

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

LAURA LOMBAS FERREIRA

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM SUAS MODALIDADES FISICAMENTE
INVASIVAS NO BRASIL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA COM A MUTILAÇÃO
GENITAL FEMININA**

CAMPINAS

2024

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
ESCOLA DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM DIREITO
LAURA LOMBAS FERREIRA**

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM SUAS MODALIDADES FISICAMENTE
INVASIVAS NO BRASIL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA COM A MUTILAÇÃO
GENITAL FEMININA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito da Escola de Ciências Humanas, Jurídicas e Sociais da Pontifícia, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestra em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Pulzatto
Peruzzo

**CAMPINAS
2024**

Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI
Gerador de fichas catalográficas da Universidade PUC-Campinas
Dados fornecidos pelo(a) autor(a).

	Lombas Ferreira, Laura
F383v	A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM SUAS MODALIDADES FISICAMENTE INVASIVAS NO BRASIL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA COM A MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA. / Laura Lombas Ferreira. - Campinas: PUC-Campinas, 2024.
	f.144
	Orientador: Pedro Pulzatto Peruzzo.
	Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Programa de Pós-graduação em Direito, Escola de Ciências Humanas, Jurídicas e Sociais, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2024. Inclui bibliografia.
	1. Violência obstétrica. 2. Mutilação genital feminina. 3. Violência de gênero. 4. Cooperação internacional em direitos humanos. I. Pulzatto Peruzzo, Pedro. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Escola de Ciências Humanas, Jurídicas e Sociais. Faculdade de Direito, Programa de Pós-graduação em Direito. III. Título.

LAURA LOMBAS FERREIRA
A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM SUAS MODALIDADES
FISICAMENTE INVASIVAS NO BRASIL: UMA
ANÁLISE COMPARATIVA COM A MUTILAÇÃO
GENITAL FEMININA

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação de Mestrado em Direito da PUC-Campinas, e aprovada pela Banca Examinadora.

APROVADO: 13 de dezembro de 2024.

Documento assinado digitalmente
gov.br ISABELLA CHRISTINA DA MOTA BOLFARINI
Data: 13/12/2024 16:17:23-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

DRA. ISABELLA CHRISTINA DA MOTA BOLFARINI (UEG)



DR. SILVIO BELTRAMELLI NETO (PUC-CAMPINAS)



DR. PEDRO PULZATTO PERUZZO – Presidente (PUC-CAMPINAS)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Fernando e Lúcia, pois sem eles eu não chegaria à metade de onde cheguei, já que eles são e sempre foram meus torcedores, companheiros, incentivadores e não menos importante, patrocinadores.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de começar a seção de agradecimentos mencionando, como na dedicatória, meus pais, Lúcia Lombas e Fernando Ferreira, por serem a fundação que permitiu que eu crescesse e me tornasse quem eu sou. Sem vocês eu não seria a pessoa que sou hoje, livre, confiante, empoderada e amada, bem como não teria metade das experiências que pude vivenciar, especialmente viagens, cursos de idiomas, idas à teatros e uma “biblioteca” privada com diversos exemplares.

Depois, não poderia esquecer de agradecer ao meu Orientador, Professor Dr. Pedro Peruzzo, por ter demonstrado interesse e vontade em me guiar nesta jornada que foi o mestrado, em especial pelo tema de certa forma inusitado, por ter me apoiado em todas as minhas escolhas e incentivado minhas ideias, em especial o intercâmbio acadêmico organizado com pouca antecedência, que tenho certeza que deu muito mais trabalho do que ele deixou transparecer. Só tenho a agradecer por uma orientação aberta, acessível e presente, com toda certeza o trabalho que aqui se produziu não seria possível sem sua colaboração.

Os mesmos agradecimentos devem ser dirigidos a todos os professores e corpo técnico do PPGD que me auxiliaram, ainda que de forma indireta. E, não poderia deixar de agradecer ao Professor Me. Matías Penhos, que me recebeu de braços abertos na Argentina, me proporcionando experiências que a investigação, isoladamente, não conseguiria.

Ainda, gostaria de agradecer à minha família. Poucas são as pessoas que tem o prazer de crescer em uma família grande, com dez tios, que são próximos e são presentes, ainda que uns mais que outros, na nossa vida, sempre torcendo para o nosso sucesso. Aqui, gostaria de aproveitar a oportunidade para citar, em especial, meu irmão Pedro, que muitas vezes foi a pessoa que aguentou meus momentos de estresse e seguiu como uma constância na minha vida, independentemente das desavenças.

Não poderia, da mesma forma, não citar minha avó Maria “Lila”, que sempre me apoiou, me ensinando que temos que viver como desejamos, sendo feliz, explorando o mundo, e que vaidade não é sinônimo de superficialidade. Também gostaria de citar minha avó Maria “Fumaça” (*in memoriam*) que foi um exemplo de mulher, parteira, enfermeira que presava acima de tudo pela saúde integral das mulheres que cruzaram o seu caminho.

Também poderia escrever um tratado sobre como cada uma das minhas tias foram importantes nesta jornada, porém creio que ficaria extenso demais. Contudo, não poderia finalizar os agradecimentos antes de citá-las nominalmente e em ordem alfabética, e agradecê-las pelo apoio e suporte durante toda essa jornada, como minha própria torcida organizada, à Judite, Maria Aparecida “Cida”, Regina Mara “Nina”, Rita de Cássia, Roseli “Zeli”, Shirley e Vera meu grandíssimo muito obrigada. Já quanto aos representantes do sexo masculino da família, agradeço imensamente aos tios Althair “Tato”, Antônio “Toni”, Marcelo, Marcos e Orlando “Lando”, por todo o suporte dado durante esta jornada.

Correndo o risco de ser prolixa, não posso olvidar de mencionar nestes agradecimentos, meus primos queridos, também aqui mencionados em ordem alfabética, para evitar qualquer imbróglio futuro, aos mais de trinta gostaria de agradecê-los nas pessoas do Althair “Tata”, Arthur “Tutu”, Marcela “Lela” e Milena “Milendia”, por todas os momentos que tivemos juntos que permitiram a descontração, em especial a todos os “roles dos primos” em busca da tão famosa arte moderna urbana.

Outrossim, gostaria de agradecer aos meus chefes e todos os meus colegas de trabalho, aqui representados das figuras de Luiz Miguel Rocia e Denise Salerno Ribeiro, que transformaram uma jornada que poderia ser extremamente exaustiva, com trabalho e mestrado, em uma jornada um pouco menos difícil, por não colocarem óbices em todas as experiências que tive a possibilidade de participar, seja na “6ª Jornada Direitos Humanos e Trabalho Digno”, ou no meu intercâmbio de curta duração na Argentina, à vocês meus sinceros agradecimentos.

Por fim, mas não menos importante, gostaria de agradecer meus amigos, que me apoiaram nessa jornada, do começo ao fim, seja comparecendo aos eventos do PPGD, seja na mensagem questionando o meu bem estar mental e físico, ou seja pelos convites para sair e descontrair, seja pelas “visitas” na minha “longa” estadia de um mês em Buenos Aires, seja pelos anos (todos com mais de dois dígitos) de parceria, cumplicidade, respeito e afeto, meus sinceros agradecimentos à Aléxia Zancan, Ana Carolina Guiss “Nana”, Giulia Trefiglio, Kevin Imazaki, Laura Loh, Lino Paggiaro, Leticia Domene, Mariana Leite, Mariana Ximenes, Raphael Neves e Renê Manzano, também citados em ordem alfabética. Por fim, gostaria de agradecer a todos aqueles que o mestrado introduziu na minha vida, permitindo que eu tivesse companheiros nesta caminhada, deixando-a mais leve e feliz.

Pensamos en parto y una imagen se instala en nuestra cabeza... una mujer acostada, atada, drogada, abierta de piernas con los genitales expuestos, su mirada perdida y las mandíbulas apretadas aguantando el daño, mientras alrededor le dicen que no es para tanto, que bien que le gustó y le introducen los dedos en la vagina, le aumentan la dosis, le dan órdenes. Una escena que terminará con el gesto triunfante de un profesional de la medicina que ha hecho el parto, mientras la mujer se pregunta si habrá estado a la altura, si lo hizo bien, y siente hondamente que ella no habría podido sola, que solo gracias al equipo obstétrico ella y su hija están sanas y salvas. [...]

Y te sentí a ti hija, poderosa y salvaje abrirte paso a través de mi cuerpo y conquistar milímetro a milímetro tu entrada a este lado. Y te llamé, te llamé con todas mis fuerzas para que nunca olvides que tu nacimiento fue un acto de poder. Te parí en un grito hondo, ancestral y visceral. Te parí y llegaste al mundo en un potente grito insumiso de libertad. (OSORIO, VIOLETA)¹.

¹ Texto de Valéria Osório, escritora e feminista argentina, ativista do Observatório de Violência Obstétrica da Argentina – OVO, cujo *instagram* pode ser acessado através do usuário “@ovoargentina”. O texto integrou a obra musical e conceitual de Popen (usuário no *instagram*; @popen.musica) chamada “Obra Madre” que se divide em quatro partes, *fecunda*, *gestación parto* e *puerperio*.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a violência obstétrica no Brasil sob a perspectiva dos direitos humanos, utilizando procedimentos metodológicos de revisão bibliográfica dos documentos localizados nas plataformas SciELO, Scopus e Google Acadêmico através dos prescritores selecionados, bem como dos dados obtidos nas pesquisas “Nascer Brasil 1” e “Nascer Brasil 2”, com a finalidade de sistematizar e analisar qualitativamente os dados obtidos em termos de violência obstétrica no Brasil, análise de casos, especificamente os casos Brítez Arce vs. Argentina e Alyne Pimentel vs. Brasil, bem como a análise de conteúdo dos tratados internacionais de proteção de direitos humanos dentro dos sistemas global e regionais, em especial o Sistema Africano, para responder à seguinte questão: a violência obstétrica em suas formas físico-invasivas (episiotomia, excesso de sutura vaginal, manobra de Kristeller e quaisquer outras formas de tratamento físico que intervêm no corpo da mulher sem consentimento ou razão médica durante o trabalho de parto) podem ser consideradas uma forma de mutilação genital feminina e, portanto, passível de ser analisada com base em *standards* normativos de direitos humanos aplicáveis às práticas culturais que ainda praticam esse procedimento? A mutilação genital feminina é reconhecida por organismos e documentos internacionais de direitos humanos como uma violação dos direitos das mulheres, porque tem no seu carácter intrínseco a violência baseada no género, ainda que seja perpetrada por seus aspectos culturais, religiosos e de identidade social. A hipótese que orientou esta pesquisa é que se a episiotomia, o excesso de sutura vaginal e a manobra de Kristeller são práticas que agredem a integridade física da mulher e, na maioria dos casos, sem razão médica, tal prática poderia ser abordada numa perspectiva de garantia e promoção dos direitos humanos das mulheres apoiada nas construções normativas e jurisprudenciais que combatem a mutilação genital feminina como prática cultural ao redor do mundo. Trata-se, portanto, de uma pesquisa que se apoia num movimento de cooperação internacional para a erradicação de todas as formas de violência contra a mulher.

Palavras-chave: violência obstétrica; mutilação genital feminina; violência de género; cooperação internacional em direitos humanos.

ABSTRACT

This research aims to analyze obstetric violence in Brazil from the perspective of human rights, using the methodological procedures of bibliographic review of documents located on the platforms SciELO, Scopus and Google Academic, through the selected prescribers, analysis of data obtained in the surveys "Nascer Brasil 1" and "Nascer Brasil 2", with the purpose of qualitatively analyzing the data obtained in terms of obstetric violence in Brazil, analysis of jurisprudence, specifically the cases *Brítez Arce vs. Argentina* and *Alyne Pimentel vs. Brazil*, as well as the analysis of the content of international treaties for the protection of human rights within the global and regional systems, especially the African system, to answer the following question: obstetric violence in its physical-invasive forms (episiotomy, excess vaginal suture, Kristeller's maneuver and any other forms of physical treatment that intervenes in the woman's body without consent or medical reason during labor) may be considered a form of female genital mutilation and, therefore, capable of being analyzed based on normative human rights standards applicable to cultural practices that still use this procedure today? It is also important to state that female genital mutilation is recognized by international human rights bodies and documents as a violation of women's rights, because it has in its intrinsic character gender-based violence, still, the said practice is perpetuated by its cultural, religious and social identity aspects that help to keep this tradition alive until today. The hypothesis that guided this research is that if episiotomy, excess vaginal suture and Kristeller's maneuver are practices that alter the woman's physique and, in most cases, without medical reason, such practices could be approached in a perspective of guaranteeing and promoting women's human rights supported by normative and jurisprudential constructions that combat female genital mutilation as a cultural practice around the world. It is therefore a research based on an international cooperation movement for the eradication of all forms of violence against women.

Keywords: obstetric violence; female genital mutilation; gender-based violence; international cooperation in human rights.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo analizar la violencia obstétrica en Brasil desde la perspectiva de los derechos humanos, utilizando procedimientos metodológicos de revisión bibliográfica de los documentos ubicados en las plataformas SciELO, Scopus y Google Académico a través de los prescriptores seleccionados, análisis de los datos obtenidos en las investigaciones "Nascer Brasil 1" y "Nascer Brasil 2", con el fin de analizar cualitativamente los datos obtenidos en términos de violencia obstétrica en Brasil, análisis de jurisprudencia, específicamente los casos Brítez Arce vs. Argentina y Alyne Pimentel vs. Brasil, así como el análisis de contenido de los tratados internacionales de protección de derechos humanos dentro de los sistemas globales y regionales, en especial el Sistema Africano, para responder a la siguiente pregunta: la violencia obstétrica en sus formas físicamente invasivas (episiotomía, sutura vaginal excesiva, maniobra de Kristeller y cualquier otra forma de tratamiento físico que interviene en el cuerpo de la mujer sin consentimiento o razón médica durante el parto) pueden ser consideradas una forma de mutilación genital femenina y, por lo tanto, susceptibles de ser analizadas en base a estándares normativos de derechos humanos aplicables a las prácticas culturales que se valen aún hoy de este procedimiento? Inicialmente es importante afirmar que la mutilación genital femenina es reconocida por organismos y documentos internacionales de derechos humanos como una violación de los derechos de las mujeres, porque tiene en su carácter intrínseco la violencia basada en el género, Además, dicha práctica se perpetúa por sus aspectos culturales, religiosos y de identidad social que ayudan a mantener viva esta tradición hasta nuestros días. La hipótesis que ha orientado esta investigación es que si la episiotomía, el exceso de sutura vaginal y la maniobra de Kristeller son prácticas que alteran el físico de la mujer y, en la mayoría de los casos, sin razón médica, tal práctica podría ser abordada en una perspectiva de garantía y promoción de los derechos humanos de las mujeres apoyada en construcciones normativas y jurisprudenciales que combaten la mutilación genital femenina como práctica cultural alrededor del mundo. Se trata, por tanto, de una investigación que se apoya en un movimiento de cooperación internacional para la erradicación de todas las formas de violencia contra la mujer.

Palabras clave: violencia obstétrica; mutilación genital femenina; violencia de género; cooperación internacional en derechos humanos.

