais existentes podem colocar as mulheres em desvantagem, pressupondo que “algumas características do direito poderiam ser não apenas não neutras, em um sentido geral, mas também ‘masculinas’, em um sentido específico” (BARTELETT, 1990, p. 6).

Com base nas discussões, cada vez mais presentes no meio jurídico brasileiro, acerca da indispensabilidade de compreender o direito enquanto instrumento de transformação social e meio útil à minimização das estruturas sociais de desigualdade, tais como classe, raça e gênero (SANTOS, 2011), tem-se abordado a necessidade de que sejam adotadas práticas judiciais sensíveis às temáticas de gênero e às interseccionalidades. Em outubro de 2021, o Conselho Nacional de Justiça publicou um *Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero*, no qual faz considerações teóricas e apresenta um guia com questionamentos práticos que devem ser feitos por magistradas e magistrados diante de situações concretas, com vistas à não perpetuação de estereótipos de gênero e a orientação quanto à adoção de opções interpretativas que eliminem o tratamento desigual ou discriminatório, eventualmente presente em normas jurídicas (CNJ, 2021).

Nada obstante, muitos passos ainda devem ser dados até que as orientações do referido protocolo sejam uma realidade nas práticas jurídicas de todo o país. O discurso judicial presente nas decisões objetos desta análise, demonstra que a tendência ainda é de alinhamento às práticas capitalistas neoliberais que incidem em medidas antidemocráticas, como a suspensão dos acompanhantes nas maternidades públicas e implicam total ausência de sensibilidade ou perspectiva de gênero nas decisões adotadas, em que pesem os esforços da Defensoria Pública em demonstrar essa necessidade, ao encaminhar tal questão ao Poder Judiciário.

Na leitura das decisões judiciais, exaradas nos processos objetos desta análise, o silêncio a respeito do caráter de gênero da violação do direito que se buscava tutelar é

eloquente. Das decisões não constam argumentos relacionados aos direitos humanos das mulheres, à violação aos tratados e convenções internacionais de direitos humanos e à violência obstétrica. A eloquência é ainda mais expressiva, quando se considera que a maior parte das petições iniciais confeccionadas pela Defensoria Pública mencionou os direitos humanos e a perspectiva de gênero presente na violação ao direito a(o) acompanhante, e todas elas mencionaram a violência obstétrica decorrente da conduta.

Uma vez que a MAD intenciona identificar “o modo pelo qual o decisor constrói o sentido dos termos com os quais opera o discurso”, é preciso considerarmos que o silêncio importa muito na construção desse sentido. Para isso é possível que também levemos em conta as ideias principiológicas da análise do discurso, as quais aduzem que o silêncio é constitutivo do dizer. É o espaço que permite à linguagem significar. Para que a linguagem diga algo, para que produza sentidos é preciso considerar que a linguagem precisa de um lugar “outro” ou “diferente” que é o silêncio. “Após a enunciação, o silêncio se configura como o que deixou de ser dito, mas que poderia ter sido dito; em outras palavras, o silêncio também é contingente”. E a existência de um não dito é estruturalmente necessária ao dizer, ao discurso e à enunciação (TFOUNI, 2013, p. 41).

Ao não dizer acerca da necessária perspectiva de gênero da situação submetida à tutela jurisdicional, o discurso das decisões judiciais revela uma construção argumentativa que nega qualquer possibilidade de violência de gênero decorrente da ação estatal e encaminha o seu dizer por meio de justificativas inadequadas, tais como a necessidade de sobreposição do direito coletivo à saúde ao direito individual de gestantes a(o) acompanhante, dada a condição de pandemia. Tais argumentos, apesar de manterem a aparente coerência decisória que consideraria o sistema jurídico como um todo, ignoram que o direito à saúde de mulheres gestantes/puérperas deve estar inserido nesta totalidade.

O posicionamento aparece em quase todas as decisões judiciais analisadas, inclusive em uma das decisões da demanda coletiva:

Diante disso, entendo que na situação caótica vivenciada pelo mundo, em razão da pandemia do coronavírus, justifica a prevalência da proteção à coletividade, impossibilitando por enquanto o direito de gestantes obterem assistência de acompanhante, salvo nos casos em que houver determinação médica quanto à indispensabilidade da presença do mesmo. (Decisão liminar autos n.º 0016414.69.2020.827.2729, grifos nossos)

Nesse diapasão, admitir-se acompanhante nos partos neste momento sanitário crítico equivaleria, no meu sentir, a manifesta afronta ao direito/dever imposto ao Estado de garantir todos os direitos à saúde e ofender ao próprio princípio da dignidade da pessoa humana, haja vista tratar-se de doença infectocontagiosa de alta transmissibilidade. (Decisão liminar nos autos n.º 0012647-35.2020.827.2706, grifos nossos)

Diante do contexto, vejo acertado o posicionamento adotado pelo Magistrado de 1º grau, pois a situação caótica vivenciada pelo mundo, em razão da Pandemia do Coronavírus, justifica a prevalência da proteção à coletividade, impossibilitando por enquanto o direito individual de a paciente obter assistência de acompanhante, salvo nos casos em que houver determinação médica quanto à indispensabilidade da presença do mesmo, o que não se vê no caso em exame (Decisão liminar segundo grau autos n.º 0008800-43.2020.827.2700, grifos nossos).

Ao deixar de tratar a questão com a necessária perspectiva de gênero, a prática decisória desconsidera a condição de coletividade presente também nas mulheres gestantes do Estado do Tocantins. O direito de gestantes e puérperas a(o) acompanhante possui natureza de direito difuso, ou mesmo coletivo, mas não de direito individual⁷⁸, visto que o apoio contínuo durante o todo o trabalho de parto, parto e pós parto é condição para uma experiência positiva de parto, da qual resulta o alcance da plenitude do direito das mulheres à saúde. Trata-se aqui de um direito reprodutivo, o qual de acordo com as recomendações da OMS e do próprio Ministério da Saúde, é pressuposto para que mulheres alcancem o direito à assistência de qualidade à saúde reprodutiva. É, pois, um direito transindividual, que não pertence apenas a uma pessoa, mas a uma coletividade de pessoas indetermináveis.

A ausência de perspectiva de gênero e, por consequência, da percepção da experiência de parto positiva como parte do direito das mulheres à saúde e do dever dos Estados de assegurar o acesso a serviços de qualidade durante a gravidez, o parto e o puerpério, permite considerar como individual, um direito claramente coletivo. Como ensina Bartlett (1990) adotar uma metodologia jurídica com interpretação feminista

significa olhar abaixo da superfície da lei para identificar as implicações de gênero das regras e dos pressupostos subjacentes a elas, e insistir na aplicação de regras que não perpetuem a subordinação das mulheres. Isso implica reconhecer que a questão das mulheres sempre tem relevância potencial e que a análise jurídica “rigorosa” nunca assume neutralidade de gênero (BARTLETT, 1990, p. 8)

O desrespeito ao direito de apoio contínuo no parto por pessoa de escolha da gestante configura em evidente situação de violência obstétrica. Enquanto uma violência de gênero que surge simultaneamente ao sistema capitalista, de bases fundantes no patriarcado e no racismo, pilares de sustentação das desigualdades sociais e dos diversos tipos de violência, a violência obstétrica assume um caráter estrutural, visto que as discriminações de gênero e raça estão também presentes nas práticas de assistência à saúde. Ao não dizer sobre tais questões, o

⁷⁸ O conceito de direitos difusos, coletivos e individuais está presente no artigo 81 da Lei n.º 8.078/1990. A partir das lições de Neves (2020) afirmar que os direitos difusos são direitos transindividuais, de natureza indivisível, dos quais o titular é a coletividade representada por pessoas indeterminadas e indetermináveis, direitos que não tem por titular uma só pessoa ou mesmo um grupo bem determinado de pessoas e concernem a todo o grupo social, a toda a coletividade ou mesmo à parcela significativa dela. Os direitos coletivos são direitos transindividuais de natureza indivisível, de que seja titular grupo, categoria ou classe de pessoas ligadas entre si ou com a parte contrária por uma relação jurídica base. Aqui não se considera os sujeitos individualmente enquanto titulares do direito, mas sim a comunidade (NEVES, 2020, p. 161-163).

discurso judicial desconsidera o cunho coletivo do direito das mulheres a uma vida livre de violência, em especial aquela perpetrada pelo Estado e seus agentes, responsáveis pela prestação dos serviços públicos de saúde.

O silêncio das decisões judiciais estende-se ainda à necessária realização do chamado controle de convencionalidade, que diz respeito à obrigação de se verificar a conformidade das leis e atos administrativos aos tratados internacionais de direitos humanos dos quais o Brasil é parte e também as decisões exaradas no âmbito dos sistemas internacionais de proteção aos direitos humanos, tais quais aquelas mencionadas no Capítulo 3 deste estudo.

Os magistrados do sistema de justiça brasileiro possuem obrigação de efetuar o controle de convencionalidade de normas legislativas e atos administrativos que além de decorrer dos tratados internacionais, está expressamente recomendada em orientação do Conselho Nacional de Justiça - CNJ⁷⁹ e também, no caso da justiça tocantinense, em resolução da Corregedoria de Justiça⁸⁰. Um olhar atento a essa jurisprudência internacional poderia ter tornado diferente o destino das mulheres que pariram sozinhas ao longo da pandemia por Covid-19.

O Estado-juiz, por sua vez, utilizando argumentação relacionada à necessidade de mitigação de direitos ocasionada pela pandemia, chancela a violação do Estado-executivo baseada nas próprias falhas do sistema, permitindo que mulheres negras e pobres vivam experiências de parto sem acompanhante por mais de 18 meses:

Como de conhecimento da Defensoria Pública, estamos vivenciando uma situação excepcional, momento inédito em que a mitigação de direitos classificados como fundamentais inevitavelmente dever ser mitigados [sic]. Cite-se o embate entre os entes federados e a União quanto ao isolamento social, argumentos utilizados pelos defensores da flexibilização está o direito constitucional de ir e vir (Trecho de decisão liminar no processo n.º 0007259-58.2020.827.2737)

(...) de modo que o espaçamento entre as pessoas estabelecidas no quarto, embora dentro dos padrões estabelecidos pela RDC n.º 50, da Anvisa, não se enquadra dentro das previsões recomendadas pelo Ministério da Saúde, o que, por conseguinte, coloca em risco a saúde de todos que estão ali alojados (Trecho de decisão liminar no processo n.º 0012647-35.2020.827.2706)

A ação estatal tem, ainda, o efeito de acirrar as desigualdades entre as mulheres, visto que a proibição do(a) acompanhante apenas aconteceu nas maternidades públicas do estado do Tocantins. As mulheres que puderam parir no sistema privado de saúde, tiveram assegurado o direito, essencial à uma experiência positiva de parto. A disparidade é evidente

79 Recomendação CNJ n.º 123/2022, disponível em <https://atos.cnj.jus.br/files/original1519352022011161dda007f35ef.pdf> Acesso em 05 04 2022

80 Recomendação n.º 01/2017/CCJUS/TO, disponível em: <http://www.tjto.jus.br/elegis/Home/Imprimir/1132> Acesso em 05 04 2022

também quando se considera o racismo estrutural e institucional, posto que a maior parte das usuárias do SUS são mulheres negras.

A diferença ficou ainda mais clara nos partos realizados no Hospital e Maternidade Dom Orione em Araguaína, no qual as pacientes do sistema privado, internadas em apartamento, puderam estar acompanhadas no momento do parto, enquanto que às pacientes do sistema público de saúde, mantidas em enfermaria, não foi ofertado o mesmo tratamento⁸¹. Analisando o que não está dito, mas que se revela implícito no discurso judicial duas perspectivas nos parecem emergir: um alinhamento às políticas autoritárias adotadas no curso da pandemia e a insensibilidade de gênero que prejudica o acesso das mulheres à justiça.

6.2 O fenômeno da violência obstétrica vivenciada pelas mulheres que pariram sozinhas na pandemia

Adotou-se como referencial nesta pesquisa a abordagem fenomenológica, a fim de buscar uma melhor aproximação das percepções das mulheres que pariram sem acompanhante, evidenciar a suas existências nessa experiência e compreender os significados que dela decorrem. Porém, antes de partir para a análise propriamente dita dos dados coletados nas entrevistas é essencial ao entendimento do discurso presente nas narrações, e das experiências contidas em suas subjetividades, que se faça a descrição do perfil socioeconômico das nove mulheres ouvidas.

Todas as entrevistadas são mulheres negras (cinco se autodeclararam pretas e quatro pardas), casadas, heterossexuais, com idade na data do parto entre 20 e 31 anos, escolaridade mínima até o ensino médio (três com curso superior completo e duas cursando). Todas residem em zonas urbanas, a maioria mora de aluguel ou em residências cedidas (três possuem casas próprias). A renda familiar varia entre um e quatro salários-mínimos, sendo que quatro delas exercem trabalho remunerado e outras cinco, trabalho doméstico não remunerado. Seis mulheres vivenciavam sua primeira experiência de parto, cinco tiveram parto vaginal normal e quatro pariram por meio de cirurgia cesariana. Cinco entrevistadas pariram na cidade de Palmas, sendo quatro no Hospital e Maternidade Dona Regina e uma no Hospital da Unimed. Das outras, uma deu à luz no Hospital e Maternidade Tia Dédé, em Porto Nacional, e as demais três no Hospital e Maternidade Dom Orione, em Araguaína.

⁸¹ Informações coletadas a partir do depoimento do direito do hospital, em audiência de instrução e julgamento ocorrida na ação civil pública de n.º 0016414-12.2020.827.2729 e presentes também nas narrações das entrevistas formuladas nesta pesquisa.

Apenas uma realizou seu pré-natal no sistema privado de saúde, sendo que as outras oito acompanharam a gestação por meio do SUS.

Apesar de a análise do fenômeno situado exigir que se recorra à chamada redução fenomenológica ou *epoché* (HUSSERL, 1988), que significa colocar o mundo externo em suspensão e investigar apenas com a consciência, afastando em princípio juízo de valor a respeito do fenômeno, isso “não deve ser entendido como negação ou limitação do mundo”, posto que “todas as relações vivas da experiência estão vinculadas à existência” e que o pesquisador deve tentar focar-se na percepção do sujeito da descrição, imaginando como as situações foram vividas, objetivando compreender os pensamentos e sentimentos expressados (GRAÇAS, 2000, p. 30).

Nessa linha, o perfil socioeconômico das entrevistadas tem especial relevância, vez que o lugar social que elas ocupam interfere na formação das suas subjetividades, assim como as relações de poder institucionais a que estão submetidas. Considerando serem elas usuárias do sistema público de assistência à saúde reprodutiva e também do sistema de justiça, a quem incumbe responder a eventuais violações de direitos, verifica-se o tensionamento de poder que põe a um lado mulheres, negras, de classe social baixa e a outro, o Estado enquanto executor de políticas públicas em saúde e responsável pela promoção de uma ordem jurídica justa. As estruturas de desigualdade de gênero, raça e classe a que estão expostas, contribuem para que estejam inseridas num lugar social no qual, muitas vezes, padecem de violações de direitos perpetradas pelo próprio Estado. É desse lugar que elas dizem.

Lugar determinado por semelhanças em suas condições socioeconômicas (mulheres, negras, pobres, da mesma faixa de idade) e pelas pré-concepções a respeito da fisiologia do parto, afetadas pelo discurso medicalizante do risco, pelo temor do momento do parto advindo das experiências vividas por outras mulheres, pelo mito de cunho racista que entende mulheres negras como mais resistentes à dor e pelas imposições institucionais do poder médico. O lugar dialógico pode ser diferente, porém, se estas puérperas foram orientadas por doulas, se receberam durante o pré-natal informações adequadas sobre a fisiologia do parto, se esta foi a sua primeira experiência de parto, se receberam apoio contínuo de acompanhante. Conceber essas semelhanças e diferenças é pertinente para entender o fenômeno estudado.

O objetivo dessa fase da pesquisa é buscar respostas para a interrogação norteadora, qual seja, se as mulheres entrevistadas, que vivenciaram experiências de parto durante o impedimento da presença de acompanhante nas maternidades públicas, fato que intrinsecamente já configura violação, passaram por outras situações de violência obstétrica.

Orientaram a interpretação, além dos pressupostos da análise do fenômeno situado, o aporte teórico feminista presente nos primeiros capítulos desta pesquisa, o quadro que apresenta as categorias de violência obstétrica presente no item 2.3 deste relatório, os documentos relativos às Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto emitidas pelo Ministério da Saúde e às orientações da Organização Mundial da Saúde para uma experiência positiva de parto.

Em 2018, a OMS publicou uma nova orientação técnica relacionada ao cuidado de gestantes saudáveis e seus bebês intitulada “Cuidados no parto normal: um guia prático”, na qual adiciona novas recomendações ao manejo do parto, àquelas já incorporadas desde a publicação de 1996 em documentos posteriores. Assim como a anterior, a nova orientação classifica as rotinas adotadas pelos profissionais de saúde em diversas partes do mundo em quatro categorias:

Recomendada: Esta categoria indica que a intervenção ou opção deve ser implementada.

Não recomendada: Esta categoria indica que a intervenção ou opção não deve ser implementada.

Recomendada apenas em contextos específicos: essa categoria indica que a intervenção ou opção se aplica apenas à condição, ambiente ou população especificada na recomendação e deve ser implementada apenas nesses contextos.

Recomendada apenas no contexto de pesquisa rigorosa: Esta categoria indica que existem incertezas significativas em relação à intervenção ou opção. Nesses casos, a implementação pode ser realizada em larga escala, desde que seja na forma de pesquisa capaz de abordar questões e dúvidas não respondidas relacionadas tanto à eficácia da intervenção ou opção quanto à sua aceitabilidade e viabilidade (OMS, 2018, p. 2)

A maior parte dessas recomendações consta também do documento relacionado às Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde, as quais são parte das políticas públicas relacionadas à humanização da assistência ao parto, adotadas no Brasil desde 2002. Dessa maneira, também orientam esta análise, as lições de Diniz (2005) referentes às concepções de humanização, mencionadas no capítulo 2, compreendendo-se aqui como humanizada, a prática da assistência baseada em evidências, nos direitos humanos e na autonomia da mulher sobre o próprio corpo, que lhe assegura a orientação adequada e a participação na decisão sobre as intervenções necessárias ao manejo do parto.

A partir de uma leitura atenta das descrições contidas nas transcrições das entrevistas narrativas realizadas com mulheres que pariram sozinhas, em maternidades públicas do estado do Tocantins, no contexto da pandemia por Covid-19, tomando por perspectiva a pergunta norteadora da pesquisa, foi possível selecionar unidades de significado que se repetem ou se assemelham nas diferentes descrições. Adota-se, porém, o cuidado de não desconsiderar as

unidades de significado que aparecem de maneira unitária, sem relação direta com as demais, a fim de preservar o entendimento do sentido do todo (MARTINS; BICUDO, 1989).

As unidades de significado evidenciadas permitem a identificação de categorias de violência obstétrica presentes nas narrações. A síntese dessas unidades, possibilita visualizar a unidade essencial ou estrutura geral do fenômeno, fundamentando a construção final dos resultados dessa pesquisa (GRAÇAS, 2000).

A vivência do parto sem a presença de apoio contínuo por acompanhante revelou-se em unidade de significado comum a quase todas as entrevistadas (oito entre nove), influenciando dessa maneira no exercício da linguagem narrativa e intervindo na compreensão da estrutura geral do fenômeno. No entanto, uma vez que a pergunta norteadora da pesquisa refere-se a existência de violências obstétricas diversas daquela que decorre da violação do direito a(o) acompanhante, toma-se em consideração apenas as demais unidades de significado, as quais propiciam apontar nas descrições formuladas pelas mulheres as seguintes categorias de violência: violência física, intervenções não consentidas ou aceitas com base em informações parciais, cuidado indigno e abuso verbal, omissão em observar os padrões de qualidade no atendimento à saúde. A reunião dessas unidades, por sua vez, permite a compreensão da estrutura geral do fenômeno estudado que se revela na percepção das mulheres da vivência de uma experiência negativa de parto e do senso de injustiça resultante da violação de direitos.

Os tópicos a seguir apresentam as categorias de violência encontradas e em sequência aquelas que resultam da compreensão da estrutura geral do fenômeno estudado.

6.2.1 Violações físicas

O direito de gestantes e puérperas a estarem livres de danos e maus tratos é muitas vezes violado durante a assistência ao parto e ao nascimento por meio da prática de condutas que implicam em abuso físico. As violações ocorrem pela adoção de rotinas não recomendadas por estudos científicos, pela realização de intervenções desnecessárias ou negativa de intervenções destinadas ao alívio da dor como forma de punição em caso de suspeita de aborto conduzido (TESSER *et al*, 2015; DINIZ *et al* 2015).

As descrições de quatro das mulheres entrevistadas, as quais tiveram parto vaginal, proporcionam verificar o abuso físico em razão da prática de intervenções não recomendadas e que podem implicar em violência obstétrica.

A ruptura artificial da bolsa amniótica (amniotomia) está presente nos relatos de três das mães ouvidas:

a obstetra foi lá, fez o toque e durante o toque que foi muito doloroso eu falei para ela tirar a mão que eu não estava aguentando, ela falou “não, eu vou continuar aqui porque eu vou estourar a sua bolsa”, eu falei “não, você não vai estourar, eu não quero”, porque eu já estava sentindo muita dor por ela estar tocando e porque eu sabia que quando ela estourasse eu precisava estar preparada porque eu sabia que ia doer muito mais, ia realmente acelerar o trabalho de parto e eu sentiria muito mais dor, então eu queria estar mais preparada psicologicamente, mas mesmo assim ela não atendeu meu pedido. Não me ouviu, simplesmente estourou a bolsa (SHURI)

eu lembro que eles tinham falado que a bolsa ainda não tinha estourado, na hora que ele colocou o dedo para fazer o toque a bolsa estourou, rompeu. (NAKIA)

ele falou “essa aqui ainda não estourou a bolsa” e todo mal educado foi lá e estourou a minha bolsa (PULSAR)

A ruptura artificial de membranas amnióticas é recomendada pela OMS como tratamento para situações confirmadas de atraso no trabalho de parto⁸². Antes da sua adoção devem ser tomadas medidas de caráter preventivo, dentre as quais estão o incentivo à mobilidade e à posição vertical e o apoio por acompanhante (OMS, 2015).

Todavia, os estudos científicos não recomendam o uso da amniotomia como prática de rotina, o que a partir dos depoimentos das entrevistadas parece acontecer nas maternidades públicas do Tocantins. A Pulsar, ao relatar a ruptura da bolsa descreve a fala do médico que a efetuou - “essa aqui ainda não estourou a bolsa” -, da qual se denota o uso da intervenção como conduta rotineira.

A Shuri é a única das entrevistadas, que durante a gestação buscou a orientação de uma profissional doula. Apesar do impedimento da entrada da doula na maternidade na data do parto, a descrição que ela realiza do momento da amniotomia, demonstra que foi instruída quanto à possível inadequação da prática e de que, caso realizada, provocaria uma aceleração do trabalho de parto. Mesmo diante de seu pedido explícito a médica que a assistia não a ouviu, numa clara conduta de desrespeito à autonomia que a parturiente deve ter sobre o próprio corpo.

Uma intervenção não recomendada em qualquer hipótese pela OMS é a aplicação de pressão no fundo uterino para facilitar o parto no período expulsivo (OMS, 2018). A prática, banida também pelo Ministério da Saúde, é denominada Manobra de Kristeller e é inadequada, uma vez que traz possibilidades concretas de danos ao bebê e a puérpera e pode

⁸² A orientação n.º 9 do guia prático expedido pela OMS expõe que “O trabalho de parto pode não ser mais rápido naturalmente até atingir um limiar de dilatação cervical de 5 cm. Portanto, o uso de intervenções médicas para acelerar o trabalho de parto e parto (como aumento de ocitocina e cesariana) antes desse limiar não é recomendado, desde que sejam asseguradas boas condições do feto e da mãe.” (OMS, 2018, p. 3)

estar associada a um maior risco de morbidade materna ou perinatal (OMS, 2018). Ainda, assim, pelo que indica a entrevista da Nakia, é uma realidade nas maternidades públicas do Tocantins:

e aí teve um momento que essa médica virou para mim e começou a pedir para eu empurrar que o bebê já tinha coroadado, eu estava tremendo tanto que eu não conseguia empurrar, não tinha força e aí ela perguntou uma coisa que eu não sabia, ela perguntou se podia empurrar eu falei “pode, pode empurrar, pode me ajudar” e aí depois que passou todo esse processo veio uma residente, ela foi vendo o coração dele e falou que tinha que chamar o pediatra e eu pensei “será que tem alguma coisa errada?” e aí assistente social veio e já começou a me acalmar e toda vez que a contração vinha ela empurrava minha barriga (...) E aí teve um momento que ela não estava dando conta mais, nessa hora o outro médico estava com uma residente falou “pode empurrar que o bebê vai sair” e aí ela pediu uma escada, subiu nessa escada e me ajudou a empurrar, eu tenho um videozinho dela fazendo isso, eu pedi para gravarem. E aí ela empurrou, eu também empurrei com força e o bebê saiu. (NAKIA)

O relato de parto da Shuri evidencia também as práticas de comandos de puxo precoces e tentativa de utilização de ocitocina, também com a finalidade de aceleração do trabalho de parto:

eu ainda estava com 9 cm, começaram a falar para eu empurrar para o neném descer e quando você está nessa fase de transição você não pensa muita coisa, você simplesmente quer que acabe a dor logo, eu ia na onda delas, mas eu não estava com dilatação total, eu não estava com 10 cm, eu estava com nove, então ainda faltava um pouco (...) “seu trabalho de parto não está evoluindo, suas contrações estão curtas e a gente vai entrar com ocitocina” e eu falei “não vai, eu não aceito ocitocina”, ela falou que eu estava demorando muito e quando eu vi já chegou uma enfermeira com ocitocina para aplicar em mim, eu falei “não vai aplicar de jeito nenhum”, briguei com essa enfermeira, a médica disse para não fazer nada porque eu não queria até que eu comecei a fazer força e o neném nasceu (SHURI)

Shuri mais uma vez demonstra nesta narração, o conhecimento sobre a fisiologia do parto e sobre o próprio corpo, adquirido em orientações recebidas da doula ao longo da gestação. Ela sabe que apenas depois de atingida a dilatação total do colo útero e quando iniciados os chamados puxos espontâneos, que ocorrem quando o corpo já está preparado para a expulsão, é que deve começar a empurrar⁸³. Todavia, a partir do relato é possível notar que seu estado de vulnerabilidade faz com que, mesmo consciente da inadequação dos puxos naquele momento, obedeça aos comandos dos profissionais de saúde. Quanto ao uso de ocitocina (hormônio utilizado para acelerar o trabalho de parto e não recomendado como prática de rotina), mantém a consciência e consegue evitar, apesar do visível desgaste psicológico ocasionado pelo enfrentamento aos profissionais. Ela ocupa dessa maneira, um lugar discursivo distinto das gestantes e puérperas não orientadas acerca da fisiologia do parto e das práticas inadequadas ao seu manejo. Ainda assim, não consegue evitar todos os abusos

⁸³A OMS recomenda que os profissionais de saúde evitem impor às mulheres empurrões imediatos, afirmando existirem evidências qualitativas que indicam a importância de que elas se sintam no controle do seu próprio processo de parto (OMS, 2018).

físicos contra si intentados, visto que não teve como esquivar-se do rompimento da bolsa, tampouco dos comandos precoces de puxo.

A prática da episiotomia⁸⁴ aparece nos relatos de ao menos uma das mulheres entrevistadas, outras duas apontam a ocorrência de lacerações em virtude da intervenção das mãos do profissional de saúde que assistia o parto:

cortaram, foi uma enfermeira, não era doutora (...) sim, até hoje eu sinto dor no lugar onde foi cortado (...) (PULSAR)

eu não sei dizer se foi cortado, eu sei que o médico sempre passava a mão abrindo, não sei se ele rasgou, no vídeo aparece ele abrindo mais para o bebê poder sair (...) Eu levei 7 pontos (NAKIA)

a minha laceração não é porque ela saiu e me rasgou, é porque ele interferiu, ele invadiu e me “ajudou”, puxou a bebê. (TEMPESTADE)

O uso rotineiro da episiotomia foi declarado procedimento sem evidência científica de benefício para parturiente, ainda nas recomendações expedidas pela OMS em 1996. Em 2018, as orientações afirmam que “não há evidências para apoiar a necessidade de qualquer episiotomia nos cuidados de rotina e que uma taxa 'aceitável' de episiotomia é difícil de estabelecer”. De toda maneira, a organização esclarece que se o procedimento for realizado, “a anestesia local eficaz e o consentimento informado da mulher são essenciais” (OMS, 2018, p.150).

Uma das narrações expõe toques vaginais excessivos realizados em outras parturientes que se encontravam na maternidade, e a conduta da entrevistada de verdadeira fuga do profissional de saúde, para evitar que também fosse violada pelos toques exagerados:

toda hora chegava o médico bruto dando toque nas mulheres e eu vi que era bruto, as mulheres ficavam gritando mesmo e eu fiquei com medo e fui lá para o banheiro debaixo do chuveiro para dor diminuir, teve uma hora que eu fui sair e vi ele dando toque em uma mulher que eu fiquei parada aí a enfermeira vinha passando e falou “volta para o banheiro e fica mais meia hora embaixo do chuveiro”, porque parece que o médico era meio grosso e aí eu voltei para o banheiro com medo dele (PULSAR)

As orientações da OMS e das Diretrizes do MS são no sentido de que os exames vaginais para avaliação de rotina da fase ativa do trabalho de parto devem ocorrer apenas de quatro em quatro horas, “ou se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da mulher (após palpação abdominal e avaliação de perdas vaginais)” (BRASIL, 2017).

As orientações ainda recomendam que seja evitada a realização de exames vaginais na mesma mulher por vários profissionais, intervenções realizadas muitas vezes com caráter

⁸⁴ Cirurgia realizada na vulva cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

pedagógico em hospitais-escola e diversas vezes relatadas por vítimas de violência obstétrica (OMS, 2018).

O relato da Pulsar indica que os toques vaginais realizados pelo médico que a assistia, ocorriam em lapso temporal bem aquém do recomendado, o que lhe provocou verdadeiro temor, confirmado pela advertência da enfermeira para que permanecesse no chuveiro. Mais tarde, a mesma entrevistada relatou que ao não aguentar mais ficar no banheiro, o médico a encontrou e mediante o toque vaginal realizou uma amniotomia dizendo: “*essa aqui ainda não estourou a bolsa*”.

6.2.2 Intervenções não consentidas ou aceitas com base em informações parciais

Intervenções não consentidas ou aceitas com base em orientações inadequadas representam violações aos direitos das mulheres à informação, ao consentimento informado e à recusa, além do direito de ter escolhas e preferências respeitadas (TESSER *et al*, 2015; DINIZ *et al* 2015). Tais garantias originam-se do direito à autonomia sobre o próprio corpo, sendo que é justamente a desconsideração à autodeterminação, que define o componente essencial da violência obstétrica: a apropriação do corpo feminino pelos profissionais de saúde.

Etimologicamente, a palavra autonomia vem do grego *autós*, que quer dizer *por si próprio* e *nomos*, que significa *lei*, expressando assim o sentido de dar-se a si mesmo a própria lei, governar-se por si. Tomando em conta a perspectiva de gênero, “a autonomia é a capacidade e as condições concretas que permitem às mulheres tomar livremente as decisões que afetam as suas vidas e o poder de agir segundo tais decisões” (GUEDES; FONSECA, 2011, p. 1732)

A promoção da igualdade de gênero e da autonomia da mulher está entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, traçados pelas Nações Unidas. O documento da ONU⁸⁵, que define tais metas, expõe que tanto a igualdade de gênero quanto a autonomia da mulher são meios eficazes para combater a pobreza, a fome, as enfermidades, sendo essenciais para se

⁸⁵ Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável -ODS foram estabelecidos durante a Conferência das Nações Unidas sobre desenvolvimento sustentável, que aconteceu no Rio de Janeiro, em 2012, e sucederam os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, lançados pelas Nações Unidas no ano 2000. Em 2015, os 193 Estados Membros da ONU, incluindo o Brasil, comprometeram-se em adotar a Agenda 2030 com um total de 17 objetivos. O quinto objetivo é alcançar a igualdade de gênero. O plano de ação global pretende eliminar a pobreza extrema e a fome, oferecer educação de qualidade ao longo da vida para todos, proteger o planeta e promover sociedades pacíficas e inclusivas até 2030. As dificuldades trazidas pela pandemia tornaram esse desafio ainda maior. O documento a que nos referimos no texto é aquele que lançou os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Para mais informações: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>

estimular um desenvolvimento verdadeiramente sustentável. Nesse sentido, apresenta como autonomia de gênero “o grau de liberdade que uma mulher tem para poder agir de acordo com sua escolha e não a dos outros”, apontando para a “estreita relação entre a aquisição de autonomia das mulheres e os espaços de poder que elas podem estabelecer, tanto individual, como coletivamente” e para a “necessidade de se reconhecer os direitos reprodutivos das pessoas e, em particular, o impacto desses direitos na autonomia das mulheres” (ONU, 2005, p. 114).