RÉSUMÉ

Cette recherche a pour objectif d'analyser la violence obstétricale au Brésil sous l'angle des droits de l'homme, en utilisant des procédures méthodologiques de révision bibliographique des documents situés sur les plateformes SciELO, Scopus et Google Academic à travers les prescripteurs sélectionnés, analyse des données obtenues dans les recherches "Nascer Brasil 1" et "Nascer Brasil 2", afin d'analyser qualitativement les données obtenues en termes de violence obstétricale au Brésil, analyse de la jurisprudence, en particulier les affaires Brítez Arce c. l'Argentine et Alyne Pimentel c. le Brésil, ainsi que l'analyse du contenu des traités internationaux de protection des droits humains dans les systèmes mondiaux et régionaux, en particulier le système africain, pour répondre à la question suivante: la violence obstétricale dans ses formes physiquement invasives (épisiotomie, suture vaginale excessive, manœuvre de Kristeller et toute autre forme de traitement physique intervenant dans le corps de la femme sans consentement ou raison médicale pendant le travail) peuvent être considérées comme une forme de mutilation génitale féminine et donc être analysées sur la base des normes normatives des droits humains applicables aux pratiques culturelles qui utilisent encore aujourd'hui cette procédure? Il est important de préciser que la mutilation génitale féminine est reconnue par les organes et les documents internationaux des droits humains comme une violation des droits des femmes, car elle a dans son caractère intrinsèque la violence basée sur le genre, encore, cette pratique est perpétrée par ses aspects culturels, religieux et d'identité sociale qui aident à maintenir cette tradition vivante jusqu'à nos jours. L'hypothèse qui a orienté cette recherche est que si l'épisiotomie, l'excès de suture vaginale et la manœuvre de Kristeller sont des pratiques qui altèrent le physique de la femme et, dans la plupart des cas, sans raison médicale, cette pratique pourrait être abordée dans une perspective de garantie et de promotion des droits humains des femmes appuyée sur les constructions normatives et jurisprudentielles qui combattent la mutilation génitale féminine comme pratique culturelle à travers le monde. Il s'agit donc d'une recherche qui s'appuie sur un mouvement de coopération internationale pour l'éradication de toutes les formes de violence à l'égard des femme.

Mots-clés: violence obstétricale; mutilation génitale féminine; violence sexiste; coopération internationale en matière de droits humains.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01: Quadro ilustrativo dos tipos de MGF segundo a divisão da OMS.....	50
Figura 02: Episiotomia mediana e médio-lateral.....	52
Figura 03: Os sete tipos de episiotomia.....	53
Figura 04: “Ponto do Papai” ou “Ponto do Marido”	54
Figura 05: Manobra de Kristeller.....	55
Figura 06: Prevalência da MGF no Continente Africano.....	64
Figura 07: Prevalência da MGF no Continente Africano – Continuação.....	65
Figura 08: Custos Projetados da MGF no Sistema de Saúde na Somália.....	66
Figura 09: Custos Projetados da MGF no Sistema de Saúde na Guiné.....	67
Figura 10: Aparição dos prescritores selecionados nos tratados e convenções da ONU.....	96
Figura 11: Aparição dos prescritores selecionados nos tratados e convenções da OEA.....	103
Figura 12: Aparição dos prescritores nos tratados e convenções da UA em Português.....	107
Figura 13: Aparição dos prescritores nos tratados e convenções da UA em Inglês..	109
Figura 14: Aparição dos prescritores nos tratados e convenções do CE.....	121
Figura 15: Análise final em números.....	127
Figura 16: Gráfico de análise quantitativa dos prescritores nas convenções dos órgãos internacionais de direitos humanos.....	128
Figura 17: Presença global da MGF de acordo com a categoria de disponibilidade de dados.....	129

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS: Agência Nacional de Saúde.

APF: Associação Para o Planejamento Familiar.

CADHP: Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos.

CID: Classificação Internacional de Doenças.

CIDH: Corte Interamericana de Direitos Humanos.

CE: Conselho da Europa.

CEDAW: Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher.

CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ: Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher.

FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz.

ODM: Declaração do Milênio e Objetivos de desenvolvimento do milênio.

ODS: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

OEА: Organização dos Estados Americanos.

OMS: Organização Mundial da Saúde.

ONU: Organização das Nações Unidas.

OVO: Observatório de Violência Obstétrica Argentina.

PROTOCOLO DE MAPUTO: Protocolo da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres na África.

RG: Recomendações Gerais.

SINAN: Sistema de Informações de Agravos de Notificação.

SUS: Sistema Único de Saúde

UA: União Africana.

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	16
2.	DOS REFERENCIAIS TEÓRICOS APLICÁVEIS À PRESENTE PESQUISA.	29
2.1.	MANIFESTAÇÕES CULTURAIS, ESTIGMA E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	29
2.2.	DO CONCEITO DE BIOPODER E DIREITOS HUMANOS EM PERSPECTIVA TRANSCIVILIZACIONAL.....	36
3.	ANÁLISE COMPARATIVA – MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.	40
3.1.	ASPECTOS CULTURAIS E HISTÓRICOS QUE ENVOLVEM AS PRÁTICAS DA MGF E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.	40
3.2.	DEFINIÇÃO CONCEITUAL.....	43
3.3.	CLASSIFICAÇÃO E TIPOS DE MGF E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA FISICAMENTE INVASIVA NO BRASIL.	49
3.4.	AGENTES QUE COMETEM A VIOLÊNCIA CONTRA À MULHER.	57
3.5.	CONSEQUÊNCIAS DA MGF E DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	60
3.6.	PERSPECTIVA DAS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS SOBRE A PRÁTICA DA MGF E DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.	70
3.6.1.	DOCUMENTOS DA UNIÃO AFRICANA.	71
3.6.2.	DOCUMENTOS DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS.	73
3.7.	FORMAS DE ENFRENTAMENTO DA PRÁTICA DA MGF.....	77
3.8.	FORMAS DE ENFRENTAMENTO DA PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.	83
4.	DA ANÁLISE JURÍDICA DE CONTEÚDO.	94
4.1.	DOS DOCUMENTOS ANALISADOS DENTRO DA ONU.....	95
4.2.	DOS DOCUMENTOS ANALISADOS DENTRO DA OEA.....	100
4.3.	DOS DOCUMENTOS ANALISADOS DENTRO DA UA.	105
4.4.	DOS DOCUMENTOS ANALISADOS DENTRO DO CE.	118
4.5.	DA ANÁLISE JURÍDICA DO CONTEÚDO.....	126
5.	CONCLUSÃO.....	134
6.	REFERÊNCIAS	140

1. INTRODUÇÃO

Diante da escolha de objeto de estudo, uma pequena apresentação é necessária para entendermos qual foi a caminhada da mestranda para a escolha deste objeto.

Sou advogada formada pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, em 2019, e além da pesquisa trabalho em escritório de advocacia voltado para a área trabalhista e previdenciária.

Apesar de poder parecer que o tema não tem qualquer vinculação pessoal comigo, pois nunca experienciei um parto como parturiente e também não pertenço a um grupo cultural cuja prática da mutilação genital me seja imposta, ou sequer tenha cruzado minha jornada acadêmica, este pequeno prelúdio visa exatamente mostrar o oposto. Entrei em contato com o tema da mutilação genital feminina (MGF) quando ainda era adolescente, pois pessoas próximas leram o livro “A Cor Púrpura” da escritora Alice Walker, e o debate da obra levou à posterior discussão acerca da MFG, e minha leitura da referida obra.

Por consequência, ainda jovem, a referida temática me deixou de certa forma impressionada, de maneira que ainda que não discutida cotidianamente, foi algo que não esqueci. Com o decorrer do tempo, entrei novamente em contato com o tema através do livro “O Sol Mais Brilhante”, da autora Adrienne Benson, que trabalha, através da perspectiva da maternidade, o que esta prática representa dentro de um vilarejo Massai (grupo étnico africano) no interior do Quênia.

Das leituras e discussões que permearam estes livros fez nascer em mim a vontade de estudar o tema, principalmente as manifestações sociais e culturais que permeiam a prática da MGF. Por sua vez, a temática da violência obstétrica chegou ao longo do caminho acadêmico como uma forma de aproximação do tema que eu almejava estudar com as áreas de concentração e linhas de pesquisa do Programa de Pós-graduação em Direito ao qual estou vinculada.

A ligação entre os dois temas veio com a ajuda do meu Orientador e de experiências pessoais minhas e de pessoas próximas que, em consultas com ginecologistas, por mais de uma vez, foi proferido o discurso de necessidade de

padronização de corpos com a “recomendação” de realização de cirurgias estéticas, inclusive em áreas íntimas, para que fosse mais agradável ao olhar, sem qualquer indicação médica. Ou seja, a mutilação genital se apresentou, na minha experiência de vida, como algo que está além da violência obstétrica e que reflete o caráter profundamente machista e patriarcal de objetificação dos corpos das mulheres.

A referida conduta fez nascer em mim o questionamento sobre até que ponto a nossa sociedade encara, quando a temática é retirada do ocultamento, a prática da MGF como uma prática nefasta que deve ser erradicada, ao mesmo tempo em que é leniente com a indicação de cirurgias plásticas sem recomendação médica ou com a permissividade, no ambiente do parto, de manobras invasivas no corpo das mulheres, sem prévio consentimento.

Destas reflexões nasceu a vontade de estudar o tema aqui debatido.

Dessa forma, a presente dissertação de mestrado visa analisar duas práticas que possuem em seus caracteres intrínsecos a violência de gênero, que refletem e perpetuam uma sociedade baseada na discriminação com base no gênero, reforçando ainda mais a assimetria do poder nas sociedades patriarcais.

Consequentemente, são objetos de estudo da presente dissertação a mutilação genital feminina e a violência obstétrica que ocorre no Brasil, sendo que para a última será utilizado como recorte temático as formas de violência obstétrica fisicamente invasivas, mais especificamente a episiotomia, excesso de sutura vaginal – popularmente conhecido como “ponto do papai” – e a manobra de Kristeller.

A partir dessa premissa tem-se que o objetivo da presente investigação reside justamente na análise de ambas as práticas para constatar se elas podem ser comparadas, enquanto manifestações culturais que tem em seu cerne a violência de gênero, e, portanto, sobrepostas e equiparadas para fins de enfrentamento, cada qual no local onde há o foco de sua perpetuação.

Assim sendo, o presente estudo visa responder a seguinte pergunta: a violência obstétrica em suas formas físico-invasivas (episiotomia, excesso de sutura vaginal, manobra de Kristeller e quaisquer outras formas de tratamento físico que intervêm no corpo da mulher sem consentimento ou razão médica durante o trabalho de parto) podem ser consideradas uma forma de mutilação genital feminina e, portanto, passível

de ser analisada com base em *standards* normativos de direitos humanos aplicáveis às práticas culturais que se valem ainda hoje desse procedimento? Em outros termos, a violência obstétrica – analisada dentro do recorte temático estabelecido, pode ser considerada uma forma de MGF?

Assim, para o desenvolvimento da dissertação serão utilizados como procedimentos metodológicos a revisão bibliográfica (conforme os parâmetros que serão posteriormente indicados), análise dos dados obtidos nas pesquisas “Nascer Brasil 1” e “Nascer Brasil 2”, de forma a analisar qualitativamente os dados obtidos em termos de violência obstétrica no Brasil; análise dos casos *Brítez Arce vs. Argentina* (Corte Interamericana de Direitos Humanos) e *Alyne Pimentel vs. Brasil* (Comitê das Nações Unidas para Eliminação das Discriminações contra as Mulheres); bem como a análise de conteúdo dos tratados internacionais de proteção de direitos humanos dentro dos sistemas global e regionais, em especial o Sistema Africano.

Ademais, nos apoiaremos no método comparativo. Para MARCONI et al (2017), o método comparativo significa uma verdadeira “experimentação indireta”, na medida em que se ocupa de explicar os fenômenos analisando o caso concreto e extraíndo elementos constantes, abstratos e gerais. E isso sem a perspectiva de comparar práticas culturais com o objetivo de criar escalas de “melhores ou piores” práticas, culturas ou civilizações, mas com o único propósito de identificar, nos *standards* internacionais de direitos humanos construídos para a erradicação da MGF elementos com força normativa suficientes para erradicar as práticas físico-invasivas de violência obstétrica no Brasil. E isso porque estamos entendendo que a mulher deve ser respeitada como cidadã do mundo, e não apenas como membro de um outro grupo cultural ou socialmente diferenciado.

Portanto, mesmo que o presente trabalho não se proponha a fazer uma análise histórica ou historiográfica da violência obstétrica e da MGF, o referido método pode ser aplicado, pois buscamos evidenciar conexões em ambas as práticas que se pretende analisar.

Dessa forma, o método comparativo permite analisar o dado concreto, deduzindo do mesmo os elementos constantes, abstratos e gerais (MARCONI et al 2017).

Na presente dissertação temos como objetivo a análise de duas práticas distintas, a MGF e a violência obstétrica no Brasil, de forma a utilizar o método comparativo para testar uma premissa inicial de que ambas as práticas podem ser comparadas e estudadas em conjunto mirando formas de enfrentamento, podendo sim a violência obstétrica fisicamente invasiva ser considerada uma forma MGF no Brasil, uma vez que teriam como ponto em comum a violência contra a mulher e a lesão ou lesões nos corpos das mulheres.

Dito isto, para o desenvolvimento da proposta, a pesquisa será conduzida da seguinte forma. No primeiro capítulo abordaremos os referenciais teóricos utilizados na presente dissertação, usando como referência os conceitos de estigma de Erving Goffman, em sua obra “Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”, o conceito de biopoder de Michel Foucault, na obra “Os anormais” e o conceito de direitos humanos sobre a perspectiva transcivilizacional de Yasuaki Onuma, em sua obra “Direito Internacional em Perspectiva Transcivilizacional”.

No segundo capítulo, será realizada efetivamente a análise comparativa entre a MGF e a violência obstétrica, utilizando-se como pontos de comparação os seguintes indexadores: 1) definição conceitual; 2) classificação e tipos; 3) quem são os agentes praticantes dos referidos atos, e o que isso representa em sua perpetuação; 4) consequências oriundas da MGF e da violência obstétrica; 5) manifestações culturais que permeiam as práticas; 5) política de enfrentamento em âmbito global pelos órgãos internacionais de proteção de direitos humanos (ONU, OEA, CE e UA).

Posteriormente, passaremos ao terceiro capítulo, no qual é proposta a realização de uma análise de conteúdo dos tratados internacionais de proteção de direitos humanos, produzidos pelo sistema global e regionais, com a finalidade de identificar standards internacionais frente aos temas da MGF e da violência obstétrica.

O referido procedimento metodológico, qual seja a análise de conteúdo, consiste na análise do discurso (oral ou escrito) e seu conteúdo, oscilando entre a objetividade e a subjetividade (hermenêutica), na medida em que através de um procedimento estruturado e pré-estabelecido (escolha dos documentos a serem analisados, formulação de hipóteses e objetivos e a criação de índices e indicadores) para que posteriormente, no tratamento dos resultados, seja possível retirar uma

inferência do que foi obtido a partir da exploração do material. Inicialmente, é necessário afirmar que na fase de pré-análise é necessário estabelecer um roteiro, que pode ser flexível (permitindo a introdução de novos itens dos procedimentos estruturantes, com base no que se for descoberto no decorrer da análise dos documentos), porém, há que ser preciso (BARDIN, 1977).

Foram escolhidos como documentos a serem analisados parte dos daqueles produzidos pelos quatro grandes organismos internacionais de proteção aos direitos humanos². Ainda, a hipótese lançada consistiu na possível constatação de inexistência de um mecanismo internacional que aborde, simultaneamente, a violência obstétrica e a mutilação genital feminina, nomeando as referidas práticas pelo que são, e não incluídas indiretamente em prescrições de proteção amplas, assim entendidas como proteção generalizada capaz de abarcar inúmeras formas de violação, como por exemplo direito à integridade física e corporal.

Ademais, o objetivo da referida análise consistiu justamente na identificação de eventuais lacunas jurídicas, no âmbito da proteção internacional dos referidos temas, bem como na identificação de quais os tratamentos dados pelos sistemas regionais de proteção aos direitos humanos para as formas de violência abordadas na presente dissertação, e a partir daí, interpretar os dados obtidos.