Assim, para o pleno exercício dos direitos reprodutivos das mulheres, dentre os quais está o direito de assistência em saúde durante o parto e o nascimento, é imprescindível a preservação da autonomia sobre o próprio corpo no decorrer do cuidado. Para isso, é essencial que recebam orientação adequada acerca da fisiologia do parto e do próprio corpo e que sejam suficientemente esclarecidas, de todas as intervenções necessárias à boa condução da assistência, consentindo com elas de maneira autônoma.

O direito ao consentimento informado, livre e esclarecido deve ser um imperativo na ética profissional médica. Dele decorre o dever tanto do médico como de todos os demais profissionais de saúde de esclarecer o paciente, de maneira acessível, acerca dos procedimentos necessários à preservação da sua saúde, a fim de que decida livremente pela sua realização (NUNES, 2003).

Nada obstante, quando se trata da assistência à saúde reprodutiva das mulheres, principalmente ao momento do parto, o direito ao consentimento informado, livre e esclarecido é por muitas vezes minimizado, tendo em conta a visão patriarcal do papel de reprodução social a ser desempenhado pelas mulheres que tem evidente influência no objetivo que os profissionais de saúde atribuem ao cuidado. A atenção é sempre mais voltada ao resultado da sobrevivência materna e fetal, do que a uma vivência livre de violações e focada no bem-estar: “*o médico na hora só queria que a neném não morresse e nem eu morresse e está tudo bem*” (TEMPESTADE).

Por várias vezes, durante a análise dos dados que fundamentam esse estudo, foi possível verificar a prática de intervenções que além de não recomendadas pelas evidências científicas, foram executadas sem prévio consentimento ou mesmo aviso às parturientes, como nos casos dos abusos físicos aqui já relatados. Em outras, a ausência de informação adequada, fez com que as mulheres consentissem na realização de procedimentos sem evidência científica de benefício ou cuja evidência é de manifesto prejuízo, situações que se adaptam inteiramente ao conceito cunhado por Marilena Chauí, ao afirmar que “a violência perfeita é aquela que obtém a interiorização da vontade e da ação alheias pela vontade e pela

ação da parte dominada, de modo a fazer com que a perda da autonomia não seja reconhecida, mas submersa numa heteronomia que não se percebe como tal” (CHAUÍ, 2006, p. 35).

Nessas situações, a violência obstétrica assume um caráter duplo: a inadequação da conduta e a ausência de consentimento informado para realizá-lo. A maior parte das situações de amniotomia aqui descritas, não contou aviso prévio, sendo a prática realizada quando do exame vaginal. Em um dos casos, houve inclusive pedido claro para que não fosse realizado.

No caso da prática da episiotomia, apesar de não existirem evidências científicas acerca do seu benefício, já se trata de procedimento tão rotineiro que as próprias mulheres assistidas, caso não informadas adequadamente, esperam que ele aconteça, compreendendo-o enquanto parte do processo. A Pulsar, por exemplo, apenas narrou a realização do “pique” porque questionada por esta pesquisadora, mantendo-se serena ao informar que a prática tinha sido realizada por uma enfermeira e que não houve pedido de consentimento prévio: *“creio que não, acho que eles viram que a bebê estava quase saindo e fizeram”* (PULSAR).

Mesmo que as mulheres recebam informações no momento da assistência, não raramente trata-se de uma orientação inadequada, muito mais voltada à conveniência do serviço do que preocupada com o resguardo da autonomia das usuárias. Foi assim por exemplo no caso da Nakia que, ao ser submetida a Manobra de Kristeller, foi interpelada pela profissional de saúde que a praticou e consentiu com o procedimento, por manter total desconhecimento a respeito dos malefícios que ele poderia causar. Na entrevista relatou que apenas mais tarde, ao conversar por telefone com a sua genitora, foi advertida da inadequação da manobra, lamentando mais uma vez a impossibilidade de manter consigo acompanhante de sua escolha:

Aí depois que passou o parto eu liguei para minha mãe expliquei para ela e ela disse que a médica não podia ter empurrado o bebê na barriga e aí eu falei “meu Deus mãe, mas ela empurrou” e minha mãe falou que ela não poderia ter empurrado porque já pensou se ela tivesse quebrado o braço do bebê ou alguma coisa assim e aí eu falei que não sabia e por isso que eu não desejo para ninguém, porque fizeram coisas que agora eu sei que não podiam ter feito... (NAKIA)

Ela narrou ainda que o bebê apresentou problemas respiratórios, a respeito dos quais não foi devidamente esclarecida:

e eles não me explicaram o que tinha acontecido direito (...) inclusive até hoje na primeira consulta com o pediatra ele perguntou o porquê do bebê ter ficado na incubadora e eu não sei explicar, não sei dizer o porquê, porque eles não me falaram (NAKIA)

A prestação de informações inadequadas ocorre também em muitos dos casos relacionados ao consentimento para realização de parto por cirurgia cesárea. Desconhecedoras das situações em que a cesariana é indicada, as mulheres concordam na sua realização dando

azo à conveniência médica. É possível que isso tenha ocorrido com ao menos duas das mulheres entrevistadas que pariram por cesariana. A Okoye narrou que foi diagnosticada com provável trombofilia (condição de hipercoagulabilidade sanguínea) e fez tratamento por meio do uso de medicamentos durante toda a gestação, ao longo da qual sempre recebeu no sistema público de saúde, orientação para realização do parto por cirurgia. Contudo, depois de pesquisar e questionar médico do sistema privado a respeito, foi informada de que o parto natural seria o mais adequado, mas que o SUS não o faria:

aí o médico do particular falou que eu precisaria tirar com 38 semanas, inicialmente ele falou isso para mim, quando foi mais para frente eu fui pesquisar e vi que o parto adequado, ideal para quem tem predisposição à trombofilia é o parto normal, até porque a cesariana é uma cirurgia de grande porte, então ela é bem mais arriscada para quem tem predisposição que um parto normal, quando chegou no final da gestação que eu fui ao médico do particular ele falou para mim que seria muito bom se eu conseguisse entrar em trabalho de parto no momento certo porque eu estava muito saudável, a neném estava muito saudável e para mim seria melhor, só que o SUS não faz parto normal para quem faz o uso desse medicamento.

(...)

mas eu acredito que para o hospital é mais cômodo a questão do parto cesariana para quem faz o uso dessa medicação porque aí programa certinho, tira naquele dia, não precisa induzir o parto e nem nada, mas eu tinha muita vontade de ter parto normal. (OKOYE)

A Ramonda foi a única das entrevistadas que não pariu em uma maternidade pública. Ela chegou a dar entrada na maternidade pública, todavia, diante da impossibilidade da presença do(a) acompanhante, direcionou-se a um hospital particular, no qual seu companheiro poderia estar presente na sala de parto:

Quando foi na terça à noite a gente decidiu pagar um parto e aí eu paguei um parto no particular, isso com a mesma doutora que faz plantão no hospital público, aí eu fiz com ela no particular. (RAMONDA)

A partir do seu relato também é possível verificar que há probabilidades de que tenha sido indicado um parto por cirurgia desnecessariamente, vez que pagou pelo parto com dificuldade, tendo que “chorar” no preço para médica, havendo claro posicionamento no seu discurso de que a parturiente acredita que se tivesse desembolsado uma quantia maior, poderia ter tido acesso a um parto normal:

eu acho que faltou... é porque o dinheiro manda em tudo [risos], porque para mim quando você paga um parto para o médico ficar ali ao seu dispor... (...) isso foi na terça de noite e aí a médica marcou o parto para de manhã não sei se foi o meu nervosismo ou se realmente foram as contrações, mas eu passei a metade da noite todinha tendo aquelas contrações, que eu acho que era de ganhar mesmo (...) aí eu perguntei a médica se não era para ter normal, ela falou para mim que não tinha chance, não tinha passagem porque ela mediu e realmente não iria ter passagem. Porque eu chorei bastante para ela dar uma quebradinha no preço porque ficou muito caro, a não ser que eu tivesse um dinheiro a mais para ela ficar ali a minha disposição. (RAMONDA)

Outra prática inadequada, que configura violência obstétrica na atenção ao parto e ao nascimento, é a imposição da posição de litotomia⁸⁶ ou supina no período expulsivo do parto. A recomendação da OMS é para que as mulheres sejam orientadas a adotar a posição de sua escolha, a que for mais confortável para ela, incluindo posições eretas. As diretrizes do MS afirmam que as mulheres devem ser desencorajadas de adotar a posição de supina, decúbito dorsal horizontal ou posição de semi-supina, expondo que a mulher deve ser estimulada a adotar qualquer outra posição que ela achar confortável (BRASIL, 2017). Os dados coletados nesta pesquisa demonstram que ao menos duas das mulheres ouvidas não receberam tais estímulos ou, se o receberam, não houve um direcionamento único dos profissionais de saúde:

eu sei que a fisioterapeuta falou várias outras posições para mim só que o médico e essa enfermeira específica não ouviram a fisioterapeuta, tanto que eu não fiz as posições que ela falava, eu não consegui fazer porque eles queriam que eu fizesse na banqueta ou então na bola e aí eu fiquei meio perdida. (...) eu não sei, não entendi porque, eu sei que amarraram lençol no meu peito e me deitaram (NAKIA)

eles falaram que era a melhor posição para mim, só que eu não estava conseguindo, eu fiz o que eles pediram e depois eu virei aí não deu certo e eu voltei para mesma posição que eles falaram (...) sim, era deitada com a perna em cima de um ferro na maca (GAMORA)

Dentre as entrevistadas nesta pesquisa, apenas uma contava com plano de parto, o qual foi protocolado junto à maternidade na qual viveu a experiência de parto. Todavia, da sua narrativa verificou-se que suas escolhas não foram respeitadas, uma vez que a primeira equipe de plantão leu e discutiu com ela as informações do planejamento, todavia, quando da troca de plantão a nova equipe - que foi responsável pela maior parte do seu processo de parto - sequer efetuou a leitura do documento:

Por mais que eu tivesse um plano de parto todo bonitinho, acho que ela não chegou a ler (...) eu entreguei para a equipe, na hora que eu entrei já entreguei para toda a equipe de lá. A primeira equipe que estava de plantão leu, todos leram, falaram comigo, todo mundo, desde os técnicos de enfermagem até o obstetra. A segunda equipe já não me falou nada. (SHURI)

As narrações transcritas até aqui indicam que o desrespeito às escolhas das parturientes foi prevalente no cuidado recebido pelas entrevistadas. A primeira preferência não respeitada e que fez com que todas elas buscassem acesso à justiça para fazer cessar a violação que viveram, foi a possibilidade de estarem acompanhadas em suas experiências de parto. Uma das mulheres ouvidas, expôs a violação ao direito, ainda quando da última consulta do pré-natal:

em todas as outras consultas antes da pandemia eu tinha tido direito a acompanhante, nas consultas na maternidade tudo super tranquilo, na última consulta que foi para marcar o parto meu esposo foi junto comigo e eles já não autorizaram (OKOYE)

⁸⁶ A posição ginecológica: deitada, com as pernas abertas, erguidas e apoiadas.

Apenas uma, dentre as nove, conseguiu estar acompanhada, mas porque migrou para um hospital particular, evidenciando a desigualdade de classe na atenção recebida e na possibilidade de fazer escolhas e preservar a autonomia. O recebimento de apoio contínuo por acompanhante é pressuposto de um cuidado de maternidade respeitoso (OMS, 2018), a que a maioria das entrevistadas não teve acesso.

6.2.3 Cuidado indigno e abuso verbal

Caracterizam as condutas de cuidado indigno e abuso verbal as formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, que subestimam e ridicularizam a sua dor ou desmoralizam seus pedidos de ajuda (TESSER *et al*, 2015; DINIZ *et al* 2015).

Os paradigmas apresentados pelo documento emitido pela OMS em 1996, relacionado às boas práticas para atenção ao parto e ao nascimento, estabeleceram uma nova referência para assistência obstétrica na qual o corpo feminino, antes visto como incapaz de parir sem o auxílio de intervenções, passou a ser visto como apto, capaz de dar à luz por si, definindo-se o parto enquanto uma experiência pessoal e familiar onde estão permitidos “os elementos antes tidos como indesejáveis - as dores, os genitais, os gemidos, a sexualidade, as emoções intensas, as secreções, a imprevisibilidade, as marcas pessoais, o contato corporal, os abraços” (DINIZ, 2005, p. 631).

Apesar de amplamente incorporados aos documentos que dispõem acerca das políticas de assistência à parturição no Brasil, esses paradigmas que atribuem maior protagonismo à mulher e uma experiência centrada na parturiente, ainda não foram completamente implantados nas maternidades públicas, em especial nas tocantinenses. É o que se denota da narrativa das entrevistadas nesta pesquisa as quais relataram abusos verbais e tratamentos desrespeitosos:

a enfermeira que foi super grossa falou que não era para eu empurrar que era para eu parar de gemer e gritar que isso não ia adiantar, eu me senti ofendida porque eu estava passando por aquilo ali sem ninguém (...) ela virou para mim e falou ‘dá para atender esse telefone porque aqui ninguém tem que ficar atendendo o seu telefone’” (...) o médico que estava do outro lado tentando puxar o bebê falava “não precisa gritar, só empurra, só empurra” (NAKIA)

A narrativa da Nakia demonstra impaciência dos profissionais com as manifestações da parturiente relacionadas à dor e, mais uma vez expõe o sofrimento de estar vivenciando aquela experiência sem a participação de alguém da sua intimidade, sem o necessário apoio contínuo. Essa irritação com as exteriorizações da dor, e mesmo a desconsideração com pedidos de ajuda também podem ser observadas em outros relatos:

teve uma médica que chegou e falou “calma, toda mulher está sentindo a mesma coisa”, elas não estão nem aí, é desumano, não se importam (PULSAR).

eu ficava na sala sozinha pedindo ajuda, gritando por ajuda, mas não tinha ninguém lá na hora, nessa hora se tivesse alguém ali do meu lado para me ajudar eu ficaria muito feliz, mas nessa hora era só eu mesmo e Deus, às vezes eu gritava “alguém me ajuda aqui”, mas não tinha ninguém, na verdade os médicos e os enfermeiros foram aparecer quando meu filho já estava quase saindo (GAMORA).

A interferência dos profissionais no exercício dos direitos reprodutivos foi relatada pela Nakia, a qual afirmou ter sofrido interpelações tanto durante a assistência ao pré-natal, quanto no momento do parto:

Me falavam “Você é muito nova pra ter filho”, ao invés de apoio, não recebi parabéns, por esse fato eu já estava fazendo um pré-natal forçado (...) Depois que passou tudo isso a residente já conversou comigo, na hora que ela estava costurando, porque deu uma rasgadinha, ela veio me falar a respeito do DIU porque eu era muito nova, não podia ter filhos (NAKIA)

O cuidado indigno evidenciou-se também no impedimento de contato com familiares relatado pela Mitsy, quando ao final da entrevista, foi questionada sobre qualquer outro fato marcante que desejasse expor:

sobre o meu marido, porque eles pegam o celular da gente e na hora que eu fui para lá eu estava sem contato, você fica isolada (...) carregaram meu telefone, eu estava com meu filho no bercinho e não tinha acesso ao meu telefone e aí eu fiquei sem contato, o meu marido ficou super preocupado. (MITSY)

6.2.4 Omissão em observar os padrões de qualidade no atendimento à saúde

Quando emitiu documento acerca da necessidade de prevenção e eliminação de abusos e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, a OMS (2014) afirmou que “toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso” (OMS, 2014)

A declaração vai ao encontro dos direitos sociais à saúde e à proteção à maternidade firmados na Constituição Brasileira e em tratados internacionais de direitos humanos. No entanto, o melhor padrão atingível de saúde é até agora uma realidade distante das brasileiras, e também, das mulheres tocantinenses. Para além dos abusos físicos, práticas inadequadas e indignidade do cuidado recebido presentes nas narrativas desta pesquisa, também foi relatada a ausência de orientações sobre o parto durante o pré-natal (a maior parte das mulheres que a tiveram buscaram informações fora do ambiente oficial do SUS), a falta ou dificuldade de acesso aos exames de pré-natal e a longa espera por consultas médicas, todos problemas que revelam a omissão do Estado em observar os padrões de qualidade no atendimento à saúde.

A privação de cuidados adequados aos recém-nascidos na primeira hora de vida também foi observada. As recomendações da OMS expõem que “recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contato pele a pele com suas mães durante a primeira hora após o nascimento para prevenir a hipotermia e promover a lactação” e que “todos os recém nascidos que podem ser amamentados deve ser colocados no peito o mais rápido possível após o nascimento” (OMS, 2018, p. 6 sic). Contudo, cinco entre nove mulheres relataram que seus bebês não tiveram observadas tais orientações. Uma delas sequer recebeu orientação imediata quanto à amamentação: “*e eu fiquei com ele no colo, eu não sabia se já era para amamentar, como era para amamentar*” (NAKIA). Outra, cujo bebê apresentou complicações respiratórias, passou a noite sem notícias da filha: “*nesse dia eu não a vi mais, não vi mais a minha filha*” (OKOYE).