² Dentro dos documentos produzidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) foram analisados os tratados que foram ratificados pelo Brasil. Isso significa dizer que não foram analisados o Protocolo Facultativo ao Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PF-PIDESC) e Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros das suas Famílias, por não terem sido ratificados pelo Brasil. Para localização dos documentos foi realizado o ingresso no *site* do alto comissariados das nações unidas, na aba “instrumentos normativos”, posteriormente “*legal instruments*”, “*core documents*” e a partir desta lista foi identificado os documentos ratificados pelo Brasil. Já dentro da Organização dos Estados Americanos (OEA) foi realizada a análise de todos os documentos ratificados pelo Brasil, para tanto foi acessado o *site* da organização, na aba “documentos”, “*tratados y acuerdos*”, “*tratados multilaterais*”, “*firmas y ratificaciones*” “*por Estados Miembros*” e por fim “Brasil”. Outrossim, quando da análise da União Africana e do Conselho da Europa, não foi possível elencar os documentos ratificados pelo Brasil, na medida em que ele não faz parte destes sistemas. Assim, na União Africana (UA) foi realizado o acesso ao *site* da instituição e selecionados os seguintes ícones: “*treaties*”, “*categories*”, “*Constitutive Act, OAU Charter & Rule of Procedure*”, “*Health Treaties*”, “*Human Rights Treaties*”, “*Treaties on Women & Gender Issues*” e “*Treaties on Youth Development*”, para acesso à legislação foi utilizada a plataforma <https://africanlii.org/legal-instruments/?q=&sort=-date>. Por fim, no Conselho da Europa (CE) Foi acessado o *site* da Conselho e selecionado os seguintes ícones: “*Treaty Office*”, “*Searches*”, “*Search on Treaties*”, “*Search for several treaties By subject-matters*”, foram selecionados para análise os tratados de direitos humanos, direitos humanos (apenas convenções e tratados) e minorias.

Para tanto, foi realizada a criação de índices e indicadores³. Os índices (ou prescritores) selecionados para realização das buscas foram: mutilação; genital; mutilação genital; violência obstétrica; parto; violência; obstétrica; gravidez; grávida; gênero; mulher/mulheres; menina/meninas; feminino e feminina. Quando o texto da convenção ou tratado foi encontrado apenas em inglês, utilizaram-se os índices: *mutilation; genital; genital mutilation; obstetric violence; childbirth; violence; obstetric; pregnancy; pregnant; gender; woman; women; girl/girls; e female*.

A partir destes prescritores foi feita a análise quantitativa com base na aparição destes no texto e qualitativa, na medida em que é possível retirar inferências, por exemplo, a presença (ou a ausência) pode constituir um índice tanto (ou mais) frutífero que a frequência de aparição (BARDIN, 1977).

Vale, por fim, ressaltar que não se pretende no presente trabalho realizar operações estatísticas simples (percentagens) ou mais complexas (análise fatorial), na medida em que permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos (BARDIN, 1977), por ausência de qualificação técnica desta autora para realização destes procedimentos.

Com base nestas premissas foi realizada a exploração do material e o tratamento do resultado, com a retirada das possíveis inferências.

Por último, o quarto e final capítulo da presente dissertação diz respeito à conclusão, momento em que se pretende responder a hipótese da presente dissertação.

Em termos metodológicos, antes de adentrarmos propriamente na MGF e na violência obstétrica, e para trazer maior clareza para o estudo proposto, se mostra importante trazer o caminho metodológico realizado para buscar os documentos que embasaram a presente pesquisa, de forma que ela possa ser replicada e, eventualmente, falseada.

³ Que nada mais é do que a menção explícita de um tema numa mensagem. Na presente análise, significa dizer que consiste na localização dos textos literais dos tratados e convenções analisadas a localização de palavras previamente selecionadas, com a finalidade de permitir a satisfação da hipótese e objetivo. A partir dos índices criados é possível extrair indicadores, por exemplo, se partimos do princípio, de que tema analisado possui tanto mais importância para o locutor, quando mais frequentemente é repetido (caso da análise sistemática quantitativa), o indicador correspondente será a frequência deste tema de maneira relativa ou absoluta, relativamente aos outros (BARDIN, 1977).

Para fins de embasamento teórico, foram utilizadas três plataformas de pesquisas para localização de artigos científicos que abordassem a prática da mutilação genital feminina, sendo ele a SciELO, a Scopus e o Google Acadêmico.

Na plataforma SciELO foram utilizados os descritores mutilação genital feminina, com e sem aspas, encontrando como resultado quatro artigos científicos, utilizados na presente pesquisa, não havendo variação com a utilização das aspas. Também se utilizou a terminologia *female genital mutilation*, com e sem aspas, encontrando quatro resultados (idênticos aos com uso das palavras em português) e apenas um resultado inédito – quando da não utilização das aspas – que também foi utilizado na presente dissertação. Por fim, utilizaram-se as siglas MGF e FGM (em inglês), no primeiro caso, independentemente do uso ou não de aspas, foram encontrados nove resultados, apenas um relacionado ao tema, já encontrado na pesquisa feita com a terminologia completa. Já em relação à sigla FGM, foram encontrados trinta e nove resultados, nenhum com vinculação ao objeto da presente pesquisa.

Por outro lado, na busca realizada na plataforma Scopus foram utilizados os prescritores mutilação e genital e feminina, “mutilação genital feminina”, que resultou em cinco documentos, um já encontrado na plataforma SciELO, um descartado porque aborda o papel do médico viajante na prática da MGF e três que foram aproveitados.

Contudo, nesta plataforma não foram utilizadas as siglas, pois a sigla MGF encontrou quatro mil e trinta e cinco resultados, ao passo que FGM encontrou oitocentos e oitenta e dois artigos. Da mesma forma ocorreu quando usamos a terminologia em inglês, motivo pelo qual foi necessário elencar parâmetros para redução. Inicialmente, “*female genital mutilation*” encontrou três mil, cento e quarenta e oito resultado, ao passo que a mesma expressão sem aspas encontrou três mil, trezentos e sessenta e seis resultados. Consequentemente, para viabilizar a pesquisa, limitamos os resultados a artigos de revisão, em língua inglesa e liberados ao público, que tinham como palavra-chave o termo “*female genital mutilation*”.

Assim, foram encontrados e analisados oito documentos, um especificamente sobre a MGF na Noruega, por isso foi descartado, um sobre formas de violência contra a mulher em sentido amplo e por isso foi descartado, um sobre como os jornais dos

Estados Unidos tratam a sexualidade feminina, por isso descartado e dois não eram de acesso público, havendo que ser realizado pagamento em moeda estrangeira para acesso ao arquivo. Em outras palavras, foi aproveitado um artigo com conteúdo com potencial de contribuir para o presente trabalho.

Derradeiramente, foi utilizada a plataforma Google Acadêmicos. Igualmente à pesquisa realizada na Scopus, encontramos mais de sete mil artigos. Por isso, para viabilizar a pesquisa, usamos artigos de revisão, em língua portuguesa, produzidos nos últimos cinco anos. Entretanto, foram encontrados trinta e quatro resultados sem o uso das aspas e treze com a utilização. Dessa maneira, foi ampliado o escopo da pesquisa com base nos últimos dez anos (produções a partir de 2014). Sem o uso das aspas foram encontrados sessenta e um resultados, trinta e seis repetidos da primeira pesquisa e já descartadas, dois artigos não foram acessados devido a problemas no *site* em que o arquivo estava localizado (em que pese as inúmeras tentativas), e vinte e três descartados por falta de aderência. Já com o uso das aspas tivemos doze repetidos e descartados anteriormente, uma publicação em anais de congresso, portanto descartada, nove descartados por não haver relação com o tema e um utilizado pelo aspecto dos movimentos feministas.

Quando da realização da pesquisa envolvendo a temática da violência obstétrica no Brasil, foram utilizadas as mesmas plataformas utilizadas para análise da MGF, quais seja: SciELO, a Scopus e o Google Acadêmico.

Na plataforma SciELO, foi realizada uma busca digitando o seguinte no buscador e selecionando a busca para “todos os índices”, conforme disponível no site: “violência obstétrica + brasil”. Nessa busca, o resultado foi de zero produções acadêmicas. No entanto, após alterar a busca em “todos os índices” para a busca de “violência obstétrica + brasil” apenas em “resumos”, o *site* apresentou trinta e um resultados.

Destes, apenas quatro foram descartados, um por analisar a prevalência e fatores associados à amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido, outro porque o estudo objetivou identificar os itinerários terapêuticos de mulheres acometidas por morbidade materna grave. O terceiro texto foi excluído por ter abordado a questão das condições de moradia inadequadas associadas com baixo

peso ao nascer e prematuridade associada ao baixo peso ao nascer, o que também não tem correspondência com a presente pesquisa.

Por fim, o quarto artigo foi descartado pelo fato de que se baseava em uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, que considerou o contexto político-social do ensino em Enfermagem (graduação), com ênfase na política de formação, nos anos de 1972-1996, adotados por cinco Instituições de Ensino Superior, uma por região geográfica, sem aderência à presente pesquisa.

Na plataforma Scopus a busca focou no título do artigo, no resumo e nas palavras-chaves, utilizando o descritor “violência obstétrica + Brasil” (com e sem aspas e utilizando o sinal + entre os termos), que resultou em sete trabalhos acadêmicos, sendo três repetidos da busca na SciELO, e por isso descartados, e os demais utilizados na presente pesquisa.

Por último, na plataforma Google Acadêmico foi utilizado, inicialmente, os descritores “violência obstétrica + Brasil”, com aspas, tendo sido encontrado vinte mil e duzentos artigos. Assim, os descritores foram mudados para ““violência obstétrica” + “Brasil” + “física” + “revisão”” produzidas nos anos de 2023 em diante, para que fosse possível aferir a produção acadêmica recente sobre a referida temática. Com os referidos parâmetros, foram localizados cento e dois resultados, dos quais foram aproveitadas cinquenta e sete contribuições.

Feita esta pequena introdução procedimental, passaremos à contextualização fática da presente dissertação.

Neste trabalho, abordaremos a política de enfrentamento que temos hoje, lideradas pelos sistemas regionais de proteção dos Direitos Humanos, em especial a União Africana (UA), Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização dos Estados Americanos (OEA).

Para tanto, serão analisados, principalmente, documentos elaborados pela UA, em especial a Agenda 2063, que elenca como objetivo prioritário a erradicação da MGF, o Protocolo de Maputo e o Relatório “*Getting to zero female genital mutilation in Africa*”⁴.

⁴ Chegando a zero mutilações genitais femininas na África, em tradução livre.

Assim, foram buscadas bibliografias no site da UA – através dos termos “mutilação genital feminina”, “MGF”, “mutilação” e “genital”, em português e “*female genital mutilation*”, “FGM”, “*mutilation*” e “*cutting*”. Da mesma forma, foi realizada a busca dos mesmos termos na Corte Africana de Direitos Humanos e dos Povos (CADHP).

Todas as pesquisas realizadas utilizaram aspas para maior veracidade do encontrado.

Ainda, é possível dizer que o trabalho abordará a: 1) Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), de 1984, na medida em que este instrumento definiu o conceito de discriminação, bem como, ficou assegurado que os Estados-Partes modificariam os padrões culturais e sociais com objetivo de eliminar preconceitos e quaisquer práticas consuetudinárias que estejam baseadas na ideia de inferioridade entre os sexos em decorrência da noção estereotipada do conceito de homem e mulher; 2) Declaração do Milênio e Objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM) e Objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS); 3) Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH) que estabelece em seu preâmbulo “que os povos das Nações Unidas reafirmaram, na Carta, sua fé nos direitos fundamentais do ser humano, na dignidade e no valor da pessoa humana e na igualdade de direitos do homem e da mulher” e seus artigos 1º, 3º e 5º; e 4) I, II, III e IV Conferências Mundiais Sobre a Mulher (1975 – Cidade do México; 1980 – Copenhague; 1985 – Nairóbi; e 1995 – China) que enfatizaram a necessidade de concretização da igualdade material entre homem e mulher, merecendo maior destaque a Conferência de 1995 que definiu o conceito de gênero. Todos dentro do Sistema Global de proteção dos Direitos Humanos (ONU).

Da mesma forma, perpassa pela Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – “Convenção de Belém Do Pará”, 1994, desenvolvida dentro do sistema Americano de proteção dos Direitos Humanos (OEA).

Por fim, a legislação internacional é complementada pelo ordenamento jurídico pátrio, especialmente se analisarmos a Constituição Federal (art. 5º, inciso I e III)⁵,

⁵ Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: I - homens e mulheres são iguais em

Lei Federal nº 11.108/2005 – que garante o acompanhamento no parto e Lei nº 13.434/2017 – que proíbe o uso de algemas durante o trabalho de parto.

A presente dissertação foi feita sob a vinculação à linha de pesquisa de Cooperação Internacional e Direitos Humanos, dentro do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Direito (PPGD) da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), cuja área de concentração é “Direitos humanos e desenvolvimento social”. Evidente, portanto, a aderência desta dissertação com a área e a linha de pesquisa.

O tema em análise se vincula diretamente à linha de pesquisa pois aborda a temática da violência de gênero, direitos humanos, direito às manifestações culturais e identidade religiosa, bem como direitos civis e políticos, amplamente protegidos pelos Tratados Internacionais de Direitos Humanos que foram ratificados pelo Brasil, no exercício de sua soberania.

Evidente que o tema da mutilação genital feminina e da violência obstétrica constituem violações ao direito de meninas e mulheres, uma vez que retira delas a própria autonomia corporal, o que viola diretamente os instrumentos jurídicos citados anteriormente, e comprova a relação entre o tema trabalhado e a Cooperação Internacional em Direitos Humanos, pois somente através do uso conjunto de todos os instrumentos normativos e os esforços compartilhados dos atores internacionais se torna possível o início de uma reflexão e início de um possível enfrentamento a essas formas de violação aos direitos humanos das mulheres.

Outrossim, a partir dos referenciais teóricos abordados, esta pesquisa leva em consideração que práticas prejudiciais à saúde física e mental de meninas e mulheres, ainda que na configuração de práticas tradicionais e culturalmente diferenciadas, acabam por representar subjugação de um gênero em detrimento de outro.

Assim sendo, tal fato acaba por representar a manutenção de sociedades patriarcais baseadas na desigualdade entre homens e mulheres, na medida que práticas como MGF e a violência obstétrica são justificadas, ainda que não abertamente, como estratégia de controle dos corpos das mulheres, de suas

direitos e obrigações, nos termos desta Constituição; II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

experiências e sensações. Assim, com a realização do presente estudo, visa-se a elaboração de medidas em prol da emancipação e empoderamento feminino para que seja possível alcançar a efetiva igualdade material, tanto consagrada em tratados internacionais.

Ainda, pode-se afirmar o impacto prático e social da presente pesquisa, pois a discussão jurídica de fundo diz respeito ao planejamento de condutas e medidas para a erradicação da MGF e da violência obstétrica visando a concretização dos direitos das mulheres, em especial a igualdade material, a impossibilidade de ser submetida a ritual de tortura, a emancipação e a educação

Por fim, importante se faz mencionar que os direitos das mulheres estão assegurados por diversos tratados internacionais, ou seja, não estamos diante de um quadro de escassa legislação em âmbito supranacional, e muito menos de lacuna de proteção jurídica, mas de clara permissividade social que acarreta violação de direitos.

Evidente, pois, que o necessário, neste momento, é a elaboração de um estudo para que seja possível a estruturação futura de um plano de ação para a erradicação das práticas da MGF e da violência obstétrica, que coaduna com o objetivo desta pesquisa científica, presentes, dessa forma, os impactos jurídico, prático e social.

Por fim, a presente dissertação será encerrada com o tópico da conclusão, momento em que será respondida a pergunta central da presente investigação científica, qual seja: partindo do pressuposto de que a mutilação genital feminina é uma manifestação cultural, podemos entender a violência obstétrica também como uma manifestação cultural, ainda que praticadas em regiões geográficas distintas e, por isso, podemos comparar ambas as práticas para a construção de uma política de enfrentamento centralizada na retomada da autodeterminação corporal pelas mulheres? Ou seja, a violência obstétrica – analisada dentro do recorte temático estabelecido, pode ser considerada uma forma de MGF? Ou esta definição é aplicável apenas no seu significado original?

Isto posto, o objetivo do presente trabalho é justamente analisar ambas as práticas para verificação de pontos de convergência entre ambas, bem como pontos de distinção, o que possibilita eventual comparação e sua equiparação também do ponto de vista dos *standards* normativos em direitos humanos. Outrossim, os objetivos

específicos residem, justamente, na análise dos documentos jurídicos e referenciais teóricos sobre os temas para se alcançar uma conclusão.

2. DOS REFERENCIAIS TEÓRICOS APLICÁVEIS À PRESENTE PESQUISA.

Antes de iniciarmos efetivamente a análise comparativa entre a mutilação genital feminina e a violência obstétrica se faz importante frisar que a presente dissertação utilizou de referenciais teóricos que auxiliaram na interpretação das informações obtidas através dos trabalhos utilizados ao longo da presente pesquisa.

Os referenciais teóricos se mostram importantes, pois auxiliam o interlocutor na compreensão total do presente estudo, entendendo qual foi o ponto de partida da análise e o porquê de determinadas informações serem interpretadas de determinada maneira.

Assim, abaixo serão apresentados os referenciais teóricos desta dissertação, indicando expressamente seus autores e os conceitos por ele desenvolvidos.

2.1. MANIFESTAÇÕES CULTURAIS, ESTIGMA E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.

A presente dissertação não visa uma análise propriamente antropológica ou sociológica da mutilação genital feminina e da violência obstétrica, contudo, para compreendermos as referidas práticas há que se levar em consideração o peso que as manifestações culturais que permeiam as sociedades em que elas ocorrem possuem.

Para tanto, nos baseamos no livro “Cultura: um conceito antropológico” de Roque de Barros Laraia, e na Convenção sobre a Proteção e Promoção da Diversidade das Expressões Culturais, promulgada no Brasil através do Decreto nº 6.177 de 2007. Isso porque, no artigo 4º da referida convenção há a definição dos conceitos de diversidade cultural, conteúdo cultural e expressões culturais.

O primeiro pode ser entendido como as diferentes formas que diferentes grupos e sociedades encontram para manifestar suas expressões próprias, que são transmitidas internamente aos grupos e/ou sociedades (BRASIL, 2007). Já o segundo conceito, o de conteúdo cultural, pode ser entendido como o caráter imaterial significativo, ou simbólico, que compõe as expressões identitárias (artística e valores culturais) daquele determinado grupo ou sociedade (BRASIL, 2007).

Por fim, expressões culturais podem ser entendidas como “expressões que resultam da criatividade de indivíduos, grupos e sociedades e que possuem conteúdo cultural” (BRASIL, 2007).

Ainda, tentando conceituar o que seria cultura, nós nos apoiamos em LARAIA (2001):

O homem é o resultado do meio cultural em que foi socializado. Ele é um herdeiro de um longo processo acumulativo, que reflete o conhecimento e a experiência adquiridas pelas numerosas gerações que o antecederam. A manipulação adequada e criativa desse patrimônio cultural permite as inovações e as invenções. Estas não são, pois, o produto da ação isolada de um gênio, mas o resultado do esforço de toda uma comunidade (LARAIA, 2001).

Manifestações culturais poderiam ser entendidas, e assim o foram pela presente pesquisadora, para fins de análise dos temas abordados na presente dissertação, como a exteriorização das características de um grupo ou sociedade que possuem significação própria dentro daquele contexto em que estão inseridos e que por isso englobam aspectos de identificação daquele grupo, e consequentemente geram o sentimento de pertencimento.

Não obstante, entendemos que uma prática cultural não é estática, pois nasce dos primeiros agrupamentos sociais e segue assimilando significados e características e, com isso, se desenvolve na história adquirindo novas facetas e atos de exteriorização junto com o desenvolvimento do grupo que a assimila e a reproduz.

De maneira similar à linguagem, a cultura não é uníssona e invariável; pelo contrário, se acomoda e se ajusta lado a lado com o desenvolvimento humano, sendo esse ponto de grande relevância para o presente trabalho.

Como visamos analisar práticas que são entendidas pelas normas de proteção de direitos humanos como violações aos marcos civilizatórios da humanidade (MGF e violência obstétrica); como pretendemos analisá-las sob o viés cultural de sua evolução; bem como considerando o enraizamento nas sociedades em que são praticadas, o caráter não estático das manifestações culturais nos indica que uma mudança de paradigma de fato é possível, não se tratando, pois, o presente estudo de mera fantasia jurídica ou incômodo pessoal da pesquisadora que o conduziu.

Assim, reafirmamos com LARAIA (2001), que “a manipulação adequada e criativa desse patrimônio cultural permite as inovações e as invenções” e, quiçá,

intervenções, através de políticas públicas e sociais de enfrentamento, como estratégia de câmbio desses fenômenos.

E isso não significaria, por si só, uma violência contra um determinado grupo culturalmente diferenciado, especialmente se essas mudanças forem gestadas dentro do próprio grupo, como é o caso de mulheres que buscam um parto humanizado ou que se organizam para conscientizar uma determinada população sobre a existência da violência obstétrica. Sobre isso, podemos citar, por exemplo, a “Marcha Pelo Parto Humanizado” e a “Marcha pelo Parto em Casa” que significou e significa o pedido das mulheres, através de manifestações públicas, da retomada do poder sobre os próprios corpos durante do processo de parto e um atendimento digno e que respeite integralmente as mulheres e seus bebês. Conforme CARNEIRO (2015):

Se não fosse pelos relatos, eu não teria conseguido. Para mim foi muito importante ler relatos de parto que me diziam que era possível (Notas da reunião do grupo independente, 2009). Fragmentos de notas de campo como esta preenchem os meus diários de campo de observação dos grupos de preparo que etnografei durante dois anos, ou seja, a ideia de que uma história encoraja a outra se repete, consolidando reconhecimento e sensação de pertencimento entre algumas dessas mulheres. O fato de encontrarem outras mulheres que também narram tristeza, desconforto e uma sensação de invasão no pós-cesárea parece aproximá-las de um círculo de autoajuda e pertença, onde deixam de se sentir como “uma bípede estranha que não conseguiu parir”, segundo o correio eletrônico recuperado acima de uma das mulheres do grupo institucional. (CARNEIRO, 2015).

Para TEMPESTA e FRANÇA (2021), hoje em dia existem várias organizações não governamentais (ONGs) e coletivos que organizam marchas e se manifestam através de redes sociais, bem como artistas que utilizam suas obras e ativistas que usam da arte com viés político. Soma-se a isso a elaboração de documentários – como o “O Renascimento do Parto”⁶, além de doulas⁷ que realizam rodas de conversa com a finalidade de levar informação até a gestante de que existem outras formas de parir, não sendo um parto marcado por intervenções médicas a única possibilidade vigente.

Quando analisamos a MGF, podemos citar, como movimento social em prol da conscientização e erradicação e consequente ressignificação desta prática, o caso da modelo somali Waris Dirie, que é uma modelo e ativista em direitos humanos e que foi vítima da MGF aos cinco anos de idade e hoje luta para sua extinção. Para tanto,

⁶ Documentário dirigido por Eduardo Chauvet, com duração de uma hora e trinta minutos.

⁷ Essas profissionais podem ser encontradas através da Federação de Doulas do Brasil: <https://fenadoulasbr.com.br/> ou da página no *instagram* “@fenadoulasbr”.

criou a Fundação Flor do Deserto⁸ (“*Desert Flower Foundation*” em seu nome original), cujo objetivo pode ser analisando no “Manifesto Waris Dirie”, que exige: 1) que o mundo reconheça a MGF como um problema comum a todos os países e que as pessoas não podem fechar seus olhos diante deste ato; 2) que toda comunidade religiosa deve se posicionar claramente contra a prática da MGF; 3) toda vítima da MGF que precise de ajuda deve ter o direito de obtê-la; 4) todos os governos devem promulgar leis que protejam as meninas da MGF e permitam que os perpetradores e seus cúmplices sejam levados à justiça; 5) que seja obrigatório que qualquer caso que venha à luz de MGF seja reportado a autoridades competentes; 6) que todos os países passem a considerar a MGF como perseguição política e como motivo de asilo; 7) que todos reconheçam a MGF como tortura e não cultura; 8) que todas as vítimas de MGF sejam tratadas com respeito e sensibilidade; 9) que todos os profissionais de saúde sejam treinados e se informem sobre a prática da MGF e sobre como prestar atendimento às vítimas. 10) que todas as vítimas que desejam tenham acesso a cirurgias com a finalidade de neutralizar os danos, bem como direito ao aconselhamento psicológico; 11) que a MGF seja um assunto que possa ser discutido abertamente; 12) que todos os grupos que trabalham para combater a MGF se reúnam e concordem sobre suas políticas e estratégias; 13) que todas as ONGs que lutam para combater a MGF disponham de financiamento suficiente para funcionarem de forma eficaz; e 14) que todos coloquem em ação o sonho de Waris Dirie para acabar com a MGF⁹.

Outro conceito importante a ser utilizado e analisado no decorrer da presente dissertação é o de estigma desenvolvido por Erving Goffman, em sua obra intitulada “Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”, publicada em 1980. Segundo o autor o termo estigma é utilizado de maneira similar ao seu sentido original (que consistia aos sinais corporais que diferenciavam os normais – aqueles dentro de um padrão social aceitável, dos anormais – aqueles que fogem do padrão), porém hoje é mais utilizado para discursar sobre a “própria desgraça” do que a evidência corporal.

⁸ Nome por ela utilizado em seu livro e autobiografia, que foi adaptado pelo cinema em 2008, intitulado também como Flor do Deserto.

⁹ As informações foram obtidas no site da própria organização, que podem ser encontrado no seguinte link: <https://www.desertflowerfoundation.org/en/about-dff.html>.

Sobre isso, diz o autor:

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser - incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável - num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem - e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real. (GOFFMAN, 1980).

Para NUNES (2009), Goffman apresenta três tipos de estigmas: as deformidades físicas (abominações corporais), culpa de caráter individual (vontade franca, desonestidade, crenças falsas, e outras) e os estigmas de religião, raça e nação. E ainda, o autor nos forneceria elementos essenciais para entender a identidade, pois nela se cruzariam os três elementos constitutivos, o pessoal, o social e o ego, isso porque nossa identidade social “é o que outros acham que somos em virtude de nossas filiações a determinados grupos e nosso ego (autoidentidade) refere-se ao que pensamos sobre nós mesmos” (NUNES, 2009).

Assim, seria possível dizer que o estigma caracterizaria um momento de ruptura para os indivíduos (ASSENSIO e SOARES, 2022), isso porque nossas interações sociais são marcadas por expectativas de aderência a determinados padrões e condutas tidos como “esperados”. Seria justamente a discrepância entre um atributo e uma expectativa que produziria o estigma (ASSENSIO e SOARES, 2022),

Consequentemente, o conceito de estigma acaba por ser utilizado nesta pesquisa, na medida em que ao abordar temas como a violência obstétrica e a MGF, deve-se ter o cuidado de não estigmatizar as vítimas. E esse estigma pode ocorrer inclusive na sociedade em que as mulheres estão inseridas, como na MGF, com a recusa (quando possível) de passar pelo procedimento, o que pode ser encarado como afastamento das crenças culturais e religiosas e consequente segregação da menina ou mulher do meio que ela está inserida.

Em termos de violência obstétrica, o estigma pode ocorrer com a não conformação com o atual paradigma médico do parto, marcado por partos cirúrgicos sem necessidade ou recomendação médica, que faz com que a mulher tenha que

peregrinar pelos profissionais da saúde (seja antes de decidir engravidar ou durante o pré-natal) na busca de uma “autoridade” que reconheça suas vontades e desejos.

Ainda, neste trabalho levou-se em consideração a terminologia violência contra a mulher, aqui entendida a partir de dois marcos jurídicos internacionais importantes para a proteção dos direitos da mulher, que conceituam a discriminação contra a mulher: a Convenção da ONU para a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher e a Convenção Interamericana de Belém do Pará, ambas ratificadas e incorporadas pelo Brasil, respectivamente, pelos Decretos número 4.377 de 13 de setembro de 2022 e Decreto número 1.973 de 1º de agosto de 1996.

A primeira conceitua discriminação contra mulher em seu artigo primeiro:

Para os fins da presente Convenção, a expressão “discriminação contra a mulher” significará toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo (CEDAW, 1979).

Já a convenção de Belém do Pará conceitua em seus artigos primeiro e segundo o que significa violência contra mulher e as formas como esse tipo de violência podem ocorrer:

Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada. (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994 – adotada no Brasil por Decreto em 1996).

Entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica: a. ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual; b. ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e c. perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra. (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994 – adotada no Brasil por Decreto em 1996).

Os referenciais normativos anteriormente mencionados são importantes, pois estabelecem um consenso internacional daqueles países que ratificaram os referidos tratados, acerca do que significa a discriminação contra a mulher e violência contra a mulher, que podem ocorrer em diferentes esferas, não se restringindo ao caráter físico.

Ademais, podemos citar como outro referencial teórico importante para a construção do debate que se pretende na presente dissertação, a professora María Lugones, especialmente em seu trabalho “Colonialidade e gênero”, quando aborda a questão da colonialidade do poder. A autora assim trabalha em seu texto:

Para ponerlo de otro modo, todo control del sexo, la subjetividad, la autoridad, y el trabajo, están expresados en conexión con la colonialidad. [...] Las asignaciones revelan que lo que se entiende por sexo biológico está socialmente construido. Durante la última parte del siglo XIX y hasta la primera Guerra Mundial, la función reproductiva fue considerada la característica esencial de una mujer. [...] El lado oculto/oscuero del sistema de género fue y es completamente violento. Hemos empezado a entender la reducción profunda de los anamachos, las anahembras, y la gente del «tercer género». De su participación ubicua en rituales, en procesos de toma de decisiones, y en la economía precolonial fueron reducidos a la animalidad, al sexo forzado con los colonizadores blancos, y a una explotación laboral tan profunda que, a menudo, los llevó a trabajar hasta la muerte (LUGONES, 2008)¹⁰.

Neste trecho temos duas ideias importantes que devem ser trabalhadas para a compreensão total deste trabalho. Em um primeiro momento, temos o conceito de gênero, que representa, para a segunda onda feminista uma construção social distinta entre sexo biológico (aquele determinado pela morfologia da genitália quando do nascimento) e gênero, que abarca toda estrutura social de carga axiológica do que se espera em termos de comportamento, ocupações e ações de uma pessoa simplesmente por possuir órgãos reprodutivos femininos ou masculinos.

Isso significaria dizer que os corpos nascem sexuados, ou seja, veem ao mundo como machos e fêmeas e somente depois de um processo de socialização (que se altera com o decorrer da história) são constituídos de homens e mulheres (MATTIO, 2012).

Assim, o conceito de gênero é utilizado em nossa sociedade como uma forma de manutenção do *status quo*, ou seja, garantir a perpetuação de uma sociedade

¹⁰ Para colocar de outra forma, todo controle do sexo, a subjetividade, a autoridade e o trabalho são expressos em conexão com a colonialidade. [...] As atribuições revelam que o que se entende por sexo biológico é socialmente construído. Durante a última parte do século XIX e até a primeira guerra mundial, a função reprodutiva foi considerada a característica essencial de uma mulher. [...] O lado oculto/escuro do sistema de gênero foi e é completamente violento. Começamos a entender a redução profunda dos anamachos, anahembras e as pessoas do «terceiro gênero». De sua participação onnipresente em rituais, processos de tomada de decisão e na economia pré-colonial foram reduzidos à animalidade, ao sexo forçado com os colonizadores brancos, e a uma exploração laboral tão profunda que, muitas vezes, os levou a trabalhar até a morte.

machista e patriarcal que mantenha o paradigma de predominância do homem sobre a mulher.

Outra ideia trazida pela autora, LUGONES (2008), é o conceito de colonialidade do corpo associada ao gênero, ou seja, a tomada de controle por parte dos opressores dos corpos dos oprimidos como uma forma de controle destes, o que na mulher se personifica através do controle da sua possibilidade reprodutiva.