Mitsy, que vivia sua terceira gestação, demonstrava preocupação em amamentar e relata a dificuldade em razão de estar sozinha na maternidade:

às vezes eu chamava alguém para pegar ele porque é meu terceiro filho [emocionada], a gente sabe como é, tem que amamentar nos primeiros momentos, pelo menos eu tinha isso em mim que tinha que amamentar o mais rápido possível para não ter aquela doença que pega que fica amarelinho (MITSY).

As dificuldades no momento do pós-parto decorrentes da ausência do(a) acompanhante de livre escolha, também representaram clara omissão estatal em observar o direito à saúde das parturientes, principalmente em relação àquelas que foram submetidas à cesáreas, as quais relataram demora na recuperação e dificuldade de cicatrização das cirurgias em decorrência dos constantes movimentos que eram obrigadas a fazer para o cuidado com os filhos neonatos:

O local onde ela ficou era bem longe de onde eu estava, então eu tinha que andar muito até chegar lá e aí eu lembro que teve um dia que eu tive uma vertigem, eu estava sentindo muita dor, mas eu tinha que ir lá, eu tinha que colocar ela no peito, tinha que estimular por conta da amamentação e aí eu tinha que fazer esse trajeto de manhã, à tarde e à noite e eu não podia passar o dia inteiro sem ir no quarto porque tinham as medicações que eu tinha que tomar e eu só tomava se fosse no meu quarto (OKOYE)

eu dei anemia profunda quando eu ganhei a neném, eu tinha que levantar para pegar ela sem ninguém para me ajudar, foi difícil, eu estava tão fraca que não dava conta nem de levantar direito e com a bebê no braço eu dei anemia, não tinha ninguém para me ajudar, ninguém para me levar ao banheiro, me deixaram com avental de sangue até o outro dia porque não tinha ninguém para trocar (PULSAR)

o médico me falou que o real motivo [da infecção nos pontos da cirurgia] pode ter sido subir e descer da cama que é muito alto, tem uma escadinha e a gente tinha que subir e descer e tomar banho sozinha porque a enfermeira não ajudava; (VALQUÍRIA)

aí no outro dia quando foi a hora de eu banhar ele [emocionada], a moça chegou para banhar outro bebezinho aí eu falei para ela “moça, eu não consigo me

levantar para banhar ele” e ela falou “olha, sinto muito, mas você vai ter que se levantar, vai ter que banhar seu próprio bebê porque a gente não tem acompanhante”, eu senti tanto, mas o Senhor me deu tanta força naquele momento que eu me levantei (MITSY)

Em razão da vedação da acompanhante, na tentativa de minimizar o período em que precisaria estar sozinha na companhia exclusiva dos profissionais de saúde, Gamora relatou que preferiu permanecer entre a porta e a recepção da maternidade onde deu à luz, entre as 02 e as 13 horas do dia do parto. Expôs que permaneceu na companhia da família e que nesse período entrou algumas vezes na triagem para monitorar a dilatação:

eu comecei a sentir dor por volta das 2 horas da manhã, aí eu fui 2 horas, eles fizeram o toque e eu estava com 4 cm dilatados. E aí eu fiquei das 2 horas da manhã até 1 hora da tarde porque eu fui internada depois de uma hora da tarde, eu fiquei das 2 horas da manhã até 1 hora da tarde lá na porta com meu marido e minha irmã (...) eu não sentei, eu ficava mais andando de um lado para o outro, eu entrei 2 horas porque eu comecei a sentir as contrações, foram um pouquinho fracas, aí as dores começaram a apertar mais as 4 horas da manhã, das 4 horas até 1 hora da tarde eu fiquei lá fora, aí eu fui internada depois da 1 hora da tarde. (GAMORA)

Pelo relato, Gamora espontaneamente quis permanecer do lado de fora da maternidade, porém condicionada pela vedação de manter consigo acompanhante de sua escolha. A esse respeito, importa mencionar a recomendação da OMS de que o adiamento da “admissão na enfermaria de trabalho de parto até o trabalho de parto ativo é recomendado apenas no contexto de investigação rigorosa” e que mulheres em fase inicial do trabalho de parto devem ser admitidas “em salas de espera limpas e confortáveis, com espaço suficiente para deambular e fácil acesso a banheiros limpos e bem conservados” (OMS, 2018, p. 56).

O dever estatal de observar os padrões de qualidade no atendimento à saúde inclui também o atendimento a situações de abortamento. Porém nesses casos é comum a ocorrência de violência obstétrica consistente na recusa de tratamento adequado, sobretudo em razão da suspeita de ter sido o aborto induzido (CURUMIM e MARGARIDA ALVES; 2020). Pulsar relatou ter vivenciado uma experiência de abortamento, cerca de um ano e meio antes do relato de parto que fez na entrevista. Expôs que naquela oportunidade, foi tratada com desrespeito e sem qualquer respeito ao luto que vivenciava:

*eu estava muito fraca, muito delicada, ficava toda hora em silêncio, eu estava muito triste, não me importava com o que falavam, depois que caiu a ficha de que a doutora me maltratou, foi igual um lixo, **acho que elas pensam que a gente abortou porque quis** (...) eu estava no banheiro a médica chegou para avaliar e foi super grossa comigo, me maltratou, perguntou que idade eu tinha, por que eu não tinha chamado ela de médica, eu chamei ela de enfermeira e ela falou “não, eu sou a médica” e me tratou super mal e em um momento tão difícil (PULSAR grifo nosso).*

6.2.5 A unidade essencial do fenômeno: percepção de uma experiência de parto negativa e senso de injustiça resultante da violação de direitos

As últimas diretrizes expedidas pela OMS para atenção ao parto e ao nascimento objetivam proporcionar às mulheres uma experiência de parto positiva. A intenção aparece já no título do documento,⁸⁷ que menciona o ODS 3 - garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades - e a nova Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente para a Agenda 2030, a qual amplia o foco com vistas a “garantir que mulheres e bebês não apenas sobrevivam às complicações do parto (caso ocorram), mas também desenvolvam e alcancem seu potencial de saúde e vida” (OMS, 2018, p. 9).

As recomendações, que devem ser adotadas para todas as gestantes, puérperas e bebês, independentemente de sua origem socioeconômica, são fundamentais não somente para tornar o parto seguro, mas para que seja uma experiência positiva para mulheres e famílias e orientam que o cuidado durante o parto esteja centrado na mulher, por meio de uma abordagem holística e baseada nos direitos humanos (OMS, 2018).

Dessa maneira, uma experiência de parto positiva é aquela que

atende ou excede as crenças e expectativas pessoais e socioculturais prévias da mulher. Isso inclui entregar um bebê saudável em um ambiente seguro do ponto de vista clínico e psicológico, e ter suporte prático e emocional contínuo, ou seja, ser acompanhada no momento do nascimento e ser assistida por equipe simpática e com habilidades técnicas adequadas. Baseia-se na premissa de que a maioria das mulheres deseja ter um trabalho de parto e parto fisiológico e alcançar uma sensação de realização pessoal e controle por meio da tomada de decisões, inclusive quando intervenções médicas são necessárias ou desejadas. (OMS, 2018, p. 9)

As descrições das mulheres ouvidas nesta pesquisa e as unidades de significado identificadas ao longo do seu discurso conduzem a interpretação de que elas vivenciaram uma experiência de parto negativa. A circunstância de que quase todas não tiveram apoio emocional contínuo fornecido por acompanhante, aliada ao fato de que muitas passaram por intervenções desnecessárias, tiveram suas manifestações de vontade descartadas, impossibilitadas ou mesmo invalidadas por informações insuficientes, receberam cuidado indigno e submeteram-se à omissão estatal em observar os padrões de qualidade no atendimento, também direcionam a essa interpretação.

87 “Cuidados durante o parto para uma experiência de parto positiva”

Além disso, existem outras unidades de significado que direcionam a essa compreensão. Os sentimentos de solidão, dor, desespero e choro foram relatados por quase todas as entrevistadas:

não foi uma experiência fácil, foi muito complicado, foi muito doloroso e eu que era uma mãe de primeira viagem me vi ali em uma situação que foi desesperadora para mim (OKOYE)

na porta mesmo já me deu vontade de chorar porque eu já sabia que o meu marido não poderia me acompanhar (...) foi uma experiência única que eu não desejo para ninguém (...) Para mim foi bem difícil, muito difícil, traumático, tentei correr atrás para ver se eu conseguia ter alguém porque o meu psicológico já estava abalado antes, tanto que durante o processo eu fiquei com mais medo ainda por estar lá sozinha, me senti muitas vezes sozinha porque não tinha ninguém (NAKIA)

eu fui privada desse direito de ter um acompanhante, eu entrei realmente sozinha (TEMPESTADE)

ele ficou do lado de fora, eu entrei chorando, foi um tanto desesperador (...) eu fiquei um pouco traumatizada em relação à maternidade (...) quando eu lembro não são lembranças tão boas quanto eu imaginei que seriam (VALQUÍRIA)

o que eu mais senti falta foi de uma pessoa para estar lá dentro do meu lado na hora do parto (GAMORA)

na hora que eu estava no hospital eu senti uma dor tão grande dentro de mim, um desespero que eu fiquei com medo de ficar depressiva porque só mulher grávida pós-parto sabe o que ela sente (MITSY)

quando eu cheguei lá, de início quando eu fui para ganhar a bebê, sozinha, sem ninguém porque meu esposo não pôde entrar, eu estava em pânico, com medo de ser maltratada (PULSAR)

As mulheres relataram também dificuldades em relação ao trabalho de parto, que algumas julgaram haver se prolongado em razão do abalo psicológico por parirem sozinhas, dificuldades posteriores para amamentação, desejo de que outras mulheres não passem pela mesma experiência e um forte sentimento de hostilidade em relação ao local do parto, manifestado por expressões como:

Eu contava os minutos para ir embora para casa (OKOYE)

Eu não estava mais conseguindo ficar ali dentro, eu queria voltar para minha família e aí eu comecei a chorar (GAMORA)

Acho que cada hora eu contava com uma vitória para sair logo de lá (MITSY)

O adiamento do desejo de ter outro filho ou de que os próximos partos sejam no sistema privado de saúde também são sinais da negatividade da experiência vivida. Uma das mulheres, novamente gestante, esclareceu estar se esforçando para que o próximo parto ocorresse no sistema privado para não mais vivenciar a mesma experiência.

No entanto, o parto no sistema privado nem sempre é garantia de uma experiência positiva. Ramonda, que ao saber da impossibilidade de acompanhante direcionou-se a uma

maternidade privada na qual teve esse direito resguardado, mas onde foi induzida a uma cirurgia cesariana, ao ser questionada quanto à adoção pelos profissionais que a assistiram da orientação da OMS do contato pele a pele, manifestou claro descontentamento com as vivências experimentadas:

ela só mostrou, colocou ele um pouquinho assim no meu rosto e já levou, na verdade esse negócio que a gente lê que se chama o parto humanizado, em nenhum dos meus dois partos, apesar de serem pagos, eu não tive isso, eu não sei se é por falta de eu ter exigido, eu penso que deveria partir deles, dos médicos (RAMONDA).

Ainda assim, da narração de Ramonda é possível compreender, que mesmo tendo frustradas parte das expectativas do que considera um parto humanizado, que o seu discurso assume um tom de maior tranquilidade na vivência da experiência de parto, o que leva a interpretação de que o apoio contínuo recebido de acompanhante fez diferença na sua percepção.

A narrativa das mulheres que pariram sozinhas levou também a uma percepção comum a todas elas: o sentimento de injustiça que decorreu tanto da suspensão da presença do(a) acompanhante nas maternidades, quanto da ausência do necessário respaldo pela justiça institucionalizada, a um direito instituído em lei.

Numa sociedade que se pretende democrática e fundamentada na dignidade do ser humano, o senso de justiça está interligado ao senso de igualdade. Porém para que se torne sensorial a igualdade deve ser compreendida não apenas em seu aspecto formal, mas sobretudo, no aspecto material que corresponde ao ideal de justiça social e distributiva e de justiça que reconhece as múltiplas identidades. Uma concepção de igualdade que além de ser orientada pelo critério socioeconômico, volte-se aos critérios de gênero, raça, etnia, orientação sexual, dentre outros (PIVOVESAN, 2021). Quando as circunstâncias sociais não ocasionam uma compreensão da igualdade em seu aspecto material, a percepção da justiça não acontece, pelo contrário, produz-se o senso de injustiça.

É comum em situações de violência obstétrica que a falta de informações adequadas sobre a fisiologia do parto, leve as mulheres a um julgamento equivocado das intervenções realizadas na assistência e ao não reconhecimento das violências impingidas. A concepção de que o parto é um momento de dor e sofrimento pelo qual devem passar para obter a recompensa do nascimento de um bebê saudável, e de que eventuais danos ou desconfortos são parte do processo, é também um dificultador acerca da percepção das violações.

Porém, todas as mulheres entrevistadas nesta pesquisa perceberam a ausência de apoio contínuo por pessoa de sua preferência como uma ação violadora de seus direitos e

demonstrando também um sentimento de impotência contra as violações perpetradas pelo Estado, que agrega valor ainda maior ao senso de injustiça por elas manifestado:

algumas pessoas ainda falaram para mim, “mas antigamente a gente ficava só, a gente dava conta de tudo”, só que hoje é outra época, a gente tem direitos e antigamente não tinha. (...)foi muito aflito o momento que eu passei que eu não tive esse direito, o triste é isso, que é um direito seu, eu não tive esse direito concedido (...) por um lado eu fiquei imaginando que a gente entrou no “siribolo” do desentendimento, do novo, na realidade foi novidade para todo mundo, então acabamos sofrendo consequências da situação em si. Mas, por um lado eu fico pensando, por exemplo, poderia entrar um acompanhante e esse acompanhante ficar lá e não sair lá de dentro porque eu acho que o complicado seria essa troca porque a mãe já está para ter o bebezinho (...) pensei os direitos que são nossos não são atendidos, o que manda mesmo é o governo e é isso, você não tem direito de nada, muita gente fica ali sofrendo naquilo, dizem que você pode procurar os seus direitos, mas você chega e não tem direito de nada, não tem força nenhuma, é muito complicado, difícil. (MITSY)

O reconhecimento da importância do acesso aos serviços públicos também está presente nos relatos, que demonstram ainda a percepção de desigualdade de classe proveniente do fato de que a assistência privada à saúde não proibiu o acompanhante. O senso de injustiça decorre ainda do fato de que em alguns casos o tratamento diferenciado ocorreu na mesma maternidade, a qual atendia pacientes do SUS e também do sistema privado:

acho que isso é uma falta de respeito com a gente porque a gente sabe das dificuldades que o SUS tem, a gente sabe da importância que o SUS tem, mas eu acho que os hospitais poderiam se organizar melhor para atender melhor as pessoas que precisam (...) Aí eu questionei e perguntei porque o pessoal do particular pode e o SUS não pode, o particular pode porque eu tive uma amiga que teve o parto particular e o esposo dela acompanhou o parto e ficou com ela no quarto (...) mas no momento do parto se eles estavam liberando para o pessoal do particular, na minha cabeça na época, não custava nada eles liberarem para a gente do SUS também. (OKOYE)

e outra coisa, os hospitais particulares tinham acompanhantes porque uma colega minha teve um bebezinho junto comigo, ela teve um mês antes do que eu, o dela foi particular e ela teve acompanhante, o marido depois a mãe também estavam juntos (MITSY)

O senso de injustiça é perceptível também, na condição de salvaguarda que algumas dessas mulheres assumiram ao adentrarem sozinhas nas maternidades. Dentre as nove, três obtiveram algum nível de acesso à preparação quanto à fisiologia do parto, decorrente ou do acompanhamento da gestação por doula ou da participação em grupos de mensagens com esse fim específico. Outras, ainda que sem preparo, mas a partir da experiência de outras gestações, mantiveram-se alertas num ambiente que se apresentava hostil e, a partir dessas posições, conseguiram evitar práticas violadoras, tais como uso de ocitocina.

Pulsar, percebendo a ação invasiva do profissional que insistia em realizar exames vaginais em excesso, manteve distância, fazendo-o a partir do conhecimento sobre o próprio corpo, adquirido em gestação anterior:

prefiro ficar dentro do banheiro do que lá de fora por causa do toque porque é toda hora sem necessidade, quando a mulher chama falando que acha que está saindo tudo bem, mas é toda hora, que coisa chata, a mulher está com dor e toda hora vem, eu acho desnecessário o tempo todo, principalmente o homem (...) como eu tive a primeira experiência de ser mãe, meu útero dilatou, eu senti dor de parto, a gente que é mulher sente quando já está perto e aí eu acho sem necessidade toque o tempo todo, é sem necessidade mesmo, não precisa, quando está perto a mulher chama e eu acho que eles têm que vir porque eles são pagos para isso (PULSAR).