Ou seja, na presente pesquisa, analisamos a prática da MGF e da violência obstétrica como uma forma de colonialidade de gênero, uma vez que essas práticas podem ser analisadas a partir da premissa que representam uma forma de controle da sexualidade e reprodutividade da mulher, subjugando-as através do controle exercido em seus corpos, seja com a mutilação ou com a determinação de um processo de parturição que não representa o melhor para a mulher e sim para o médico que conduzirá o procedimento.

Assim, falando de colonialidade, necessário trazer outros referenciais e abordar o aspecto transcivilizacional sob o qual pretendemos realizar a presente pesquisa.

2.2. DO CONCEITO DE BIOPODER E DIREITOS HUMANOS EM PERSPECTIVA TRANSCIVILIZACIONAL

A presente pesquisa visa abordar o tema da MGF não sob um aspecto de superioridade dentro da dicotomia oriente e ocidente, ou sociedade bárbara e desenvolvida, mas como um exercício de compreensão (ainda que sob a sistemática de proteção de direitos humanos e *standards* de proteção de internacional de direitos humanos) desta prática e o que ela representa.

Isso porque, é necessário a realização de um diálogo intercultural para que seja possível preservar os aspectos distintos que tornam cada agrupamento social único sem que se reforce a realização de práticas tradicionais que são tidas como prejudiciais ou a sobreposição de uma cultura sobre outra, que dentro da sistemática capitalista que temos no planeta acabaria por representar a opressão dos demais países frente às grandes potências financeiras.

Para tanto, e com o propósito de ampliar os vieses culturais da pesquisa, foi utilizado como referencial teórico o Professor Yasuaki Onuma, em sua obra “Direito Internacional sob Perspectiva Transcivilizacioanal”. Segundo GIANNATTASIO (2018), a pretensão de Onuma como o seu estudo é promover uma forma de desconstrução, não das regras normativas-jurídicas positivadas, mas sim reconstruir a legitimidade do direito internacional contemporâneo, ao reconhecer as distintas manifestações culturais jurídicas que coexistem ao redor do mundo, com igualdade na vocalização dos seus interesses no ambiente internacional de disputa por direitos, ou seja, haveria a necessidade de retrabalhar as estruturas cognitivas basilares do direito internacional (GIANNATTASIO, 2018).

Ainda, dentro do estudo da “transcivilização do direito internacional” podemos citar SILVA *et al* (2018), que traz da seguinte forma os ensinamentos do professor Onuma:

Assim, não se trata a perspectiva transcivilizacional do direito internacional de defesa de altruísmo nas relações internacionais para se abdicar do exercício arbitrário do poder e da imposição de valores. Ao contrário, tal perspectiva se apoia na percepção de que as bases de poder, a serem equilibradas com noções de legitimidade, estão se alterando de modo que possibilite que o direito internacional seja edificado sob a consideração de diferentes culturas, transformando-as em conteúdo comum. (SILVA *et al* 2018).

Nas palavras do próprio autor, a adoção da perspectiva transcivilizacional por ele elaborada acaba ao final por duvidar da premissa da universalidade sobre a qual o direito internacional foi construído e “reconceituá-los novamente a partir de várias perspectivas culturais, religiões e civilizações [...] superando o ocidentalismo” (ONUMA, 2016).

E é justamente sobre essa perspectiva que se busca realizar a presente pesquisa, pois consideramos a existência de mais de uma manifestação cultural com característica da própria diversidade humana. Ou seja, não se pretende apontar para a MGF e enxergá-la como um reflexo de uma sociedade menos desenvolvida, mas entender que esta prática, ainda que contrária aos *standards* de proteção internacional de direitos humanos, possui algum papel nas sociedades que a praticam e que, ao mesmo tempo, considerando os movimentos para sua eliminação, podem servir de apoio para a eliminação de outras práticas semelhantes em outros lugares do planeta.

Dessa forma, o caminho rumo à erradicação não envolve a sobreposição de manifestações culturais ocidentais sobre outras manifestações distintas muito pelo contrário, busca-se uma aproximação e construção de um diálogo que permita a ressignificação das práticas, pois somente com o esforço de todos os agentes sociais (Estados, membros da comunidade, lideranças religiosas) se tornará possível a desconstrução de práticas que destituem as mulheres da condição de titulares de dignidade.

Uma imposição de determinado comportamento ou a simples proibição da prática, além de inefetiva, pode levar ao ocultamento de ocorrências e subnotificação, o que se tornaria mais prejudicial para meninas e mulheres que, novamente, perderiam ainda mais a voz neste processo.

Assim, o Professor Yasuaki Onuma nos ensina que é necessário o diálogo intercultural descentralizado do ocidente, pois somente com a participação de todos é que a problemática da legitimidade do direito internacional poderá ser reduzida, ou quiçá superada.

Por fim, e não menos importante, outro referencial teórico utilizado na presente dissertação foi o conceito de biopoder elaborado por Michel Foucault. Isso porque, “neste nível mais geral, então, o conceito de ‘biopoder’ serve para trazer à tona um campo composto por tentativas mais ou menos racionalizadas de intervir sobre as características vitais da existência humana.” (RABINOW e ROSE 2006). Ou ainda:

No entanto, na tentativa de fazer um diagnóstico a partir ‘do meio’, pensamos que o conceito de biopoder direciona nossa atenção em três elementos chave que estão em jogo em qualquer transformação: o conhecimento de processos de vida vitais, as relações de poder que adotam os humanos como seres vivos como seu objeto, e os modos de subjetivação através dos quais os sujeitos atuam sobre si próprios *qua* seres vivos –, assim como suas múltiplas combinações. (RABINOW e ROSE 2006).

Ou ainda, nas palavras de FURTADO e CAMILO (2016):

Por meio da temática do biopoder, Foucault percorre duas linhas de forças envolvidas na produção de subjetividades: De um lado, o poder totalizante, o qual cria aparatos estatais capazes de governar populações, levando a um processo crescente de massificação e burocratização da sociedade; de outro, complementar a esse poder, encontram-se as técnicas individualizantes, consistentes em saberes e práticas destinados a dirigirem os sujeitos de modo permanente e detalhado. O conceito de biopoder mostra-se relevante para a compreensão da sociedade atual, pois permite evidenciar a ação das duas linhas de forças, tendo em vista a importância assumida pelas ciências biomédicas e pela biotecnologia nas últimas décadas. Desde o período histórico retratado aqui, o qual se estende do

século XVII ao início do século XX, os saberes e as técnicas de manipulação da vida conheceram um vertiginoso desenvolvimento. Desenvolvimento que requer instrumentos de análise aptos a elucidar seus riscos e benefícios. (FURTADO e CAMILO, 2016).

Assim, o biopoder deve estar presente na análise aqui proposta (MGF e violência obstétrica), na medida em que ao fim e ao cabo ambas as formas de violência contra a mulher possuem em seu caráter intrínseco o controle de seus corpos, suas experiências e sua sexualidade.

Isso porque, em algum momento foi convencionado que era possível e aceitável o controle do corpo das mulheres como uma forma de controle das próprias mulheres, em uma espécie de colonização dos corpos femininos, utilizando-a como ferramenta de controle e opressão, subjugando-as a posições inferiores em relação aos sujeitos que possuem o controle da sociedade. Assim, é possível enxergar os corpos femininos e suas experiências com viés político, na medida em que as condutas ou ações são tomadas com uma finalidade, que em último grau se revela na manutenção da sociedade patriarcal e machista.

Feitas estas considerações iniciais, passaremos, agora, ao mérito da presente pesquisa, qual seja: a análise comparativa entre a MGF e a violência obstétrica fisicamente invasiva no Brasil.

3. ANÁLISE COMPARATIVA – MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.

Conforme esclarecido na introdução, o presente trabalho visa realizar uma análise comparativa entre a MGF e a violência obstétrica, utilizando-se como pontos de comparação os seguintes indexadores: 1) manifestações culturais que permeiam as práticas; 2) definição conceitual; 3) classificação e tipos; 4) quem são os agentes praticantes dos referidos atos, e o que isso representa em sua perpetuação; 5) consequências oriundas da MGF e da violência obstétrica; e 6) política de enfrentamento em âmbito global pelos órgãos internacionais de proteção de direitos humanos (ONU, OEA, CE e UA).

3.1. ASPECTOS CULTURAIS E HISTÓRICOS QUE ENVOLVEM AS PRÁTICAS DA MGF E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.

A MGF é uma prática que coloca em risco a saúde física, psicológica e reprodutiva de mulheres e meninas, sendo estimado que mais de 200 milhões delas foram vítimas ao redor do mundo (OMS, 2018), sendo que a prevalência global da referida prática ocorre no continente Africano, onde mais de 125 milhões de meninas e mulheres foram submetidas à MGF (UA, 2022).

A MGF nada mais é do que o corte genital feminino sem qualquer razão ou justificativa médica que promova a saúde integral da mulher. Para que seja possível a compreensão da situação em que estão inseridas meninas e mulheres é importante fazer um paralelo entre a MGF e circuncisão masculina¹¹. Esta, quando praticada em ambiente higienizado, apresenta baixo risco à saúde masculina, sem indicativo de efeitos colaterais longínquos. Ademais, foram feitos estudos que comprovam que referido ato é capaz de reduzir o risco de infecção ocasionada pela HIV (AUVERT et al., 2005).

¹¹ Ainda que seja um pleonismo, gramaticalmente falando, o objetivo da utilização do termo circuncisão masculina, é para evidenciar na presente dissertação, ainda mais, que a MFG e a circuncisão não devem ser comparadas, enquanto modificações genitais, ainda que ambas possam ocorrer sem consentimento, pelo contexto cultural e bioético e de significados que ambas trazem consigo.

Assim, é possível afirmar que a circuncisão toma contornos bioéticos diferentes quando comparados à MGF na medida em que a primeira pode ser considerada um tratamento científico válido para grupo de condições relativas à saúde genital do homem, como a fimose, parafimose, balanite crônica (doença inflamatória que ocorre no prepúcio masculino) e a síndrome do excesso do prepúcio (PALHARES E SQUINCA, 2013).

De outro lado, a MGF pode ser encarada como uma manifestação cultural, muitas vezes justificada pela religião, que tem a finalidade de manutenção da “honra familiar”, que torna a mulher apta à vida conjugal e para que seja considerada uma “boa esposa”. Por consequência, sem a MGF ocorre o risco da segregação social e das barreiras que impedem a mulher de ascender socialmente. Devido ao fato de que em muitas sociedades patriarcais o casamento é visto como uma forma de ascensão social.

Isso porque, conforme gráficos que serão apresentados no decorrer da presente pesquisa, há indicativos de que a prática da MGF é reiterada, existindo países em que a chance de meninas e mulheres entre quinze e quarenta e nove anos serem vítimas da MGF chega a mais de 90% (OMS, 2022). Da mesma forma, a recusa em submeter-se a tal prática pode resultar em segregação social da mulher.

Em relatório lançado pela UA em 2022¹², é informado que a origem da prática da MGF continua desconhecida, com inúmeras explicações de origem etiológica. Contudo, acredita-se que a MGF foi o resultado da inserção no sistema de valores de determinados grupos sociais, o que significa ser mulher, o que representa o controle exercido no corpo e sexualidade de meninas e mulheres, e consequentemente a expressão do poder exercido em seus corpos.

Assim, uma vez entendido como norma, uma conduta esperada de “boas mulheres”, a não submissão à prática pode levar à exclusão, o que torna o enfrentamento da MGF muito complexo, porque deve ser abordado por diversas frentes. Assim, a simples criação de uma lei não coibiria a prática, até porque já existem leis nesse sentido que não se mostram eficazes (do mesmo modo que existem leis que proíbem práticas que lesionem mulheres durante o parto e que, do

¹² Getting to Zero Female Genital Mutilation in Africa.

mesmo modo, não são respeitadas). Isso significa dizer que o enfrentamento deve ser iniciado através do empoderamento de meninas e mulheres, em conjunto com o diálogo com a comunidade, por se tratar de prática cultural.

O referido argumento fica ainda mais nítido quando analisado o registro de aumento dos casos de MGF durante a pandemia de COVID-19, quando foi necessário fechar escolas, centros de apoio às pessoas em risco e o isolamento das comunidades, o que impediu o diálogo social e o controle de organizações que trabalham para a erradicação da prática (UA, 2022).

Isso resultou, em 2022, na estimativa de que mais de cinquenta milhões de meninas poderiam ser mutiladas na África até 2023 (UA, 2022).

O que se pretende, pois, é a comparação da MGF com eventos relacionados à prática da violência obstétrica no Brasil, limitando como objeto de estudo da presente dissertação as formas de violência obstétrica fisicamente invasivas no corpo da parturiente, especificamente a episiotomia, o excesso de sutura vaginal – popularmente conhecido como “ponto do papai” - e a manobra de Kristeller.

A delimitação do objeto de pesquisa referente à violência obstétrica é importante, uma vez que a violência obstétrica pode ocorrer durante a gestação, parto ou pós-parto (puerpério), configurando desrespeito à autonomia da mulher, do seu corpo e dos seus processos reprodutivos, podendo ser manifestada através de violência verbal, física ou sexual, ou ainda quando da adoção de procedimentos médicos sem evidências científicas ou completamente desnecessários, o que resulta prejuízo à qualidade de vida da mulher, seja no aspecto físico, emocional ou sexual (SES/MS, 2021).

Assim, para que fosse possível a utilização da metodologia que aqui pretendemos, foi necessária a limitação do campo de análise, uma vez que a MGF, ainda que cause danos psicológicos e possa prescindir de violência verbal, não fica apenas limitada a essas esferas – o que pode ocorrer com a violência obstétrica, o que impossibilitaria a comparação.

Nesse sentido, a prática da violência obstétrica no Brasil pode ser evidenciada através da pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento”. Na referida pesquisa foram entrevistadas 23.894 mulheres, entre

fevereiro de 2011 e outubro de 2012, que deram à luz em algum dos 266 hospitais de médio e grande porte selecionados para a investigação, localizados em 191 cidades do Brasil. Evidenciou-se assim que dessas mulheres, 52% tiveram cesarianas e 48% tiveram parto natural, mas apenas 5% das que não fizeram cirurgia tiveram trabalho de parto sem intervenção médica, enquanto as outras 95% foram submetidas a alguma forma de intervenção física, a maioria delas sem qualquer evidência de necessidade (FIOCRUZ, 2012).

Dessa forma, este capítulo abordara a chamada perspectiva médica do parto. Ela foi se construindo no Brasil, quando as mulheres tiveram que sair de suas casas para ir aos hospitais para dar à luz. Consequentemente, tiveram de obedecer a um calendário e a normas rigorosas, perdendo a voz no processo. Esse cenário ganhou vida a partir da construção da ideia de que os médicos são os únicos detentores do conhecimento desse ato milenar, que é justamente essa perspectiva médica do parto (O RENASCIMENTO, 2013).

Outrossim, uma das consequências da MGF está diretamente relacionada com o parto, pois o tecido cicatrizado pode ser lacerado durante o parto, as mulheres que foram infibuladas precisam ser excisadas, há um aumento do número de cesarianas e um aumento da taxa de mortalidade perinatal de 15% a 55% nas mulheres vítimas da MGF (FRIAS e GOMES, 2014). Bem como há uma maior chance de lacerações graves do períneo durante o trabalho de parto e o aumento da utilização da episiotomia (SANDRA et al, 2013).

Feita está pequena introdução dos aspectos históricos que estão presentes nestas práticas e as manifestações sociais que as permeiam, passaremos à definição conceitual.

3.2. DEFINIÇÃO CONCEITUAL.

O segundo ponto elegido para continuar a análise comparativa entre a MGF e a violência obstétrica foi a definição conceitual. Ainda que não se espere que os conceitos aqui abordados sejam idênticos, na medida em que tratam de práticas distintas, necessário tanto à pesquisadora como ao interlocutor a fixação do que se pretende comparar, para que posteriormente seja possível a construção do diálogo pretendido.