O senso de injustiça, todavia, não foi capaz de fazer com que tais mulheres se direcionassem novamente ao sistema de justiça a fim de buscar reparação pelas violações sofridas. Apenas uma das nove mulheres entrevistadas afirmou que estava preparando a documentação para retornar à Defensoria Pública e ajuizar ação indenizatória.

Essa realidade pode revelar um descrédito no sistema de justiça - aqui manifestado para além da crise de credibilidade que a justiça enfrenta nos últimos anos e que possui motivações diversas, mas pela experiência pessoal das entrevistadas que não tiveram tutelado o direito a(o) acompanhante -, enquanto hábil a promover a interrupção de condutas de violação de direito e a reparação dos danos ocasionados de tais violações.

Outra motivação pode ser a percepção de que o parto, apesar de vivenciado como uma experiência negativa, trouxe o desfecho positivo consistente na chegada dos seus bebês com vida, como se verifica no discurso de algumas das entrevistadas:

aconteceram essas coisas, mas o meu filho veio, foi um momento muito precioso, o pediatra também foi muito atencioso e depois disso, depois que o neném nasceu ficou tudo mais calmo, mais tranquilo (SHURI)

mas eu fiquei no quarto com outras duas pessoas com casos bem extremos em relação ao meu, isso é quase que um conforto para mim, porque ver que meu filho estava do meu lado me dando força era muito importante para eu conseguir vencer aquele momento (VALQUÍRIA)

foi uma experiência boa, mas também ruim, tudo foi da vontade de Deus, o que eu mais precisei no momento era só o meu marido do meu lado ou então minha irmã na hora que eu estava sentindo mais dor, mas depois tudo correu conforme a vontade de Deus (GAMORA)

Esta conformação pelo resultado positivo pode estar entrelaçada também à satisfação e ao reconhecimento social obtido por essas mulheres, em decorrência do cumprimento do papel social de reprodução e da maternidade. O bebê saudável aparece assim, como uma recompensa pela negatividade da experiência:

essa foi minha experiência, mas meu príncipezinho nasceu, foi uma benção de Deus para mim, veio em um momento muito difícil, mas o senhor cuidou, o médico fez a laqueadura para mim (...) na hora que eu estava no hospital eu senti uma dor tão grande dentro de mim, um desespero que eu fiquei com medo de ficar depressiva porque só mulher grávida pós-parto sabe o que ela sente, as emoções dela na hora são muito fortes, eu até depois compartilhei com meu marido, com a minha mãe, ela falava “minha filha, agora esquece, não fica lembrando não, fique tranquila que já

passou” depois eu falei “mãe, eu vou entrar na justiça porque isso é absurdo”, mas ela falou “minha filha, fica tranquila” (MITSY).

6.3 A necessidade de uma leitura interseccional da violência obstétrica

A violência obstétrica consistente na negação de apoio contínuo no parto, objeto de nossa análise, apresentou um caráter duplamente institucionalizado: primeiro na determinação oriunda do Estado-executivo, depois na negação do Estado-juiz em conceder uma ordem que imediatamente fizesse cessar a violação. Demonstração de que Saffioti (2004) pode estar certa ao dizer que a estrutura do patriarcado domina toda a sociedade, inclusive o Estado.

O discurso presente nas decisões judiciais examinadas, alinhado à medida antidemocrática aplicada pelo estado do Tocantins no curso da pandemia, que se recusa em adotar uma perspectiva de gênero, ao mesmo tempo em que anuncia preocupação com a coletividade e com a integridade de gestantes e acompanhantes, demonstra o quanto a estrutura patriarcal pode ser dominadora e ao mesmo tempo sutil. Talvez a explicação advenha do fato de ser o patriarcado, um pilar de sustentação do capitalismo. Em sua versão neoliberal, ensina Nancy Fraser (2019), esse sistema foi capaz de cooptar as críticas da segunda onda do movimento feminista direcionadas - para além das injustiças de gênero - ao racismo, à homofobia, ao imperialismo e a dominação de classes, reduzindo-as ao paradigma incompleto das lutas por identidades e reconhecimento, embates indispensáveis, porém insuficientes para provocar as mudanças estruturais necessárias à eliminação da violência de gênero e ao alcance de uma sociedade mais equânime (FRASER, 2019).

Outro pilar do capitalismo, a desigualdade de classe, também está presente no discurso das decisões judiciais na medida em que ele desconsidera o fato de que as mulheres que pariram no sistema privado de saúde, não tiveram obstado o direito a(o) acompanhante de livre escolha, apesar da pandemia. Nas maternidades públicas, o direito esteve sob o poder médico, vez que apenas esses profissionais poderiam atestar a necessidade de acompanhante em situações específicas. É desse poder que advém o discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica, que rejeita o atrelamento desta à relação autoritária médico-paciente e a procedimentos inadequados que são rotina, e ao invisibilizar a autoridade médica, torna-a inquestionável em razão de seus “argumentos envoltos por uma retórica de cientificidade” (PALHARINI, 2017, p. 30).

Em contraposição, está o discurso das mulheres que pariram sozinhas, que mostra a percepção de uma experiência negativa de parto decorrente de uma rotina de violências nas

maternidades, agravada pela negação de apoio contínuo por pessoa de sua escolha. A narrativa das mulheres revela também o senso de injustiça originado na vedação do(a) acompanhante e consolidado, tanto pela negativa do sistema de justiça em fazer cessar a violência impingida, como pelos abusos presentes nas vivências solitárias de parto.

O paradoxo entre os discursos apresentados nesta pesquisa, que põe a um lado uma medida antidemocrática que configura uma violência de gênero duplamente institucional e a outro a necessidade de garantir o direito a uma experiência positiva de parto, que pressupõe o respeito à autonomia da mulher sobre o próprio corpo, esteve presente também no caso de Adelir Lemos de Goes, ocorrido em Torres/RS.

Adelir, mulher com 29 anos, era membro da comunidade cigana local e estava grávida de sua terceira filha. Em 31 de março de 2014, dirigiu-se ao hospital onde realizava o pré-natal e fez um exame de ultrassonografia, sendo-lhe recomendada a internação para cirurgia cesariana. Como tinha se preparado ao longo da gestação, estudado sobre a fisiologia do parto, ela teve dúvidas quanto à avaliação médica, uma vez que não teve acesso à conclusão e às imagens do exame realizado, e assinou um termo de responsabilidade para que fosse liberada do hospital e tivesse acesso a uma nova opinião médica. Contudo, nesse mesmo dia, a médica do hospital ingressou com demanda judicial junto à vara da infância e obteve decisão por meio da qual Adelir foi retirada de sua residência durante a noite, por policiais armados, e conduzida até o hospital. Na madrugada do dia 01 de abril de 2014, a cirurgia foi realizada mediante tratamento hostil, abuso verbal dos profissionais de saúde, impedimento de que Adelir visualizasse o nascimento de sua filha, posto que sua visão estava coberta durante o procedimento, e de que tivesse consigo acompanhante de sua escolha, o pai não pode entrar para assistir o parto (FÓRUM JUSTIÇA, s.d.).

O caso de Adelir possibilita enxergarmos vários aspectos da violência obstétrica: a apropriação do corpo feminino, que nesse caso extremo é retirado por forças policiais de seu lar, seu local de segurança, e encaminhado ao hospital para ser submetida a uma cirurgia contra a vontade e de indicação duvidosa; o recebimento de tratamento indigno, hostil; a negativa de visão da própria filha ao nascer; e, como no caso objeto dessa pesquisa, do direito ao apoio contínuo por pessoa que desejasse. É possível ainda constatar que a violência obstétrica é atravessada por outros eixos de desigualdade, para além do gênero, a classe social e a raça/etnia. Adelir, uma mulher de uma comunidade tradicional cigana, dependente do sistema público de saúde, ousou conhecer sobre o próprio corpo e duvidar da autoridade médica e foi penalizada com uma cirurgia forçada. Assim como no objeto dessa pesquisa, o discurso das decisões judiciais posicionou-se ao lado das práticas violadoras.

Eliane Brum, ao escrever sobre o caso Adelir e comentar frase emitida pelo então secretário da Associação de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo, em entrevista à Folha de São Paulo, que visualizou na decisão judicial uma forma de proteção para os médicos trabalharem com as gestantes, fez reflexão que também se adequa ao objeto de nossa análise:

Quando um obstetra e representante de uma entidade de obstetrícia defende que é preciso a intervenção da justiça (e por consequência da polícia), para que médicos trabalhem com mulheres grávidas durante o parto, é hora de parar tudo e rever os princípios. Inclusive os nossos, já que a declaração não causou nem um décimo da estranheza que deveria (BRUM, 2014, s.p.).

A violência obstétrica possui, portanto, um caráter estrutural com base nas desigualdades de gênero, raça e classe, sendo claramente determinada pela relação de poder entre profissionais de saúde e pacientes. Esses aspectos se revelaram também nos resultados desse estudo: todas as mulheres entrevistadas são negras, de classe social baixa e todas foram vítimas de alguma forma de violência obstétrica, da violação física à negação do(a) acompanhante.

O contexto pandêmico foi claramente um fator agravador destas violações. Silvia Federici, em entrevista que trata das consequências da pandemia para as mulheres, afirmou que “a pandemia tornou mais visível, mais dramático, mais urgente aquilo que sempre existiu”. Mencionando o capitalismo de desastre de Naomi Klein (2008), ela afirmou que a escritora estava certa, “eles vão sempre usar as crises para reestruturar as coisas que já estavam planejando, mas não podiam fazer nos supostos tempos normais” (FEDERICI, 2021).

O fato de todas as mulheres entrevistadas serem negras não é uma coincidência. Como se trata de uma amostra das mulheres que pariram na pandemia, no sistema público de saúde, demonstra que certamente a maioria dessas mulheres é também racializada. Mas mais que isso, mostra que essas mulheres são economicamente hipossuficientes, dependentes do SUS e assinala uma consequência do racismo em sua forma estrutural e institucional que se fez evidente nas violações físicas, nas intervenções sem consentimento, no cuidado indigno, no abuso verbal, na omissão em observar os padrões de qualidade no atendimento em saúde.

Werneck (2016) apresenta definição de racismo institucional apontando-o como a “dimensão mais negligenciada do racismo” o qual “desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais” (WERNECK, 2016, p. 541). Citando Mann e Tarantola (1992), a autora afirma ainda que esse conceito guarda relação com a definição de vulnerabilidade programática desenvolvida pelos autores, mencionando três

dimensões que estão interligadas e agem para definir uma maior ou menor situação de vulnerabilidade:

dimensão individual – na qual estão inseridos comportamentos que desprotegem.
 dimensão social – destaca as condições políticas, culturais, econômicas etc., a partir do que produz e/ou legitima a vulnerabilidade.
 dimensão política ou programática – refere-se à ação institucional voltada para a geração da proteção e/ou redução da vulnerabilidade de indivíduos e grupos, na perspectiva de seus direitos humanos (WERNECK, 2016, p. 542).

Assim, Werneck (2016) aponta que o racismo institucional “equivaleria a ações e políticas institucionais capazes de produzir e/ou manter a vulnerabilidade de indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo” (WERNECK, 2016, p. 542). No caso das mulheres tocantinenses que pariram sozinhas na pandemia, sofrendo violência obstétrica, “a dimensão política e programática” relacionada às ações institucionais foi duplamente negligenciada: pela medida antidemocrática do Poder Executivo e pela negativa do sistema de justiça em cessá-la, produzindo maior vulnerabilidade, em especial às mulheres negras, que impactadas pelo racismo, representam a maior parte das usuárias do SUS.

Outras pesquisas já indicaram que mulheres de cor preta e parda possuem piores indicadores de atenção pré-natal e parto que mulheres brancas (LEAL *et al*, 2017). Diniz *et al* (2015, p. 4) afirma “a existência de uma hierarquia sexual, de modo que quanto maior a vulnerabilidade da mulher, mais rude e humilhante tende a ser o tratamento oferecido a ela”, assinalando que a classe social, a raça, a idade, o local de moradia, o uso de entorpecentes e a presença de acompanhante são fatores que determinam maior vulnerabilidade.

A hierarquia de gênero, também aparece no questionamento de Vilma Piedade (2017): “Será que há uma hierarquia de Gênero no tocante à Nós, Mulheres, Jovens, Meninas Pretas, já que somos mais vulneráveis à violência sexual, ao Feminicídio? Se o Feminicídio de forma geral avança, as Pretas são as que mais morrem. Isso é fato” (PIEADADE, 2017, p. 14). A autora ainda interroga “Será que a dor une todas as Mulheres?” e, como complemento à definição de sororidade - que não acolhe a dor da mulher preta - cunha o conceito de Dororidade:

Dororidade carrega no seu significado a dor provocada em todas as Mulheres pelo Machismo. Contudo, quando se trata de Nós, Mulheres Pretas, tem um agravamento nessa dor. A Pele Preta nos marca na escala inferior da sociedade (...) A Sororidade parece não dar conta da nossa pretitude. Foi a partir dessa percepção que pensei em outra direção, um novo conceito que, apesar de muito novo, já carrega um fardo antigo, velho conhecido das mulheres: a Dor - mas, neste caso, especificamente, a Dor que só pode ser sentida a depender da cor da pele. Quanto mais preta, mais racismo, mais dor (PIEADADE, 2017, p.17).

Esse novo conceito, que se traduz numa nova palavra, guarda especial compatibilidade com a violência obstétrica, quando pensamos no imaginário da necessidade de dor que sempre

envolveu a assistência ao parto nas sociedades ocidentais: primeiro a dor na sua concepção moral e bíblica, enquanto punição à Eva e a todas as mulheres, pela desobediência no Paraíso, enquanto redenção dos pecados; depois, a dor provocada pelas intervenções desnecessárias decorrentes do processo de medicalização do parto; mas também a dor compreendida enquanto um processo fisiológico do corpo feminino e que deve ser ressignificada pela concepção de parto humanizado, centrado na mulher, do qual deriva uma experiência positiva de parto (RUSSO *et al*, 2019). Nesse sentido, é possível responder afirmativamente ao questionamento feito por Piedade (2017), reconhecendo que a dor é uma questão comum às mulheres. No entanto, a percepção dessa dor em maior ou menor nível está entrelaçada à desigualdade entre as mulheres que é provocada pelos diferentes eixos de opressão.

Em pesquisa sobre a mortalidade materna durante a pandemia, Diniz *et al* (2022) afirmaram que o Brasil tem as maiores taxas de mortalidade materna por Covid-19 do mundo, atingindo o patamar de 1948 mortes notificadas em 1º de dezembro de 2021. O estudo apontou três impedimentos para “respostas de atenção à saúde efetivas e centradas na mulher”: o atraso na identificação dos sintomas da Covid-19 pelos serviços de saúde; o atraso na hospitalização das gestantes depois de confirmado o diagnóstico; e o atraso na prestação de cuidados intensivos depois da hospitalização. “A recusa do atendimento foi ainda mais evidente para as mulheres negras; seus familiares relataram tentativas mais frustradas de acesso aos cuidados antes da hospitalização e práticas mais agressivas de culpar as mulheres pela infecção ou por negligenciar seus sintomas” (DINIZ *et al*, 2022, p 1).

Desse modo, se violência obstétrica é uma violação de gênero de caráter estrutural e está entrecortada por diferentes eixos de desigualdade, dentre os quais estão a classe social e a raça, é fundamental para a sua compreensão, percebê-la a partir das lentes da interseccionalidade, as quais permitem entender que a desigualdade dificilmente é ocasionada por um único fator, sendo múltiplas e simultâneas as estruturas que a ocasionam (COLLINS; BILGE, 2021). Como ensina Angela Davis:

Claro que classe é importante. É preciso compreender que classe informa a raça. Mas raça, também, informa a classe. E gênero informa a classe. Raça é a maneira como a classe é vivida. Da mesma forma que gênero é a maneira como a raça é vivida. A gente precisa refletir bastante para perceber as intersecções entre raça, classe e gênero, de forma a perceber que entre essas categorias existem relações que são mútuas e outras que são cruzadas. Ninguém pode assumir a primazia de uma categoria sobre as outras (DAVIS, 2011, s.p.).