Diferentemente da violência obstétrica, cuja definição conceitual não é estática, há, quando analisamos a MGF, um maior consenso internacional quanto ao que significa em termos práticos essa forma de violência contra a mulher. Segundo a OMS, a MGF consiste na retirada total ou parcial dos órgãos genitais femininos sem qualquer indicação médica (OMS, UNICEF e UNFPA, 1997).

Já a violência obstétrica, seja pelo ocultamento e condescendência social, seja pelo ineditismo do termo (conceituado pela primeira vez em legislação latino-americana em 2007¹³) ou pela confusão com a terminologia do erro médico, não há como fixar uma conceituação permanente e clara como na MGF.

Isso porque, as discussões e debates sobre o tema podem ser remetidos para o final dos anos noventa, para DIAS *et al* “o silêncio sobre o tema foi rompido por uma reportagem da revista norte-americana Ladies Home Journal intitulada “Crueldade nas Maternidades” (DIAS *et al*, 2021), e ainda:

No mesmo período, em manifestações em igual sentido no Reino Unido, teóricas feministas denunciaram as condições ofertadas pelos hospitais e a brutalidade do tratamento médico nos procedimentos de pré-parto, parto e pós-parto. Entre as décadas de 1960 e 1980, publicações oriundas dos movimentos feministas foram igualmente essenciais para conferir publicidade às práticas violentas sofridas pelas mulheres nas maternidades, bem como contribuíram para o aumento de denúncias. [...] No âmbito da América Latina citam-se dois estudos: um realizado em 1998 no Peru sobre as violências praticadas contra as mulheres nos serviços públicos de saúde; e o pioneiro trabalho brasileiro intitulado “Espelho de Vênus”, de 1981, que descreveu a violência sofrida no parto institucionalizado (hospitalar). (DIAS *et al*, 2021).

Consequentemente, é possível perceber que a temática da violência obstétrica começou a ser discutida muito recentemente, colocada em pauta inicialmente por movimentos sociais que buscaram chamar a atenção para práticas reiteradas de violência que estavam ocorrendo contra mulheres em ambientes hospitalares, antes, durante e após o processo de parto.

PERES e PERUZZO (2021) alertam para o fato de que no *site* do DATASUS não é possível localizar registros específicos sobre a violência obstétrica dentro do sistema de atendimento público à saúde, e ainda apontam para a ausência de identificação na doutrina de um conceito unívoco.

¹³ Lei nº 38.668 de 2007 promulgada na Venezuela – “Lei orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência”.

No mesmo sentido, reforçando as informações trazidas por aqueles autores, quando da análise da “Ficha De Notificação, Investigação Individual, Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais’ – SINAN, segundo o próprio documento, elaborado para atender ao Decreto-Lei nº 5.099/2004, que regulamentou a Lei nº 10.778/2003, não menciona expressamente o termo violência obstétrica. Tal fato se mostra relevante na medida que o instrumento normativo citado “institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher” (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2006)¹⁴.

Conforme informado anteriormente, no referido documento não há menção expressa ao termo violência obstétrica, em que pese exista a referência ao “estabelecimento de saúde” como local de ocorrência da violência contra a mulher (item 31 da ficha). E, mesmo existindo como local de ocorrência da violência o estabelecimento de saúde, não existe previsão no rol de tipos de violência praticada (item 42 da ficha) a violência médica, e, ainda não há a previsão do médico e/ou agente de a saúde como perpetrador da violência quando requerida a informação de relação do agressor com a vítima atendida (item 46 da ficha), existindo apenas o termo “pessoa com relacionamento institucional”, que além de vago é amplo.

Isso significa que é possível notificar os casos de violência obstétrica praticada contra as mulheres, porém não é possível o levantamento claro de estatísticas sobre a prática, através deste documento.

Por fim, ainda que a ficha permita a indicação de um Classificação Internacional de Doenças (CID) para identificação do evento ocorrido, quando analisamos a prática da violência obstétrica, não há uma CID específica para este tipo de ocorrência, havendo apenas CIDs genéricas como a que se refere a “Outros traumatismos obstétricos (CID O71) e Traumatismo obstétrico não especificado (CID O719).

Logo, conceituar a prática de forma incontroversa se mostra, ainda nos dias de hoje, uma tarefa árdua e muito relevante. Para facilitar essa jornada, se faz importante trazer a conceituação dada pela legislação venezuelana anteriormente citada, que assim definiu violência obstétrica, em seu artigo 15, item 13:

¹⁴ A referida ficha para notificação de casos de violência contra a mulher pode ser encontra no seguinte *link*: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf.

Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (VENEZUELA, 2007).¹⁵

O movimento foi seguido pela Argentina, que em 2009 publicou a Lei 26.485 – “Lei de Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nas áreas em que desenvolvem suas relações interpessoais”. Contudo, conforme ANDRIGHETTO e REINHEIMER (2023), a preocupação da Nação Argentina com a saúde da mulher no processo pré/pós e durante o trabalho de parto é anterior, na medida em que, em 2004, foi editada a Lei número 25.929, conhecida como Lei do Parto Humanizado, ou seja, o cuidado com a saúde materna é anterior à conceituação da prática da violência obstétrica.

Assim, na Lei número 26.485/2009, no seu artigo 6º, item e, foi conceituado na Argentina a violência obstétrica como: “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.” (ARGENTINA, 2009)¹⁶.

Nesse sentido, é possível notar que ambas as legislações possuem em comum a apropriação, por parte dos profissionais da saúde, do corpo e o processo reprodutivo de mulheres, que resulta em um trato desumanizado e na excessiva patologização (transformar em doença/patológico) algo que inicialmente não era.

Tal cenário foi construído, ainda que não se pretenda fazer aqui uma análise histórica de todos os processos que levaram à construção do paradigma atual que é a violência obstétrica, a partir do momento que as mulheres começaram a se deslocar de suas residências para os hospitais para experienciar o momento do parto, com isso, elas deixaram de serem consideradas protagonistas do ato, perdendo a voz para os profissionais da saúde, que através de argumentos de autoridade se impõe à

¹⁵ [Tradução da Autora]. Violência obstétrica: se entende por violência obstétrica a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres, pelo profissional da saúde, que se expressa em um trato desumano e um abuso de medicalização e patologização de processos naturais, que traz consigo a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidades, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres.

¹⁶ [Tradução da Autora]. Violência obstétrica: aquela exercida pelos profissionais da saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressando um trato desumano, um abuso de medicalização e patologização de processos naturais, em conformidade com a Lei 25.929.

vontade da mãe e parturiente, que por sua vez, seja por receio de serem culpadas de algum mal aos seus bebês, seja por ausência de conhecimento técnico, acabam concordando, supondo que estão fazendo o melhor para elas e para o próprio corpo.

Essa conclusão não se mostra absurda, e pode ser corroborada pela pesquisa realizada, e que posteriormente se transformou em um documentário, intitulado “Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras”, desenvolvido em 2012 como atividade do Grupo de Pesquisa CNPq “Gênero, Maternidade e Saúde” do Departamento de Saúde Materno-Infantil, FSP/USP.

O documentário traz o relato enviado por diversas mulheres do Brasil que querem compartilhar, e não mais ficar caladas, a respeito da violência obstétrica por elas sofridas, sendo que em um dos casos compartilhado, houve a morte do bebê em decorrência das práticas realizadas. Uma das mulheres que compartilhou sua história, Thais Terra Marcondes, assim relatou:

“E aí um pouco antes de eu fazer quarenta semanas, o médico disse que a gente ia marcar cesárea. Eu não via necessidade de marcar essa cesárea [sic], já que podemos esperar até quarenta e duas semanas para o bebê nascer. E eu bati o pé, não, eu não quero, não quero, não quero, quero esperar até quarenta e duas semanas e aí ele me disse, você quer esperar? Tudo bem. A gente espera, mas você vai me assinar um termo de responsabilidade. Como assinar um termo de responsabilidade, sendo que eu não sou médica, eu nunca tive filho, eu não entendo nada de parto, não entendia nada de parto. [...] Por medo, eu acabei aceitando e ele marcou a cesária [sic.] e a gente internou no hospital em um sábado às 5 horas da manhã porque ele ia pra praia logo depois de parir a minha filha.” (ZORZAM, B. *et al*, 2012).

Enquanto vítimas dessa forma de violência, as vozes das mulheres devem ser colocadas como central neste debate, suas experiências, sentimentos, sensações e relatos são essenciais para seja possível debater o tema, sem que se coloque sobre a mulher o estigma de vítimas sem voz.

No Brasil, em que pese existam projetos de lei que abordem a temática da violência obstétrica, tema que será abordado em outro tópico do presente capítulo, não há uma legislação em âmbito federal que conceitue a violência obstétrica, sendo que o Estado de Santa Catarina foi o primeiro da Nação a regulamentar a matéria, ainda que não conceitue o termo, através da Lei número 17.097/2017, dez anos após a elaboração de lei específica pela Venezuela.

A referida legislação “dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina.” (SANTA CATARINA, 2017), e trouxe em seus artigos os princípios do acesso à informação “à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina e divulgar a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal” (SANTA CATARINA, 2017), através das ações da equipe de vigilância sanitária e divulgação no próprio ambiente hospitalar, dever de fiscalização pela Vigilância sanitária, além de informar os canais para denúncia dos casos de violência obstétrica¹⁷.

Denota-se, pois, que não há uma conceituação de violência obstétrica utilizada amplamente por todos os países, como é com a MGF, o que evidencia a necessidade de se fixar um conceito para o presente trabalho, de forma a possibilitar a análise comparativa desses dois fenômenos.

Ademais, se faz necessária a conceituação da violência obstétrica não apenas para que se possa empregar o método comparativo escolhido para a presente pesquisa, mas sim na medida em que somente com uma definição clara através de instrumentos, preferencialmente cogentes, que se tornará possível a identificação e enfrentamento da violência obstétrica enquanto violência de gênero.

Para tanto, utilizaremos o conceito trazido por ZANARDO *et al* (2017):

“Nesse sentido, significa a apropriação dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de uma atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto”. (ZANARDO, *et al*, 2017)¹⁸.

Consequentemente, temos que tanto a violência obstétrica como a MGF podem ser entendidas como práticas decorrentes de manifestações culturais, que foram fixadas no imaginário coletivo, como necessárias para o pertencimento de meninas e mulheres em uma determinada sociedade (MGF) ou necessárias para que a mulher se torne mãe, como espécies de rituais de passagens impostos à suas vítimas.

¹⁷ Art. 10 da Lei 17.097/2017 de Santa Catarina, Brasil: Qualquer pessoa que tiver conhecimento de caso de violência obstétrica poderá registrar denúncia na Ouvidoria da SES, acessível por meio do sítio eletrônico www.saude.sc.gov.br, devendo ser investigados e punidos os agentes públicos de todos os entes federativos que descumprirem o disposto na Lei nº 17.097, de 2017, e neste decreto.

¹⁸ As autoras deixam claro no texto que para elaborar o conceito aqui trazido foram utilizadas como referenciais teóricos Diniz, 2009; D'Oliveira *et al.*, 2002; Faneite, Feo, & Toro, 2012; García, Díaz, & Acosta, 2013; Terán, Castellanos, Gonzalez, & Ramos, 2013.

Vale ressaltar que estes “rituais” são vistos como necessários dentro de uma perspectiva patriarcal que relega às mulheres os papéis sociais sem qualquer voz na tomada de decisões sobre os destinos dos seus próprios corpos. Em outros termos, tratam-se de práticas que não têm o propósito de garantir saúde integral às mulheres ou evitar enfermidades.

3.3. CLASSIFICAÇÃO E TIPOS DE MGF E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA FISICAMENTE INVASIVA NO BRASIL.

Passaremos agora ao próximo momento da análise comparativa entre a violência obstétrica no Brasil e a MGF, focando nos tipos de violência que são praticadas contra meninas e mulheres em prol da continuidade destes rituais.

Analisaremos, portanto, primeiro os diferentes tipos de MGF. A OMS classifica quatro tipos de MGF (OMS, UNICEF e UNFPA, 1997). O tipo 01, denominado clitoridectomia, consiste na remoção total ou parcial da glândula do clitóris, ou seja, sua parte externa e visível, e/ou do prepúcio clitoriano (também conhecido como “capuz”, a dobra que envolve a glândula do clitóris). Esse tipo de MGF ainda pode ser subdividido em tipo 01A, que retira o prepúcio clitoriano, e tipo 01B, que retira glândula clitoriana em conjunto com o prepúcio clitoriano.

Por outro lado, o tipo 02, chamado de excisão, consiste na remoção total ou parcial da glândula clitoriana e dos lábios menores – eles estão localizados internamente aos lábios maiores e podem ser mais compridos que aqueles, começam no prepúcio do clitóris e vão até debaixo da vagina, envolvendo-a – com ou sem a remoção dos lábios maiores (localizada externamente, formados pelas dobras de pele que envolvem a vulva). Esse tipo de MGF ainda pode ser subdividido em tipo 02A, no qual há a retirada dos lábios menores, tipo 02B que ocorre com a remoção total ou parcial da glândula do clitóris e dos lábios, e tipo 02C que representa a remoção total ou parcial da glândula clitoriana, dos lábios menores e dos lábios maiores.

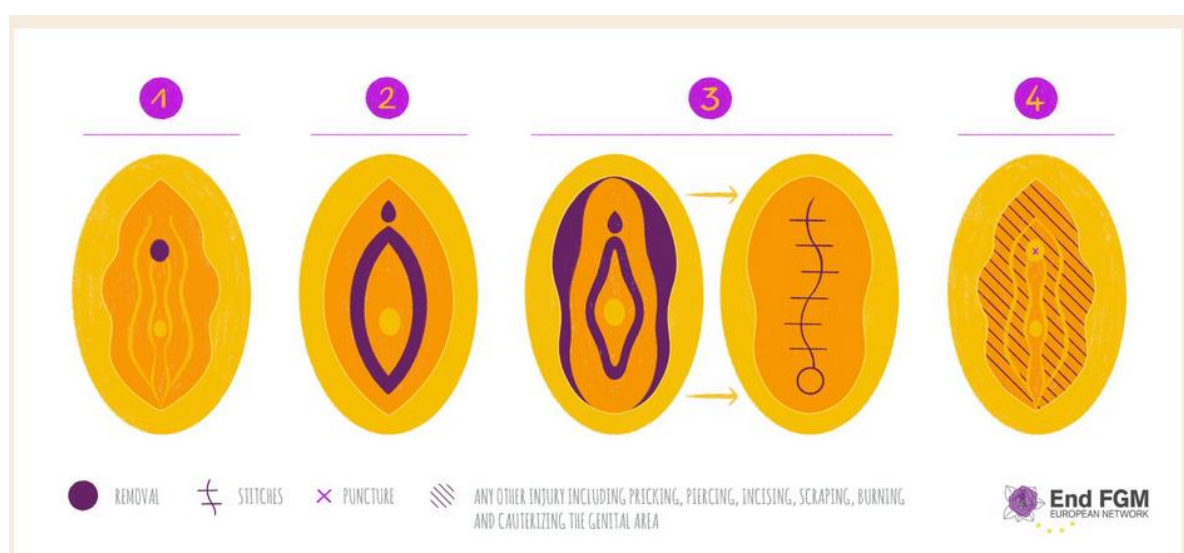
Já o tipo 03 de MGF, denominado de infibulação, que tem como consequência o estreitamento da entrada do canal vaginal através da criação de uma barreira sobreposta. Essa barreira pode ser criada com a sobreposição dos lábios maiores e/ou menores. Pode ser feita com ou sem a retirada do prepúcio e glândula clitoriana, ou seja, o tipo 03 pode ou não vir acompanhado do tipo 01. Esse tipo de MGF ainda

pode ser subdividido no tipo 03A, no qual há a remoção com realocação dos lábios menores e tipo 03B no qual há a remoção com realocação dos lábios maiores.

Por fim, existe o tipo 04 de MGF que engloba toda e qualquer prática prejudicial aos órgãos femininos, sem qualquer indicação médica. Podem ser citados como exemplos: incisões, piercings, raspagens, cauterizações e perfurações.

A Rede Europeia para o fim da MGF (*The End FGM European Network* – em inglês) desenvolveu um quadro ilustrativo dos tipos de MGF para fins educativos e de fácil compressão, sem a necessidade do conhecimento específico das terminologias que envolvem a região íntima feminina:

Figura 01: Quadro ilustrativo dos tipos de MGF segundo a divisão da OMS.



Fonte: Rede Europeia para o fim da MGF¹⁹ – <https://www.endfgm.eu/female-genital-mutilation/what-is-fgm/>.

Por fim, em que pese não esteja inserida dentro dos tipos de MGF pela OMS, também é possível citar a desinfibulação, que consiste na abertura do canal vaginal que foi fechado pela sobreposição dos pequenos e/ou grandes lábios. A referida

¹⁹ Nota da Autora: para fins de acessibilidade da compreensão da imagem apresento a tradução dos termos nela constantes: a) *Removal* (remoção); b) *Stitches* (pontos); c) *Puncture* (perfuração); e d) *Any Other injury including pricking, piercing, incising and cauterizing the genital area* (qualquer outra lesão como incisões, piercings, incisões e cauterizações da área genital).

prática pode ocorrer quando a mulher inicia a sua vida sexual e a abertura do canal permite a penetração, ou para facilitar o trabalho de parto. Além disso, geralmente, a desinfibulação é necessária para melhorar a saúde e bem-estar da mulher que foi vítima do tipo 03 de MFG (OMS, 2018).

A violência obstétrica, por sua vez, não ocorre apenas de forma física e pode ser representada nas esferas verbais, físicas e psíquicas. Para PALHARINI (2017), temos que a violência obstétrica praticada das seguintes formas:

“Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos; cesáreas e episiotomias desnecessárias; imobilização física em posições dolorosas; prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente “já está sentindo dor mesmo”; 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; não informação dos danos potenciais de longo prazo para os nascidos por cesariana; ambiente de maternidade que mantém enfermarias de trabalho de parto coletivas, sem biombo separando os leitos, e que ainda alegam falta de privacidade para justificar o desrespeito ao direito a acompanhante; 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”; 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) ou que questionam ordens médicas; abandono, negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas ou nos casos de aborto incompleto; retenção de pacientes até que saldem as dívidas com os serviços; no Brasil e em outros países, surgem relatos de detenções policiais de parturientes; descumprimento da Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108, de 07/04/2005).” (PALHARINI, 2017).

Isso significa dizer que a violência obstétrica pode ser representada de forma verbal, quando a gestante, parturiente ou puérpera é humilhada, xingada, sofre chacotas por parte dos profissionais da saúde, dentre outras. Ou psicológica, ao informar à mulher que ela pode ser responsabilizada por algum malefício ao seu bebê se optar esperar pelo parto normal, ao não reconhecer a dor da parturiente ou desqualifica-la como mãe ou gestante. Por fim, as formas físicas englobam qualquer interferência no corpo da mulher sem justificativa ou motivo médico que recomende da referida intervenção ou que sustente o seu uso na prática de forma corriqueira e habitual.

Outrossim, conforme explicado na introdução do presente trabalho, aqui abordaremos, como delimitador teórico, apenas as modalidades fisicamente invasivas da violência obstétrica, de forma a viabilizar a comparação com a MGF. Em especial,

abordaremos aqui neste estudo a episiotomia, o chamado “ponto do papai” ou “ponto do marido” e a manobra de Kristeller.

A episiotomia pode ser conceituada como um corte cirúrgico realizado no períneo da parturiente (região localizada entre a vagina e o ânus), sendo as mais comuns a mediana – consistente na realização de um corte vertical a partir dos pequenos lábios em direção ao reto, e a médio-lateral – é realizado um corte diagonal a partir do anel himenal (DOS REIS, *et al*, 2024), cuja a denominação depende do tipo de corte que é realizado na mulher.

Com a finalidade de tornar acessível a discussão aqui criada, se apresenta a figura ilustrativa elaborada por PEÑA e GOMES (2016), na qual há a indicação de como ocorrem ambos os tipos de episiotomia anteriormente mencionados:

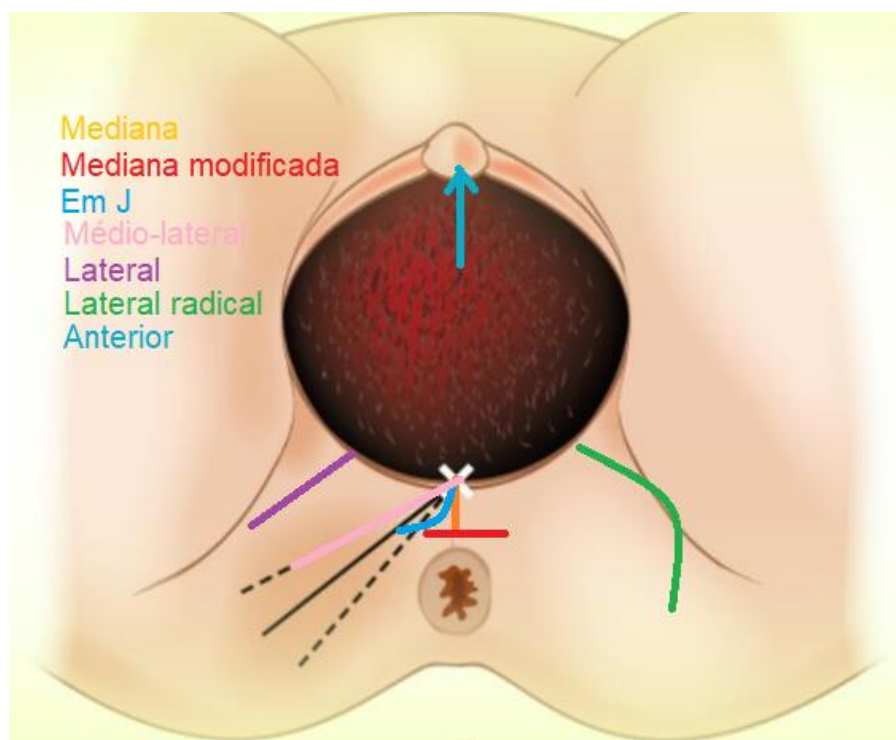
Figura 02: Episiotomia mediana e médio-lateral.



Fonte: PEÑA, S. R.; DE GODOY GOMES, C. R. EPISIOTOMIA E SUAS IMPLICAÇÕES. **Arquivos do Mudi**, v. 20, n. 1, p. 25-37, 22 set. 2016.

Além dos tipos anteriormente mencionados, NIY (2012) *apud* KALIS *et al* (2012) menciona que na bibliografia médica é possível encontrar cinco outros tipos de episiotomia, além dos já mencionados anteriormente. a mediana modificada, em formato de “J”, lateral, lateral radical ou de Schuchardt e anterior:

Figura 03: Os sete tipos de episiotomia.



Fonte: <https://www.univision.com/estilo-de-vida/madres/la-episiotomia-no-es-necesaria-en-todos-los-partos-conoce-en-que-casos-se-debe-o-no-aplicar> com alterações da Autora.

Ademais, no decorrer do seu texto, a autora cita que não há uma definição ou classificação fixa da episiotomia, existindo a possibilidade que se encontrem outros significados ou tipos a partir do referencial teórico utilizado para pesquisa. Contudo, para a presente dissertação, mais do que os tipos de episiotomia, importante analisar a finalidade para qual é utilizada.

Nesse sentido, os cortes vaginais anteriormente apresentados tem a finalidade de acelerar a fase expulsiva do parto vaginal, fazendo com que o bebê passe mais rapidamente pelo canal vaginal da parturiente.

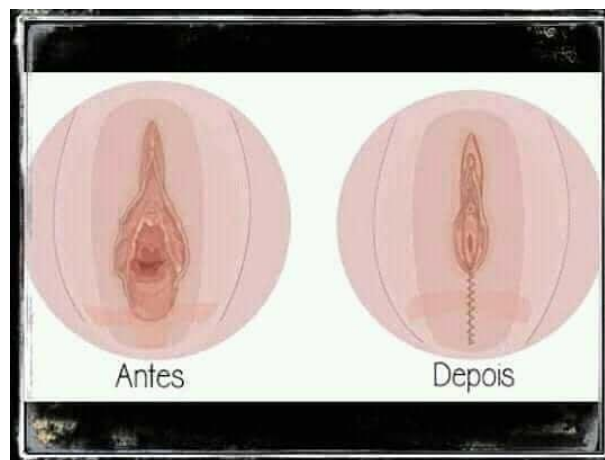
Além da episiotomia, outra forma de violência obstétrica fisicamente invasiva que pode ser cometida contra a mulher é o excesso de sutura vaginal, popularmente conhecido como “ponto do papai” ou “ponto do marido”, que consiste no excesso da

sutura pós-episiotomia com a finalidade de aumentar o prazer masculino após o parto vaginal.

Segundo PALHARINI (2017), esse ato, por mais que às vezes defendido como uma preocupação com a sexualidade e a vida sexual da mulher, capaz de justificar o parto por cesariana ou a sutura pós-episiotomia ou simplesmente do parto normal, tem como base a “noção arraigada na cultura social e reprodutiva brasileira do mito do “afrouxamento vaginal”, da vagina “usada”, “laceada” decorrente do uso, seja ele reprodutivo ou sexual” (PALHARINI, 2017). Ou seja, em momento algum se busca preservar o prazo ou a vida sexual da parturiente, mas sim o prazer masculino, que poderia ser prejudicado por esse suposto “alargamento do canal vaginal”, que como bem explicado pela autora nada mais é do que um mito construído por uma sociedade machista que reconhece o valor da mulher apenas quando ela é “pura” ou “pouco usada”.

Aqui seria possível fazer, inclusive, um ponto com a MGF, na medida em que a infibulação tem como consequência o estreitamento da entrada do canal vaginal e pode representar um aumento do prazer masculino durante o ato sexual. Veja a imagem abaixo, cuja finalidade é construir no imaginário coletivo o que representa o “ponto do marido”, não somente debatê-lo sem entender realmente o seu significado:

Figura 04: “Ponto do Papai” ou “Ponto do Marido”.



Fonte: <https://scontent.faep29-1.fna.fbcdn.net/v/t1.6435->

[9/45459382_2283665698400251_6806774061734035456_n.jpg?nc_cat=108&cc](https://scontent.faep29-1.fna.fbcdn.net/v/t1.6435-9/45459382_2283665698400251_6806774061734035456_n.jpg?nc_cat=108&cc)

b=1-

7& nc sid=0b6b33& nc ohc=M9KsVTkThhEQ7kNvgFtl98K& nc zt=23& nc ht=scontent.faep29-1.fna& nc gid=AWds uaXbUHjG0jmJ5wx6KG&oh=00_AYBt-EyNBjHhJ d45-u MKCdF9SxKhxdfW2d8J8ZVbFhlQ&oe=67536717.

Por último, o último tema a ser abordado é a manobra de Kristeller, que consiste na aplicação de pressão na parte superior da barriga da gestante, pelo profissional da saúde presente no momento do parto, com a finalidade de acelerar a fase expulsiva do trabalho de parto, e representa violência obstétrica na medida em que não respeita os corpos das mulheres e o tempo de cada parto, visando acelerá-lo em prol unicamente da equipe médica.

Para facilitar a compreensão da conduta, se apresenta o seguinte esquema gráfico elaborado pela “Casa Pitanga”, uma clínica de atendimento multidisciplinar e olhar humanizado, idealizada, construída e voltada para toda a família²⁰:

Figura 05: Manobra de Kristeller.



²⁰ Informações retiradas do site da instituição.

Fonte: Casa Pitanga – Informação e humanização, disponível em: <https://casapitangarj.com.br/voce-conhece-a-manobra-de-kristeller/>.

Temos, dessa forma, delimitado os termos que são abordados nesta pesquisa, porém, para além deles, se torna necessário identificar, não apenas o caráter físico, mas o simbólico das referidas práticas, o que representa para essas mulheres as formas de violação as quais elas foram submetidas.

No já mencionado documentário “Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras”, é possível identificar no discurso das mulheres o que representa para elas a violência que sofreram, e aqui elencamos os depoimentos de Thielly Manias e Luciana Nervegna, respectivamente:

A minha episiotomia foi feita sem consentimento, sem nem avisar e me causou durante bons meses desconforto físico, ela inflamou, infeccionou e psicológico, eu senti estranho, eu não gostava nem que meu marido encostasse naquela região, ficou sensível, quando muda o tempo até hoje eu sinto pinicar onde eu levei os pontos, então me afetou bastante essa episiotomia, eu me senti violada, violentada. Eu falo que quando eu leio algum relato de violência sexual, como a vítima se sente depois, eu consigo traçar um paralelo, porque a forma como isso afetou a sexualidade, a forma como eu lidava com o meu próprio corpo, foi bastante forte.

Ser tratada como um lixo, sentir uma dor que parece que vai te rasgar por dentro, né, por causa da oxitocina, e ainda ser mutilada é normal?

Vemos, portanto, nesses relatos, que a violência, além de não ser somente física e deixar marcas nos corpos dessas mulheres, também representa uma violência simbólica, na medida em que elas passam a enxergar os próprios corpos e entender a sua sexualidade de forma negativa.

Já quando olhamos a MGF, foi realizado a matéria, pela VOA, uma organização internacional de notícias multimídia sediada nos Estados Unidos, durante o quadro “Saúde em foco: mutilação genital feminina coloca a vida de mulheres em risco”, trouxe o relato de Raiatu Baldé, uma vítima da MGF, que compartilhou:

Antes, quando não conhecia bem o meu corpo, eu dizia, mas por que que eu tenho? Será que é porque eu comecei o ato sexual tarde? Acima dos 18 anos que eu estou a sentir estas dores, não consigo me associar, o meu corpo não consegue se acostumar com a relação sexual? Ou é eu que eu tenho alguma coisa errada, ou é o meu parceiro? Mas já acabei percebendo que é por causa de consequência de mutilações genital feminina (VOA, 2024).

É importante ressaltar que, no discurso apresentado, temos que a vítima deixa de reconhecer o próprio corpo, ou entendendo-o como “errado” ou “defeituoso”, como

consequência da violência praticada, que representa outro aspecto da MGF e da violência obstétrica, muito similar em todos os discursos aqui apresentados, que é o controle do corpo e das sensações corporais femininas como consequência destes atos.

3.4. AGENTES QUE COMETEM A VIOLÊNCIA CONTRA À MULHER.

Passaremos a analisar, neste tópico, o agente causador de ambas as formas de violência contra a mulher. Ainda que pareça redundante, pois já mencionado anteriormente, o agente perpetrador da violência acaba por representar um aspecto simbólico relevante na discussão (que reforça os aspectos patriarcais e machistas da nossa sociedade).

Quando analisamos os grupos que praticam reiteradamente a prática da MGF como algo cotidiano, é possível perceber que o agente praticante da MGF costuma ser uma mulher com certo papel de autoridade. E quando menciono autoridade, entendo ser importante frisar que ela está inserida dentro dos papéis de gênero que permeiam essa sociedade, na medida em que o poder que essa mulher possui é restrito ao ato da MGF e não circunda aspectos políticos ou sociais.

Assim, nessas sociedades são responsáveis pela prática da MGF uma anciã, uma parteira ou até mesmo uma curandeira tradicional que se autodenomina “fanadeira” (FRIAS e GOMES, 2014).

A palavra *fanado* advém do termo *fanadu* que tem como origem o dialeto crioulo guineense que representa tanto um ritual de passagem para meninas e mulheres, como para se referir especificamente à MGF (MONTEIRO, 2022). A palavra “fanar” também significa reduzir, aparar.