Assim, não é possível conceber a violência obstétrica a partir das lentes exclusivas de gênero, tampouco de raça ou classe, mas é necessário um olhar sincrônico a partir de todas as categorias. É preciso assimilar a existência de diferentes dimensões de poder interseccionais

nas relações constituídas no âmbito dos sistemas públicos de saúde, e também naquelas decorrentes do sistema de justiça, relacionando-as às estruturas de desigualdade e aos diferentes contextos das mulheres atendidas por esses serviços públicos. As mulheres são múltiplas, assim como são múltiplos os sistemas de opressão que originam a violência. Uma compreensão do problema pelas lentes da interseccionalidade pede que também as possíveis respostas atendam a essa intersecção (COLLINS; BILGE, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim como ocorreu em relação a todas as estruturas sociais de desigualdade, a crise instaurada pela pandemia agravou e trouxe à luz as deficiências existentes no sistema público de assistência à saúde materna e neonatal no Brasil. Apesar de ser um direito desde 2005, a implementação do(a) acompanhante nas maternidades públicas sempre foi um problema no país, como indicam muitos estudos mencionados neste trabalho. Obstáculos de caráter estrutural também se revelaram presentes. As maternidades públicas ainda não se adequaram completamente à Resolução n.º 36/2008 que regulamenta a atenção obstétrica e neonatal hospitalar no Brasil. No Tocantins, problemas estruturais hospitalares são constantemente noticiados pela imprensa, sendo inclusive objeto de outras demandas judiciais.⁸⁸

Com a crise pandêmica, o mesmo Estado responsável por adotar uma política neoliberal que promove o desfinanciamento das políticas públicas em saúde e a consequente precarização da assistência, utiliza-se das falhas estruturais existentes no sistema para justificar a violação de um direito humano das mulheres, há muito assegurado em lei, e que já deveria estar completamente implementado na atenção obstétrica e neonatal.

Dentro desse contexto, a pesquisa desenvolvida neste trabalho buscou entender o sentido produzido pelas argumentações das decisões judiciais emitidas nas ações intentadas para buscar a cessação da violência obstétrica decorrente da supressão do direito a(o) acompanhante. Compreendeu que o discurso jurídico presente nas deliberações esteve alinhado à medida estatal antidemocrática tomada no curso da pandemia, de visão capitalista neoliberal e geradora de violência obstétrica, possivelmente por faltar a este discurso argumentações que considerem a perspectiva de gênero, enquanto norteadora das decisões judiciais.

É possível enxergar a influência do capitalismo neoliberal, enquanto sistema que além de fomentar a disparidade de classe, é indutor de diferenças de raça e gênero. Ao impor a mitigação do direito de gestantes e puérperas a(o) acompanhante, o discurso jurídico desconsidera o fato de que no Brasil não houve uma visão unânime relacionada às restrições que deveriam ser impostas em razão da pandemia, e que a crise por ela instituída não se tratou

⁸⁸ <https://www.correiodobico.com.br/artigo/justica-determina-que-estado-resolva-problemas-em-maternidade-apos-feto-de-9-meses-morrer-na-barriga-da-mae> Acesso em 22 03 22
<https://mpto.mp.br/portal/2021/04/12/ministerio-publico-requer-informacoes-sobre-colapso-no-hospital-e-maternidade-dona-regina> Acesso em 22 03 22
<https://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/2019/08/17/gravida-denuncia-falta-de-medicos-para-atender-no-hospital-materno-de-porto-nacional.ghtml> Acesso em 22 03 22

unicamente de uma questão sanitária, mas de “uma crise eminentemente social e histórica” (MASCARO, 2020).

Os mesmos governos que impuseram a violação do direito das grávidas, em momento algum restringem totalmente outros direitos fundamentais. As medidas restritivas sempre tiveram caráter temporário e o Poder Judiciário, posicionou-se pela abusividade das limitações impostas, em especial quando relacionadas às atividades comerciais,⁸⁹ cedendo à dualidade aparente, presente durante todo o período pandêmico mais crítico, que opunha à necessidade de salvar vidas e a de preservar a economia e manter empregos, mas que na verdade escondia as intenções de um estado neoliberal, preocupado em manter os interesses do capitalismo e negligente em oferecer suporte econômico satisfatório à população. “O flagelo do desemprego, as habitações precárias para suportar quarentenas, as contaminações em transportes públicos lotados e a fragilidade do sistema de saúde são, exata e necessariamente, condições históricas de um modo de produção específico, o capitalismo” (MASCARO, 2020).

Uma perspectiva de julgamento que considerasse a totalidade dos direitos humanos, e tentasse incluir todas as pessoas em todas as diferenças impostas pelo sistema capitalista (classe, raça, gênero, dentre tantas outras), guardaria uma maior consistência decisória e provavelmente evitaria a reprodução pelo sistema de justiça da violência obstétrica institucional imposta às gestantes/puérperas tocaninenses.

A pesquisa ainda pretendeu entender o fenômeno da violência obstétrica no contexto da pandemia, a partir das descrições produzidas pelas gestantes que buscaram o sistema de justiça compreendendo-o enquanto possível fonte de segurança contra a violação de direitos, mas que dele tiveram uma resposta desalentadora de negação de direitos, revelando a adesão, também pelo sistema de justiça, à postura estatal patriarcal de desprezo aos direitos reprodutivos das mulheres.

Alcançou-se o entendimento de que a violência obstétrica decorrente da negação de apoio contínuo por pessoa de livre escolha dessas mulheres foi vetor da ocorrência de diversas outras formas de violações durante o parto, tais como violações físicas, intervenções não

89 <https://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/2020/04/10/desembargador-derruba-decisao-de-juiz-e-mantem-flexibilizacao-do-comercio-em-miracema.ghtml>
<https://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/2020/06/22/pedido-para-suspender-reabertura-do-comercio-em-palmas-e-negado-novamente.ghtml>
<https://afnoticias.com.br/estado/ao-contrario-de-araguaina-e-porto-justica-mantem-comercio-aberto-em-guarai-e-paraiso>

consentidas, cuidado indigno e abuso verbal, ocasionando uma experiência de parto claramente negativa a essas mulheres. Da procura pelo acesso à justiça, ficou-lhes o senso de injustiça, de desamparo do Estado que deveria servir para proporcionar direitos e não para promover a sua violação.

Porém, da pesquisa ainda restaram diversos questionamentos relativos à violência obstétrica, ao sistema público de saúde, ao direito das mulheres ao acesso à justiça que podem servir de caminhos para outras e outros pesquisadoras e pesquisadores: a supressão do(a) acompanhante nas maternidades públicas do Tocantins no curso da pandemia provocou um aumento dos partos assistidos em maternidades particulares, em claro benefício à iniciativa privada? O poder do discurso médico indutor da violência obstétrica, e tão presente na assistência à saúde reprodutiva das mulheres, é capaz de influenciar também outras instituições, a exemplo do sistema de justiça? O pequeno número de mulheres (ante ao grande número de partos ocorrido no período delineado nesta pesquisa) que buscou a Defensoria Pública em razão da violação de seus direitos, indica a necessidade de um maior empenho institucional na promoção do acesso à justiça para as mulheres tocaninenses?

A possibilidade de uma nova pesquisa se estende também ao possível estudo da violência obstétrica a partir do método da interseccionalidade proposto por Collins e Bilge (2021). Neste estudo, refletimos que por possuir caráter estrutural a violência obstétrica deve ser compreendida por lentes interseccionais e que as respostas a esta questão devem ser olhadas a partir das mesmas lentes. Uma pesquisa realizada a partir desse olhar, provavelmente enxergará mais facilmente tais respostas.

Uma vez que nesta pesquisa, mais uma vez se infere um impacto particular da violência obstétrica em mulheres negras, o conceito formulado por Vilma Piedade (2017) também pode ajudar na construção de respostas interseccionais.

O caminho para as respostas interseccionais pode ser o mesmo a ser trilhado para o alcance da *justiça reprodutiva*, expressão que apesar de criada pelo movimento feminista negro estadunidense no final do século XX, está presente nos questionamentos de inúmeras pensadoras feministas brasileiras (Jurema Werneck, Lélia Gonzales, Sueli Carneiro) desde a Declaração de Itapecerica da Serra, e na atuação de organizações feministas negras que integram a luta diária para que todas as mulheres tenham assegurados os direitos de ter e não ter filhos e, se os tiver, receber a melhor atenção em saúde exequível e a possibilidade de educá-los com saúde e segurança.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. I. R.; FRANCESCONI, M.; FERNANDES, P. P. **Manual para desenvolvimento de pesquisa profissional**. São Paulo: Atlas, 2019, 136p.
- ALMEIDA, Silvio Luiz de. 2019. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro, Pólen, 264 p.
- ALVES, I.F.; FERNANDES, K.M.P. “Basta uma crise”: a restrição do direito de gestantes/parturientes a(o) acompanhante de sua livre escolha no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil. In: RAMOS, G.I; MOREIRA, J.; **Mulheres emparedadas: confissões na pandemia**. V. 2. Palmas: Kelp. No prelo, 2022.
- ARUZZA, C.; BHATTACHARYA, T.; FRASER, N.; **Feminismo para os 99%: um manifesto**. Tradução: Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2019.
- BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. In: HOLLANDA, H. B. de (Org). **Pensamento Feminista Brasileiro: formação e contexto**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2016, p. 293-313.
- BARSTED, L. L. Breve panorama dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. In: BARSTED, L. L.; HERMANN, J. (Org.). **As Mulheres e os direitos civis**. Rio de Janeiro: Cepia, 1999, p. 43-63.
- BARTLETT, KATHARINE T. Feminist Legal Methods. Harvard Law Review, Vol. !03, n. 4, fevereiro de 1990. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4928666/mod_resource/content/1/334225745-Bartlett-Katharine-Metodos-Feministas-en-El-Derecho.pdf
- BASTOS, C.C.B.C. Pesquisa qualitativa de base fenomenológica e a análise da estrutura do fenômeno situado: algumas contribuições. **Revista Pesquisa Qualitativa**. v. 5, n. 9, p. 442-452, São Paulo: dez. 2017.
- BHATTACHARYA, T. O que é a teoria da reprodução social? Tradução: Máira Mee Silva. **Revista Outubro**, [s. l.] n.º 32, 1º semestre, 2019, p. 99-113. Disponível em: http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2019/09/04_Bhattacharya.pdf Acesso em 15 jul. 2021
- BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004, 97p.
- BOERMA, T.; RONSMANS, C.; DESSALEGN y MELESSE; BARROS, A.J.D.; BARROS, F.C.; JUAN L.; 2018. **Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections**. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7). Acesso em: 18/08/2020
- BRANDÃO, H.C.T; OLIVEIRA, M.C.P; ALVES, S.V.M. **Defensoras Populares: A sociedade civil como aliada na implementação dos direitos humanos**. In: SIMÕES, LD. (ORG) et al. Defensoria Pública e a tutela estratégica dos coletivamente vulnerabilizados. Belo Horizonte: Editora D’Plácido, 2019. p. 785-802.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). 2022. **Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos**. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/#anavigation> Acesso em 10 03 2022
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução n.º 36 de 03 de junho de 2008**. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20Regulamento%20T%C3%A9cnico%20para,de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Obst%C3%A9trica%20e%20Neonatal.&text=Considerando%20as%20disposi%C3%A7%C3%B5es%20constitucionais%20e%20a%20Lei%20Federal%20n.](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20Regulamento%20T%C3%A9cnico%20para,de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Obst%C3%A9trica%20e%20Neonatal.&text=Considerando%20as%20disposi%C3%A7%C3%B5es%20constitucionais%20e%20a%20Lei%20Federal%20n. Acesso 03 03 2022)
Acesso 03 03 2022

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos por Parteiras Tradicionais**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 90 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Protocolo para julgamento com perspectiva de gênero**. Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados. Brasília: 2021. Disponível em: [http:// www.cnj.jus.br](http://www.cnj.jus.br) ISBN nº 978-65-88022-06-1

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n.º 36, de 03 de junho de 2008. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008> Acesso em 05 01 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília : Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf f Acesso em 05 03 2022

BRUM, Eliane EL PAÍS. **A potência de Adelir**. 14 abr 2014. Disponível em: <http://elianebrum.com/opiniao/colunas-no-el-pais/a-potencia-de-adelir/> Acesso em 05 04 2022

CAPPELLETTI, M.; GARTH, B. **Acesso à justiça**. Tradução de Ellen Gracie Northfleet. Porto Alegre: Fabris, 2002, 168 p.

CARNEIRO, S. Mulheres em movimento: contribuições do feminismo negro. In: HOLLANDA, H. B. de (Org). **Pensamento Feminista Brasileiro: formação e contexto**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. p. 270-289.

CASTILHO, E.W.V. O controle de convencionalidade no Brasil: povos tradicionais. In: DUARTE et. al (Org). **Controle de Convencionalidade/Conselho Nacional de Justiça**. Brasília: CNJ, 2016. ISBN 978-85-5834-023-6. p. 91-110.

CASTRO, R. **Observatório Covid-19 destaca alta mortalidade materna**. Fundação Oswaldo Cruz, 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-destaca-alta-mortalidade-materna> Acesso em 01 08 2021

CATOIA, C. C.; SEVERI, F. C.; FIRMINO, I. F. C. Caso “Alyne Pimentel”: Violência de Gênero e Interseccionalidades. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 28, n. 1, 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n160361>. Acesso em 16 mai. 2020.

CHIARETTI, D. Breve Histórico da Assistência Jurídica no Brasil e o Atual Papel Institucional da Defensoria Pública da União. In: RÉ, A.I.M.R e REIS, G.A.S. (ORG). **Temas aprofundados Defensoria Pública**, Vol. 2, Salvador: Juspodvim, 2014. p. 191-210.

CHURCH, K.; GASSNER, J.; ELLIOT, M. Reproductive health under COVID-19 – challenges of responding in a global crisis. **Sexual and Reproductive Health Matters**. [s.l.]

v. 28, n. 1. 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1773163> Acesso em 03 set. 2021

COLLINS, P. H. Pensamento feminista negro: o poder da autodefinição. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de. **Pensamento Feminista: conceitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, p. 271-310.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Tradução: Rane Souza. São Paulo: Boitempo, 2020. 288 p.

CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ. CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. Belém-PA, 1994. Disponível em <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Acesso em 16 de set. 2019.

CONVENTION ON THE ELIMINATION OF ALL FORMS OF DISCRIMINATION AGAINST WOMEN (CEDAW) Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres. 1979. Adaptada e aberta à assinatura, ratificação e adesão pela resolução n.º 34/180 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 18 de Dezembro de 1979. Entrada em vigor na ordem internacional: 3 de Setembro de 1981, em conformidade com o artigo 27.º, n.º 1. s.i., 1979. Disponível em: <http://plataformamulheres.org.pt/docs/PPDM-CEDAW-pt.pdf> . Acesso em: 20 mai. 2020

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, S. (Org). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro : ABEP, 2006, p. 27-62.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma Perspectiva Feminista. **Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, 1996, p. 147-177;

CORRÊA, S.; SEN, G. **Cairo + 5: no olho da tempestade**. Rio de Janeiro: Observatório da Cidadania, 1999

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, [s.l.] v.10, n. 1, p. 171-188, primeiro semestre, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-026x2002000100011>. Acesso 08 ago. 2020

DA SILVA, S. E.; GASPERIN, H. G.; PONTES, F. S. A violência obstétrica e o despacho do Ministério da Saúde. **Tensões Mundiais**, [S. l.], v. 17, n. 33, p. 205–228, 2021. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/tensoesmundiais/article/view/3076>. Acesso em: 18 out. 2021.:

DAHAL, T. S. **O direito das mulheres: uma introdução à teoria do direito feminista**. Tradução de Tereza Beleza et al. Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa, 1993. 284 p.

DANOWSKI, Deborah. **Negacionismos**. Série Pandemia. N-1 Edições. 28 p. Disponível em: https://issuu.com/n-1publications/docs/cordel_negacionismos

DEL PRIORE, M. Magia e Medicina na Colônia: o corpo feminino. In: DEL PRIORE, M. **História das Mulheres no Brasil**. 7 ed. São Paulo: Contexto, 2004, 680 p.

DINIZ, C. S. G., et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p.140-153, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00127013> Acesso em 08 ago. 2021.

DINIZ, C. S. G.; SALGADO, H. O.; ANDREZZO, H. F. A.; CARVALHO, P. G. C.; CARVALHO, P. C. A.; AGUIAR, C. A.; NIY, D. Y. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, [s.l.] v. 25, n. 3, p.377-384, 2015. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080> Acesso em 20 nov. 2020.

DINIZ, C. S. Go. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul.-set. 2005, p. 627-637. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf> . Acesso em 21 abr. 2021

DINIZ, D. BRITO, L.; RONDON, G. Maternal mortality and the lack of women-centered care in Brazil during COVID-19: Preliminary findings of a qualitative study. In: *The Lancet Regional Health Americas*. vol. 10, abril, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100239> Acesso em 15 04 2022.

DINIZ, S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese (Doutorado em Medicina). Universidade de São Paulo, 264p. São Paulo, 2001.

DORA, D. D.. Os direitos das mulheres são direitos humanos: gênero e empoderamento legal na América Latina. In: SEVERI, F.C.; CASTILHO, E. W. V.; MATOS, M.C. (Org.), **Tecendo fios das Críticas Feministas ao Direito no Brasil II: direitos humanos das mulheres e violências novos olhares, outras questões**. Ribeirão Preto: FDRP/USP, 2020, p. 466-506.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. 1976. *Witches, Midwives and Nurses: a history of worm healers*. Londres: Writers and Readers Publishers Cooperative, **The Feminist Press**, 1976 [ed. bras.: *Bruxas, parteiras e enfermeiras: uma história de mulheres e curandeiras*. Tradução de Bruxaria Distro e Coletiva Feminista Nós Soltas. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4507812/mod_resource/content/1/BruxasParteirasEnfermeiras.pdf Acesso em 20 mai. 2020

FEDERICI, S. **"Pandemia tornou mais dramático o que sempre existiu", diz filósofa Silvia Federici** [Entrevista concedida a BERNARDES, J.E]. *Jornal Brasil de Fato*. São Paulo: 28 03 2021 Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/03/28/pandemia-tornou-mais-dramatico-o-que-sempre-existiu-diz-filosofa-silvia-federici> Acesso em 01 03 2022

FEDERICI, S. **Mulheres e Caça às Bruxas: da idade média aos dias atuais**. Tradução: Heci Regina Candiani. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2019.

FEDERICI, S. **O Calibã e a Bruxa: Mulheres, Corpo e Acumulação Primitiva**. Tradução Coletivo Sycorax. São Paulo: Editora Elefante, 2019. 460 p. Ebook Kindle.

FERNANDES, K.M.P.; ROSA, C. M. Medicalização do parto: a apropriação dos processos reprodutivos femininos como causa da violência obstétrica. **Ciências Sociais Unissinos**. São Leopoldo, v. 56, n. 3, set./dez., p. 254-265, 2020.

FERREIRA, B.; PAVI, C.F.B.; CAOVIALLA, M.A.L. **A Defensoria Pública e o acesso à justiça na América Latina**. In: RÉ, A.I.M.R (ORG). *Temas aprofundados Defensoria Pública*, Vol. 1, Salvador: Juspodvim, 2014. p. 67-88.

FERREIRA, M. S. **Pisando em óvulos: A violência obstétrica como uma punição sexual às mulheres**. Tese (Doutorado em Sociologia). Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Ciências Sociais (FCS), Goiânia, 2019, 209 p. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/9989/5/Tese%20-%20Ma%C3%ADra%20Soares%20Ferreira%20-%202019.pdf> Acesso em 05 mai. 2020.

FÓRUM JUSTIÇA. **Casoteca de litigância em direitos humanos**. O caso Adelir. Disponível em: <https://casoteca.forumjustica.com.br/caso/caso-adelir/> Acesso em 05 03 2022.

FRANCISCO, R., LACERDA, L., RODRIGUES, A. S. **Obstetric Observatory BRAZIL - COVID-19: 1031 maternal deaths because of COVID-19 and the unequal access to health care services**. Clinics. São Paulo, 2021. <https://doi.org/10.6061/clinics/2021/e3120>

FRASER, N. Feminismo, capitalismo e a astúcia da história. **Pensamento Feminista: conceitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, p. 25-46.

FREITAS, R.; LIMA, T.M. Metodologia de Análise de Decisões. In: Universidade JUS, n. 21, p. 1-17, jul/dez 2010. DOI: <https://doi.org/10.5102/unijus.v2i0.1206> Acesso em 05 01 2022.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. [s.l.] , FPA/SESC, 2010. 301p. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf. Acesso em: 19 de setembro de 2019.

GONÇALVES FILHO, E.S. **Defensoria Pública e a tutela coletiva de direitos: teoria e prática**. 2 ed. Salvador: Juspodvim, 2020. 384p.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GOSCH, C.S.; PEREIRA, I. B.; MUNDOCO, L.S. Análise da percepção de puérperas sobre a assistência ao parto em uma maternidade do Tocantins. **Femina**, v. 48, N. 7, p. 422-426. 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1117443/femina-2020-487-422-426.pdf> Acesso em 02 03 2022

GRAÇAS, E.M. Pesquisa qualitativa e a perspectiva fenomenológica: fundamentos que norteiam sua trajetória. **Rev. Min. Enf.** n. 4, p. 28/33, jan/dez, 2020 Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-733573> Acesso em 20 03 2022.

GRUPO CURUMIM E COLETIVO MARGARIDA ALVES. **Violência obstétrica no abortamento**. Brasil, 2020, 32 p. Disponível em: https://coletivomargaridaalves.org/wp-content/uploads/2020/07/CARTILHA-VIOL%C3%AANCIA-OBST%C3%89TRICA-_-WEB.pdf Acesso em 08 set. 2020

GUEDES, R.N.; FONSECA, R.M.G.S.; A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 45, p. 1731-1735, dez. 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-625117> Acesso em 15 03 2022.

GUIMARÃES, L. B. E.; JONAS, E.; do AMARAL, L. R. O. G. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Revista Estudos Feministas**, v. 26, n. 1, p. 1–11, 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n143278> Acesso em 20 fev. 2020.

GUSMAN CR, VIANA APAL, MIRANDA MAB, PEDROSA MV, VILLELA WV. **Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios**. Rev Panam Salud Publica. 2015. p 365–370. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7709> Acesso em 03 03 2022

HERCULANO, T.B.; SAMPAIO, J.; BRILHANTE, M.A.A.; BARBOSA, M.B.B. Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos. **Rev Saúde Debate**, v. 42, n. 118, p. 702-7013, Rio de Janeiro: 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811813

HOOKS, B. **O feminismo é para todo mundo**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 2018, 175 p.

HOOKS, B. **Teoria Feminista: Da Margem ao Centro**. Trad. Rainer Patriota. São Paulo: Perspectiva, 2019.

HUNT, Lynn. **A Invenção dos direitos humanos: uma história**. Tradução: Rosaura Eichenberg. São Paulo, Companhia das Letras, 2009, 288p.

HUSSEIN, J. COVID-19: What implications for sexual and reproductive health and rights globally?, **Sexual and Reproductive Health Matters**, v. 28, n. 1, 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1746065> Acesso em 03 set. 2021

Husserl E. **Investigações lógicas: sexta investigação** (elementos de uma elucidação fenomenológica do conhecimento). São Paulo: Nova Cultural, 1988: 184p. I-XV: Vida e obra.

ILICH, IVAN, 1975. **A expropriação da saúde**. 3ª ed. Editora Nova Fronteira: Rio de Janeiro.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2011. **O Brasil indígena**. Disponível em: https://indigenas.ibge.gov.br/images/pdf/indigenas/folder_indigenas_web.pdf Acesso em 10 03 2022

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)2020. **Condições de vida, desigualdade e pobreza**. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e-pobreza.html> Acesso em 14 03 2022

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)2020. **Dimensionamento Emergencial de População Residente em Áreas Indígenas e Quilombolas para Ações de Enfrentamento à Pandemia Provocada pelo Coronavírus**. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/prov0408.pdf> Acesso em 12 03 2022

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA (IPEA). 2015. **Retratos das Desigualdades de Gênero e Raça**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores.html> Acesso em 10 03 2022

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA (IPEA).2019.**Caderno ODS 3 Assegurar uma vida saudável e promover o bem estar para todas e todos em todas as idades**. 46 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190829_cadernos_ODS_objetivo_3.pdf Acesso em 18 abr. 2020.

JAN. C. EL PAÍS. **ONU condena Espanha a indenizar mulher pela violência obstétrica sofrida durante o parto**. 12 mar 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/sociedade/2020-03-12/onu-condena-espanha-a-indenizar-mulher-pela-violencia-obstetrica-sofrida-durante-o-parto.html> Acesso em: 03 mar 2022.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M.W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M.W e GASKELL, G. (ORG). **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Trad. Pedrinho A. GUARESCHI. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002. p. 90-113.

KATZ, L.; AMORIM, M. M.; GIORDANO, J. C.; BASTOS, M. H.; BRILHANTE, A. V. M. Quem tem medo da violência obstétrica? **Revista Brasileira Saúde Materna e Infantil**.

Recife, v. 20, n. 2, abr/jun. 2020, p.627-631. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000200017> Acesso em 01 set. 2021.

KLEIN, N. **A doutrina do choque: a ascensão do capitalismo de desastre**. Tradução Vania Cury. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; PEREIRA, A. P. E.; PACHECO, V. E.; CARMO, C. N.; SANTOS, R. V. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 33, 2017, p.1-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816> Acesso em 18 nov. 2020.

LEAL, Maria do Carmo (coord.). **Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/Sum%C3%A1rio-executivo-I.pdf> Acesso em: 13 abr. 2021

LIMA, S.D.L.M. Os direitos reprodutivos das mulheres e a comissão interamericana de direitos humanos: uma análise dos casos admitidos entre 2000 e 2013. **Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos**, [S.l.], n. 14, p. 335-350, dez. 2014. ISSN 1677-1419. Disponível em: <<http://revista.ibdh.org.br/index.php/ibdh/article/view/280>>. Acesso em: 01 abril 2022.

MACCORMICK, Neil. **Argumentação jurídica e teoria do direito**. Tradução de Waldéa Barcelos. São Paulo: Martins Fontes, 2006

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M. (Ed.). **AIDS in the world: the global AIDS policy coalition**. Boston: Harvard University Press, 1992.

MARCOTE, V. **Nosotras parimos**. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós, 2017. Libro digital, EPUB, ISBN 978-950-12-9638-9.

MARTINS J, BICUDO MAV. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1989.

MASCARO, A.L. **Crise e Pandemia**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020. ISBN 978-85-7559-770-5 [recurso eletrônico]

MBEMBE , Achille . **Necropolítica**. São Paulo: N-1, 2018 [recurso eletrônico]

MCGREGOR, Deborah K. **From Midwives to Medicine: The Birth of American Gynecology**. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1998.

Medeiros RMK, Figueiredo G, Correa ACP, Barbieri M. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Rev Gaúcha Enferm**. v.40, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233> Acesso em 02 02 2022

MENDES, S.R.; **Processo penal feminista** .1ª. ed. São Paulo: Atlas, 2020. EPUB. [recurso eletrônico] Disponível em: <https://pdfcoffee.com/qdownload/processo-penal-feminino-soraia-da-rosa-mendes-2020pdf-pdf-free.html> Acesso em 03 02 2022

MOURA, E.A.F.M. Apresentação. In: SCHWEICKARDT (ORG) et. al. **Parteiras Tradicionais: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidados em saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. (Série Saúde & Amazônia, v.11). E-book [recurso eletrônico]. ISBN 78-65-87180-23-6.

NASCE NO BRASIL. **Inquérito nacional sobre o parto e nascimento**. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>. [s.l.], 2012, Acesso em 19 set. 2019.

NEGRÃO, T.; REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos.** Porto Alegre, 2008, 8p. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/169650/mod_resource/content/2/Texto%20DDSSDDRR.pdf Acesso em 21 set. 2020.

NOGUEIRA, B. C.; SEVERI, F. C.. O tratamento jurisprudencial da violência obstétrica nos tribunais de justiça da região sudeste. **Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 e 13º Mundo de Mulheres.** Florianópolis, 2017. 12 p. Disponível em: http://www.en.www2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1518015798_ARQUIVO_NOGUEIRA,Beatriz;SEVERI,Fabiana.OtratamentojurisprudencialdaviolenciaobstetricanosTribunaisdeJusticadaregiaoSudeste.pdf Acesso em 21 de set. de 2019.

NUNES, R. **Ensaio em bioética.** Brasília - DF: CFM, 2017. 206 p. ISBN 978-85-87077-47-9. Disponível em: http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Biblioteca&area=description&cod_livro=661 Acesso em 01 04 2022.

OLIVEIRA, N.M. **Desenvolvimento regional e territorial do Tocantins.** Palmas/TO: Universidade Federal do Tocantins / EDUFT, 2019. 214p.

OLIVEIRA, P. S. **Caminhos de Construção da Pesquisa em Ciências Humanas.** In: OLIVEIRA, P. S (Org). Metodologia das Ciências Humanas. São Paulo: HUCITEC/UNESP, 1998, p.17-28.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU) **Declaração de Beijing. IV Conferência Mundial sobre a Mulher.** Beijing: China, 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf Acesso em 01 set. 2021

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Comitê sobre Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Recomendação Geral n.º 33 sobre acesso das mulheres à justiça. 2015.** Disponível em: <https://assets-compromissoeatitude-igp.sfo2.digitaloceanspaces.com/2016/02/Recomendacao-Geral-n33-Comite-CEDAW.pdf> Acesso em 01 03 2022

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Comitê sobre Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. CEDAW.** Decisión del Comité con arreglo al artículo 69 del reglamento, transmitida al Estado parte el 6 de diciembre de 2018 (no se publicó como documento).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica.** [s.l.], 2019, 26p. Disponível em: <https://undocs.org/es/A/74/137> Acesso em 01 set 2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 1996. Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Maternidade Segura. **Saúde Materna e Neonatal. Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico.** Brasília; Ministério da Saúde; 1996. 53 p. (OMS/SRF/MSM/96.24).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 2018. **Cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva.** ISBN: 978-92-4-155021-5

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração - Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Suíça: OMS, 2014. 4p. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 21 set 2019.

PAIVA, C. C.; HEEMANN, T. A.. **Jurisprudência internacional de Direitos Humanos**. 2ª Ed. Belo Horizonte: Ed. CEI, 2017, 982p.

PALHARINI, L. A.; FIGUEIRÔA, S. F. de M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde.” **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, v. 25 n. 4, 2018, p. 1039–1061. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000500008>. Acesso em 23 abr. 2020

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. Rede Parto do Princípio, 188p. [Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres]. Brasília, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

PATEMAN, C. **O contrato sexual**. Tradução: Marta Avancini. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993, 347p.

PIEIDADE, V. **Dororidade**. São Paulo: Editora Nós, 2017.

PIOVESAN, F. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 14. ed., rev. e atual. São Paulo : Saraiva, 2013

PIOVESAN, F. Proteção dos direitos humanos das mulheres no sistema interamericano. In: RODRIGUES, P.P.; ALVES, S.R.P. **A Constituição por elas: a interpretação constitucional sob a ótica das mulheres**. São Paulo: UNINOVE, 2021. ISBN: 978-65-99038-16-7 [recurso eletrônico]

PITANGUY, J. A carta das mulheres brasileiras aos constituintes: memórias para o futuro. In: HOLLANDA, H. B. de (Org). **Pensamento Feminista Brasileiro: formação e contexto**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. p. 80-95.

REBELLO, A.M.R. **Para mudar o rumo da prosa: um novo olhar sobre a Lei 11.340/06 - Lei Maria da Penha**. In: Gênero, sociedade e defesa de direitos: a Defensoria Pública e a atuação na defesa da mulher. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, Coordenação de Defesa da Mulher, CEJUR. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2017. p. 44-57.

ROCHA, A.S; JEREISSATI, R.G.A. **As multifaces de atuação da Defensoria Pública e sua configuração no atual panorama normativo: a soma e a integração necessárias para a concretização do acesso à justiça**. In: SIMÕES, LD. (ORG) et al. Defensoria Pública e a tutela estratégica dos coletivamente vulnerabilizados. Belo Horizonte: Editora D’Plácido, 2019. p. 751-783.

RODRIGUES, A.; LACERDA, L. FRANCISCO, R.P.V. **Brazilian Obstetric Observatory** arXiv preprint arXiv:2105.06534 (2021)

ROLAND, E. Saúde Reprodutiva da População Negra no Brasil: Entre Malthus e Gobineau. In: **Políticas, Mercados, Ética – Demandas e Desafios no Campo da Saúde Reprodutiva**. ARILHA, Margareth; CITELI, Maria Teresa. São Paulo: Editora 34, 1998, p. 37. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/saude-reprodutiva-da-populacao-negra-no-brasil-entre-malthus-e-gobineau/> Acesso em 20 ago. 2021.

ROMIO, J.A.F. **Feminicídios no Brasil, uma proposta de análise com dados do setor de saúde**. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, 2017. Disponível em:

<https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/feminicidios-no-brasil-dados-saude/> Acesso em 03 04 2022.

ROSA, C.M; COSTA, F.F.C.; FERNANDES, K.M.P. Direitos humanos, judicialização da saúde e pandemia: que futuro construiremos? In: BURGINSKI, V.M.; SOARES, P.S.G. (Org) **Direitos humanos e direito à saúde: perspectivas críticas**. Palmas, TO: EDUFT, 2021. ISBN 978-65-89119-94-4

ROSS, L. *et al*, Radical reproductive justice: foundation, theory, practice, critique. New York City: **The Feminist Press**, 2017. 466 p. Disponível em: <https://lccn.loc.gov/2017022896> Acesso em 25 set. 2021

ROUBICEK, M. Desigualdade de gênero e raça: o perfil da pobreza na crise. [s.l.] **Nexo Jornal**, 2021. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/expresso/2021/04/25/Desigualdade-de-g%C3%AAnero-e-ra%C3%A7a-o-perfil-da-pobreza-na-crise> Acesso em: 10 09 2021

RUSSO, J.; NUCCI, M.; SILVA, F.L.; CHAZAN, L.K. Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. Revista Mana, v. 25, mai-ago, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-49442019v25n2p519> Acesso em 05 05 2020.

SAFFIOTI, H. I.B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. [s.l.] **Cadernos Pagu**, n. 16, 2001, p.115-136. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a07.pdf> Acesso em 02 ago 2020.

SAFFIOTI, H. I.B. **Gênero, Patriarcado, Violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004, 151p.

SANTOS, B. S. **Construindo as Epistemologias do Sul: Antologia Essencial**. Volume I: Para um pensamento alternativo de alternativas / Boaventura de Sousa Santos; compilado por Maria Paula Meneses... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2018.

SANTOS, B. S. **O fim do império cognitivo: a afirmação das epistemologias do Sul**. Belo Horizonte: 1ed. Autêntica Editora, 2019, 478 p..

SANTOS, B. S. **Uma concepção multicultural de direitos humanos**. Revista Crítica de Ciências Sociais, n.º 48, 1997, p. 11-31.

SANTOS, B.S. **Para uma Revolução Democrática da Justiça**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS, B.S., **Por uma concepção multicultural de direitos humanos**. Revista Crítica de Ciências Sociais. n. 48, jun. 1997, p. 11-31.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995, Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721> Acesso em 03 ago 2020

SENA, L. M. **Ameaçadas e sem voz, como num campo de concentração. A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica**. Tese (Doutorado Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, 2016, 268 p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/172548/343425.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso 15 out 2019.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM M.M.R. Mortalidade materna pela Covid-19 no Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materna e Infantil**. Recife, v. 21, n. 1, fev. 2021, p. 257-261. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100014> Acesso em 01 set. 2021.

SPIVAK, Gayatri Chakravony. **Pode o subalterno falar?** Tradução de Sandra Regina Goulart Almeida, Marcos Pereira Feitosa, André Pereira Feitosa. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010. 174 p.

SUÁREZ-CORTÉS, M.; ARMERO-BARRANCO, D.; CANTERAS-JORDANA, M.; MARTINEZ-ROCHE, M.E. Uso e influência dos planos de parto e nascimento no processo de parto humanizado. **Rev Latino-Americana Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 520-526. DOI: 10.1590/0104-1169.0067.2583. Acesso em 20 02 2022.

TAI D.B.G.; SHAH A.; DOUBENI C.A.; SIA I.G., WIELAND M.L. The Disproportionate Impact of COVID-19 on Racial and Ethnic Minorities in the United States. **Clinical Infectious Diseases** [S. l.], v. 72, n. 4, fev. 2021 p. 703-706, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa815> Acesso 01 set 2021

TELLES, Maria Amélia de Almeida. **O que são os direitos humanos das mulheres**. São Paulo: edição e-book, Brasiliense, 2017.

TESSER C.D.; KNOBEL R.; ANDREZZO H.F. A.; DINIZ S.G. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira Medicina, Família, Comunidade**. v. 10, n. 35, p.1-12. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013) Acesso em 15 set. 2021

TFOUNI, F.E.V. Interdito e Silêncio: Análise de Alguns Enunciados. **Revista Ágora**. V. 16, n. 1, ja/jun, 2013. p. 39-59. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/8JhfRv3hqfxNSbHzBH7ZLYj/?format=pdf>

THÉBAUD, F.A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. **Revista Estudos Feministas**, v. 10. n. 2, 2002, p.415-426. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-026x2002000200011> Acesso em 23 abr. 2020.

TOCANTINS, SECRETARIA DA SAÚDE. Integra Saúde Tocantins. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos. Disponível em: <http://integra.saude.to.gov.br/Paineis/NascidosVivosBebe> Acesso em 20 03 2022

TOCANTINS, SECRETARIA DA SAÚDE. Memorando Circular n.º 44/2020/SES/SUHP. SGD: 2020/30559/035522. Palmas/TO: 2020.

TOCANTINS. Lei nº 3.113, de 02 de junho de 2016. Institui o Estatuto do Parto Humanizado no Tocantins e dá outras providências. Disponível em: https://www.al.to.leg.br/arquivos/lei_3113-2016_39596.PDF. Acesso em 20 de setembro de 2019.

TOCANTINS. Lei nº 3.385, de 27 de julho de 2018. Dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Tocantins. Disponível em: https://www.al.to.leg.br/arquivos/lei_3385-2018_48071.PDF. Acesso em 20 de setembro de 2019.

TOMAZETTE, M. A teoria da argumentação e a justificação das decisões contra legem. **Revista Direito e Praxis**, v. 2, n. 2, 2011. DOI 10.12957/dep.2011.1877 . Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/1877> Acesso em 03 03 2022.

TRAMONTANA, E. Discriminación y violencia de género. Aportes del sistema interamericano de derechos humanos. In: BOGDANDY, A.; PIOVESAN, F.; ANTONIAZI,

M.M (Org). **Direitos humanos, democracia e integração jurídica: emergência de um novo direito público**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 465-485.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Coronavirus disease (COVID-19) pandemic UNFPA global response plan**. Nova York: UNFPA; 2020. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA_Global_Response_Plan_Revised_June_2020.pdf Acesso em 20 07 2021

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Plataforma de Cairo**. Cairo: Egito, 1994. 105 p. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/relatorio-cairo.pdf> Acesso em 01 09 2021

UNIVERSO MARVEL. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2022. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Universo_Marvel&oldid=63202064>. Acesso em: 15 mar. 2022.

VEDANA, B.B.; GERVASONI, T. A. Os movimentos feministas na América-Latina e as perspectivas para a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras. **Revista Ártemis**, [s. l.], v. 29, n. 1, 2020 p. 279–298. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/artemis/article/view/49848>. Acesso em: 02 ago. 2021.

VELOSO, R. C.; SERRA, M. C. M.. Reflexos da responsabilidade civil e penal nos casos de violência obstétrica. In: **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**. Brasília, v. 2, n. 1, p. 257-277, 2016. [10.26668/IndexLawJournals/2526-0111/2016.v2i1.911](https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2526-0111/2016.v2i1.911) Acesso em 20 11 2019

VENEZUELA. Ley 38.668, de 23 de abril de 2007. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violência. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em 15 abr. 2020

VIEIRA, E. M. A medicalização do corpo feminino. In: **Questões da Saúde Reprodutiva**. GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. Editora FIOCRUZ, 1999. 468 p. Disponível em <https://doi.org/10.7476/9788575412916> Acesso em 20 mai. 2020

WATANABE, K. Acesso à justiça e sociedade moderna. In: GRINOVER, A. P. (ORG) et al. **Participação e Processo**. São Paulo: RT, 1988. p. 128-135.

WEIS, Carlos. **O pacto internacional dos direitos econômicos, sociais e culturais**. In: **Direitos humanos: construção da liberdade e da igualdade**. Centro de Estudos Procuradoria Geral do Estado. p. 289-317 São Paulo: 1998.

WENERCK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. In: **Saúde Soc**. São Paulo, v. 25, n. 3, 2016, p. 535-549. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610> Acesso em 07 03 2022.

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO TOCANTINS

Quadra 502 Sul, Avenida Joaquim Teotônio Segurado - Bairro Plano Diretor Sul - CEP 77021-654 - Palmas - TO - www.defensoria.to.def.br

DESPACHO

N.º 151/2020

Trata-se de solicitação de autorização, realizada pela Defensora Pública **Kênia Martins Pimenta Fernandes**, para coleta de dados pertinentes a atendimentos realizados por esta Defensoria Pública para fins acadêmicos (evento 492204).

Em seu pedido, requerente narra o seguinte (evento 492204):

[...]

O acesso aos dados é relevante para o andamento da pesquisa desta solicitante no Curso de Mestrado Profissional e Interdisciplinar em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos – UFT, orientada pelo Prof. Dr. Carlos Mendes da Rosa, tendo como título: “O tratamento judicial dado a situações de violência obstétrica: uma análise a partir de demandas ajuizadas para garantir o direito de gestantes ao acompanhante durante a pandemia por Covid-19”.

Informo que foi requerido ao Tribunal de Justiça o acesso aos dados das ações judiciais decorrentes dos atendimentos acima mencionados, as quais estão listadas a seguir: 0016039-11.2020.8.27.2729, 0016050-40.2020.8.27.2729, 0019394-29.2020.8.27.2729, 0018928-35.2020.8.27.2729, 0019788-36.2020.8.27.2729, 0020135-69.2020.8.27.2729, 0021308-31.2020.8.27.2729, 0021371-56.2020.8.27.2729, 0028453-41.2020.8.27.2729, 0021220-90.2020.8.27.2729, 0024626-22.2020.8.27.2729, 0012268-94.2020.8.27.2706, 0007259-58.2020.8.27.2737, 0004179-07.2020.8.27.2731, 0012811-97.2020.8.27.2706, 0012647-35.2020.8.27.2706, 0005426-05.2020.8.27.2737, 0012103-51.2020.8.27.2737, 0016414-12.2020.8.27.2729.

O estudo do tema se fará a partir da análise dos atendimentos e das demandas propostas pela Defensoria Pública para garantia às gestantes do direito ao acompanhante durante a pandemia por Covid-19, especificamente os atendimentos e ações intentadas entre os meses de março e julho/2020. Os processos não correm em segredo de justiça, tampouco os atendimentos do SOLAR acima listados encontram-se bloqueados pelos defensores responsáveis, sendo, portanto, públicos. Mas para realização das fases metodológicas da pesquisa (análise dos atendimentos e processos, realização de entrevistas e utilização de conteúdo), requer autorização para: a) acesso aos atendimentos, tendo como finalidade a análise das informações neles constantes; b) utilização dos dados encontrados nos atendimentos para contatar as mulheres assistidas a fim de convidá-las a participar da pesquisa por meio de entrevistas.

Ressalta que o projeto da pesquisa que se pretende realizar será submetido a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Tocantins, e apenas se aprovado será desenvolvido, sendo a autorização para acesso aos dados que ora se busca requisito da apresentação do projeto ao referido comitê.

As informações aqui prestadas não serão divulgadas sem a autorização final das Instituições campos de pesquisa.

20/10/2020

SEI/DPTO - 0492309 - Despacho

[...]

Considerando o teor da solicitação e sua finalidade, **manifesto-me favorável ao atendimento do pleito.**

Para tanto, a requerente deverá se ater ao conteúdo da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei n.º 13.709/2018), respeitando-se o sigilo das informações, a boa-fé e a finalidade da disponibilização.

Dê -se ciência à Defnsora Pública **Kênia Martins Pimenta Fernandes.**

Encaminhe-se ao **Diretor do Núcleo Regional de Palmas** para conhecimento e providências que se fizerem necessárias.

À SUDEF para conhecimento.

À ASSESGAB para cumprimento.

GABINETE DO DEFENSOR PÚBLICO-GERAL DO ESTADO DO TOCANTINS.



Documento assinado eletronicamente por **Fábio Monteiro dos Santos, Defensor Público Geral**, em 06/08/2020, às 16:40, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.defensoria.to.def.br/sei/verifica.php> informando o código verificador **0492309** e o código CRC **C7632FA3**.

20/10/2020

SEI/TJ-TO - 3365158 - Despacho



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS

Palácio da Justiça Rio Tocantins, Praça dos Girassóis, s/nº Centro - Palmas - CEP 77015-007 - Palmas - TO - <http://www.tjto.jus.br>

PROCESSO 20.0.000021474-5
INTERESSADO Defensora Pública Kenia Martins Pimenta Fernandes
ASSUNTO Solicitação de autorização para coleta de dados para fins acadêmicos

Despacho Nº 56210 / 2020 - PRESIDÊNCIA/ASPRE

Cuida-se de expediente em que a Defensora Pública Kenia Martins Pimenta Fernandes, solicita autorização para coleta e utilização de dados do e-Proc, que serão utilizados pela solicitante para pesquisa no Curso de Mestrado Profissional e Interdisciplinar em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos – UFT, orientado pelo Prof. Dr. Carlos Mendes da Rosa, tendo como título: “O tratamento judicial dado a situações de violência obstétrica: uma análise a partir de demandas ajuizadas para garantir o direito de gestantes ao acompanhante durante a pandemia por Covid-19”.

Aduz que o projeto de pesquisa que se pretende realizar será submetido a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Tocantins, e apenas com a aprovação será desenvolvido, sendo a autorização para acesso aos dados requisito da apresentação do projeto ao referido comitê, e as informações prestadas não serão divulgadas sem a autorização final da Instituição campo de pesquisa.

Para tanto requer:

- 1) Acesso integral aos processos listados no evento 3362263, tendo como finalidade a análise dos eventos processuais.

Breve relato.

Tendo em vista a pertinência da pesquisa, autorizo a coleta e utilização de dados do sistema e-Proc, pelo que determino aos magistrados que atuam nos processos relacionados no evento 3362263 à ofertarem todo o apoio e suporte necessário para elaboração da pesquisa, inclusive fornecendo acesso aos autos processuais, desde que não estejam em segredo de justiça.

Oficie-se a Defensora Pública solicitante, comunicando o deferimento.

À SPADG para ciência da presente aos magistrados que atuam nos processos relacionados no evento 3362263 para cumprimento.

Cumpra-se.



Documento assinado eletronicamente por **Desembargador Helvécio de Brito Maia Neto, Presidente**, em 29/09/2020, às 13:12, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TOCANTINS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O tratamento judicial dado a situações de violência obstétrica: uma análise a partir de demandas ajuizadas para garantir o direito ao acompanhante durante a pandemia por Covid-19.

Pesquisador: Kenia Martins

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40920720.3.0000.5519

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Tocantins

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.542.987

Apresentação do Projeto:

A proposta de estudo apresentada por meio deste projeto pretende contribuir para a construção de soluções que assegurem plenitude aos direitos humanos das mulheres, especialmente os sexuais e reprodutivos, evidenciando a necessária reflexão acerca da violência obstétrica enquanto violência de gênero e a indispensável atuação do Sistema de Justiça a esse respeito.

Na apresentação do projeto, tem-se uma descrição da proposta do trabalho.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO (GERAL): Investigar as respostas do Poder Judiciário do estado do Tocantins às demandas ajuizadas para assegurar o cumprimento da Lei do Acompanhante durante a pandemia por Covid-19.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS (ESPECÍFICOS):

Discutir a questão da violência obstétrica enquanto violência de gênero e violação aos direitos humanos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação dos Riscos, foi realizada adequadamente: no PB - Informações básicas do projeto, Projeto completo e no TCLE.

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep_uft@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS



Continuação do Parecer: 4.542.987

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto representa uma contribuição para investigar as respostas do Poder Judiciário do estado do Tocantins às demandas ajuizadas para assegurar o cumprimento da Lei do Acompanhante durante a pandemia por Covid-19.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados em conformidade com o exigido.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deve apresentar um relatório parcial e final ao CEP, sobre a pesquisa realizada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1646279.pdf	09/01/2021 20:42:17		Aceito
Outros	Cronograma.docx	09/01/2021 20:41:38	Kenia Martins	Aceito
Outros	novabrochuraass.pdf	09/01/2021 20:36:52	Kenia Martins	Aceito
Outros	novotcle.pdf	09/01/2021 20:35:54	Kenia Martins	Aceito
Outros	Termo.pdf	09/01/2021 20:33:14	Kenia Martins	Aceito
Outros	TCUD.pdf	09/01/2021 20:32:22	Kenia Martins	Aceito
Outros	Carta.pdf	09/01/2021 20:29:38	Kenia Martins	Aceito
Brochura Pesquisa	projeto.docx	09/01/2021 20:12:21	Kenia Martins	Aceito
Outros	TJTO.pdf	20/10/2020 08:40:29	Kenia Martins	Aceito
Outros	DPG.pdf	20/10/2020 08:39:02	Kenia Martins	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLp.pdf	20/10/2020 08:38:08	Kenia Martins	Aceito
Solicitação	DECL.pdf	20/10/2020	Kenia Martins	Aceito

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep_uft@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TOCANTINS



Continuação do Parecer: 4.542.987

Assinada pelo Pesquisador Responsável	DECL.pdf	08:36:32	Kenia Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/10/2020 08:35:00	Kenia Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	20/10/2020 08:34:48	Kenia Martins	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	20/10/2020 08:28:14	Kenia Martins	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	20/10/2020 08:28:05	Kenia Martins	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	19/10/2020 18:37:21	Kenia Martins	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALMAS, 17 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
PEDRO YSMAEL CORNEJO MUJICA
(Coordenador(a))