Percebe-se, pois, que é uma prática legitimada dentro do contexto social em que está inserida, pois coloca em prática as crenças de um determinado povo. Da mesma forma, é importante ressaltar que é um ato praticado por mulheres contra mulheres, o que evidencia ainda mais a intrínseca relação entre a MGF e o meio que ela está inserida, bem como a dimensão estrutural do patriarcado e do machismo, uma vez que, apesar de executada por mulheres, o objetivo da prática é, na origem, a aceitação e a submissão a uma exigência masculina.

Quando analisamos a violência obstétrica é possível perceber, até por tudo que já foi até aqui trabalhado, que a prática é perpetrada por profissionais da área da saúde, não sendo limitado ao médico obstetra, mas também enfermeiros, anestesistas, instrumentadores, e todos os profissionais que direta ou indiretamente estão envolvidos no processo de gestação, parto e puerpério.

Nesse ponto, entendemos ser importante trazer o conceito de “violência perfeita” apresentado por FLORES e NETTO (2023) quando analisamos a violência obstétrica, que também poderia ser aplicado à MGF. Essa violência seria considerada perfeita “porque é invisível. Ou quase.” (FLORES E NETO, 2023).

A partir da medicalização ou patologização do trabalho de parto, o único discurso que passa a ser válido sobre o processo de gestação e parto é o do médico, em um verdadeiro discurso de autoridade. Isso faz com que a mulher seja rebaixada a uma posição passiva, na medida em que tem medo de que determinada conduta de sua parte resulte em ato lesivo à sua prole. Esse medo silencia a gestante, na medida em que o discurso de autoridade somente pode ser sustentado na desvalorização da vontade da própria parturiente (e na desvalorização do amor que tem pelo seu filho ou filha).

Para os autores mencionados, a violência perfeita fica ainda mais evidente quando analisamos o documentário “Violência obstétrica – a voz das brasileiras”, já mencionado, na medida em que:

Esses comentários demonstram como a violência pode soar como uma preocupação por parte do médico. Através de falas como as duas últimas [“O bebezinho tá bem agora, mas a gente nunca sabe. E. Se você não agendar (a cesárea), eu não me responsabilizo pelo bebê.”], o discurso do risco ao bebê contribui para o fenômeno de “esquecimento” da violência experimentada. [...] Além do discurso do risco, a violência perfeita é tão eficaz que suaviza, aos ouvidos da parturiente, justificativas de procedimentos que beneficiam exclusivamente o médico. É o caso do discurso sobre a episiotomia, apresentada como *um piquezinho*” ou do uso de ocitocina sintética, descrita como “*um sorinho*”. [...] A reflexão que propusemos neste ensaio é a de que a violência perfeita é uma forma de violência simbólica e discreta, que se manifesta corriqueiramente no contexto obstétrico, devendo também ser reconhecida como uma forma de violência obstétrica.

Em outras palavras, a violência perfeita seria justamente a ausência de reconhecimento dos atos praticados como violentos, seja pela supressão da voz das mulheres ou pelo reconhecimento social de que determinada conduta, como um “*piquezinho*” ou “*remoção do clitóris*”, é normal e deve continuar a ser praticada, por

representar o melhor para a mulher e para o bebê, ou ainda, ser considerado como um ritual de passagem necessária à inserção da mulher dentro da sociedade (quando analisamos a MGF) e na maternidade (quando analisamos a violência obstétrica).

Ainda quando analisamos os agentes perpetradores da violência contra a mulher é imperioso reconhecer a participação das próprias mulheres (*fanadeiras*, obstetras, enfermeiras e outras) em um evidente ciclo da violência.

Podemos entender a violência obstétrica e a MGF como cíclicas na medida em que a mulher que hoje sofre a violência (seja através da mutilação ou das inúmeras formas de violência obstétrica) pode ser aquela que no futuro praticará a violência contra outra mulher, sem dar-se conta deste aspecto cíclico.

Isso se dá por dois motivos: seja pela violência perfeita já mencionada, que mascara a violência com um discurso de cuidado e afeto para com a vítima, seja pela própria estrutura na qual a sociedade encontra-se assentada, na medida em que ao estarem oprimindo as vítimas, essas mulheres não percebem que também estão sendo oprimidas – podendo novamente ser pontuado a dimensão estrutural do patriarcado e do machismo, uma vez que, apesar de executada por mulheres, o objetivo da prática é, na origem, a aceitação e a submissão a uma exigência masculina.

Por fim, e não menos importante, quando analisamos os agentes das práticas da MGF e da violência obstétrica, temos que analisar também a injustiça epistêmica, para GABRIEL e SANTOS (2020), utilizando como referencial teórico FRICKER (2007;2017) a “injustiça epistêmica é uma exclusão danosa da participação de uma pessoa, ou de um grupo de pessoas, na produção, disseminação e manutenção de conhecimento”, e pode ser dividida em hermenêutica e testemunhal.

A injustiça epistêmica testemunhal consiste no desmerecimento do discurso de determinada pessoa pois ela é vista como inferior por seu interlocutor ou interlocutores. Ao passo que a injustiça epistêmica hermenêutica que consiste na participação desigual ou segregação de determinados grupos de indivíduos de um determinado espaço social, e isso significa que suas opiniões e experiências não são levadas em consideração para a construção de recursos epistêmicos centrais de uma determinada sociedade.

Assim, seria possível perceber a presença da injustiça epistêmica hermenêutica e testemunhal nas práticas da MGF e da violência obstétrica. A testemunhal estaria presente ao rechaçar a dor e o sofrimento da parturiente ou não reconhecer seu desejo de um parto vagina em detrimento à cesariana (violência epistêmica testemunhal na violência obstétrica) ou quando ignoram os relatos de vítimas da MGF e seus pedidos de cessação da prática (violência epistêmica testemunhal na MGF), isso porque as vozes das mulheres pedindo o reconhecimento dos seus direitos não é ouvida.

Por outro lado, seria possível perceber a presença da injustiça epistêmica hermenêutica ao não reconhecer o direito de meninas e mulheres em participar das decisões sobre os próprios corpos, não colocando no centro do debate às vítimas dessa forma de violência.

Reforçamos, pois, que o debate que envolve a discussão dos conceitos de violência obstétrica e MGF não são simples e de fácil solução, mas sim complexos e cheios de camadas e vicissitudes que devem ser enfrentadas e retiradas do ocultamente de forma que seja facilitado um diálogo, para que seja possível eventual quebra de paradigma.

3.5. CONSEQUÊNCIAS DA MGF E DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.

O próximo item a ser analisado sob a metodologia da análise comparativa é o das consequências advindas de ambas as práticas de violência contra a mulher. Segundo a obra clínica publicado pela OMS, “*Care of girls & women living with female genital mutilation – a clinical handbook*”, qualquer menina ou mulher que for submetida à MGF sofrerá alguma consequência negativa advinda da prática. As consequências da realização da prática da MGF podem ser divididas em curto e longo prazo.

Foram elencadas como consequências de curto prazo: 1) dores severas e lesão ao tecido, ocasionadas, na maioria dos casos, durante o processo da MGF, uma vez que nem sempre há utilização de anestésias ou analgésicos. 2) hemorragia; 3) choque hemorrágico; 4) infecção e septicemia; 5) inchaço do tecido genital; e 6) retenção urinária aguda (UA, 2018).

Já quando analisamos os efeitos a longo prazo, podemos citar: 1) dor crônica na região da vulva; 2) neuroma do clitóris (consistente na formação de um pequeno

tumor benigno quando da regeneração do tecido após o corte, quando as fibras do nervo se regeneram desorganizadamente e geram o tumor/neuroma, ele pode ser assintomático ou causar alodinia que, em termos não médicos, significa que um estímulo que não causaria dor na anatomia padrão passa a causar a dor, inclusive por toques leves ou uso de roupas); 3) infecções do trato reprodutivo; 4) dificuldades no período da menstruação (como dor na menstruação, dificuldade em passar pelo canal vaginal o sangue da menstruação e a acumulação do sangue na vagina ou útero da mulher); 5) infecções do trato urinário; 6) dor ou dificuldade para urinar; 7) cisto epidérmico de inclusão na área genital (quando da regeneração do tecido cortado, a cicatriz é sobreposta pela pele regenerada, o que pode causar o “aprisionamento” da epiderme por essa nova camada regenerada, o que leva a criação do cisto, que pode crescer com o tempo, causando dor ou enrijecimento da região); e 8) formação de queloides na área genital (UA, 2018).

Outra frente na qual há direto impacto na saúde das mulheres em decorrência da MGF é a da saúde mental. Segundo Alidost *et al*, em pesquisa realizada com a revisão bibliográfica de dados encontrados na *Web of Science*, Scopus, PubMed(MEDLINE), Proquest e Google Acadêmico, no período de 2000 a 2022, bem como, em um segundo momento, a pesquisa na literatura cinzenta (conteúdos textuais que não se enquadram na produção literária convencional), demonstrou que o maior impacto na saúde mental da mulher mutilada se apresenta como depressão, ansiedade e estresse pós-traumático (ALIDOST *et al*, 2023).

Ainda, dentro da análise das consequências advindas da MGF, importante registrar o conjunto de reações sociais que temos diante da prática da MGF e os estigmas que colocamos sobre as mulheres, o que pode agravar ainda mais o quadro de saúde mental. Isso porque, ao estigmatizar a prática, colocamos o peso do estigma na mulher mutilada, o que acrescenta maior carga ao fardo psicológico que já carregam, muitas vezes silenciadas pelo seu entorno. Ou seja, relegá-las à mera posição de vítimas pode muitas vezes afastar qualquer possibilidade de aproximação, retirando dessas mulheres os aspectos de reconhecimento da dor física e psíquica da mutilação (FRIAS e COSTA, 2014), o que impede avanços no enfrentamento à prática.

Isso corrobora com as evidências de que a depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, somatização, desenvolvimento de fobias, pensamentos suicidas e distúrbios do sono, todas enfermidades de cunho psicossocial, caminham de forma conjunta com a MGF (ALIDOST *et al*, 2023).

Consequentemente, os dados nos mostram que além de não possuir qualquer benefício de curto ou longo prazo para a mulher, a MGF prejudica excessivamente a saúde feminina, fazendo com que todas as mulheres que são submetidas a esta prática carreguem por toda vida as consequências, seja na esfera psicológica ou na física. Como veremos, esses pontos são muito comuns em relação às causas e consequências da violência obstétrica.

Ainda no âmbito das consequências advindas da prática da MGF é possível evidenciar o grande impacto no orçamento público no âmbito da saúde para tratamento logo após o corte ou com os efeitos posteriores e de longo prazo, o que coloca a prática na centralidade do debate sobre saúde coletiva e orçamento. Em outras palavras, existe para além do direito a não discriminação, integridade física e emocional e equidade de gênero, justificativas de ordem econômica para a erradicação da prática.

Dessa forma, visando demonstrar os efeitos financeiros que a MGF traz para o sistema público de saúde do país na qual é praticada, a OMS criou a ferramenta virtual chamada “*Female Genital Mutilation Cost Calculator*”²¹, que estima os custos atuais e futuros do financiamento na área da saúde dos casos associados à MGF, em países específicos, bem como possíveis reduções nos gastos na área da saúde com a redução dos casos de MGF.

Aqui, em pequenos parênteses, a intenção não é demonstrar que a MGF deve ser combatida porque repercute no âmbito financeiro das nações que ainda convivem com essa prática. Pelo contrário, é mais um argumento considerando que vivemos em uma sociedade eminentemente patriarcal e capitalista, em que por vezes os direitos das mulheres são relegados a planos inferiores para favorecimento de outra agenda

²¹ Calculadora de custo da mutilação genital feminina – tradução da Autora. Disponível em: <https://srhr.org/fgmcost/cost-calculator/>

política. Atualmente, existem vinte e sete²² países nos quais é possível realizar a simulação acerca dos custos da MGF (OMS,2020)²³. Para fins metodológicos, na presente dissertação, evitando a apresentação exaustiva de conteúdo, foram selecionados os dados da Somália e Guiné para serem evidenciados, para que seja possível o exercício da comparação dos dados e análise lado a lado, inferindo a partir dos dados uma análise crítica do seu resultado.

Preliminarmente, vale ressaltar que a referida escolha não se deu de forma parcial e/ou aleatória. Utilizou-se o gráfico elaborado pela UA quando do lançamento do relatório *“Getting to Zero Female Genital Mutilation in Africa: Strengthening Human Rights, Accelerating Efforts and Galvanizing Accountability”*, no qual foi elencada a porcentagem nacional de prevalência da MGF no continente Africano, bem como a chance de meninas e mulheres de quinze a quarenta e nove anos serem vítimas da MGF (OMS, 2022).

No cenário apresentado pela Organização foram elencados para análise a Somália, cuja porcentagem é de 98%, e Guiné, cuja porcentagem é de 95%, sendo, portanto, os países com maior índice de MGF no Continente Africano:

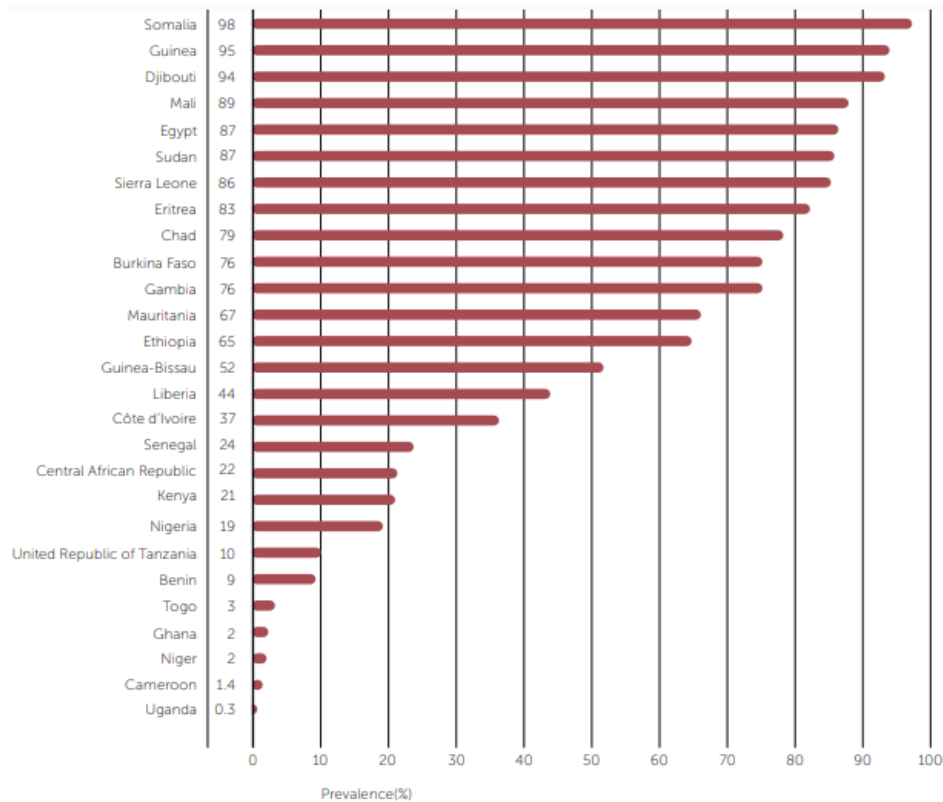
Figura 06: Prevalência da MGF no Continente Africano.

Explicando o gráfico textualmente: o gráfico abaixo apresentado, elaborado pela UA no relatório *“Getting to Zero Female Genital Mutilation in Africa: Strengthening Human Rights, Accelerating Efforts and Galvanizing Accountability”* mostra a porcentagem nacional da prevalência da prática da MGF entre meninas e mulheres de 15 e 49 anos. A coluna vertical do gráfico apresenta o nome das Nações cujas as porcentagens de MGF serão apresentadas de forma decrescente, a segunda coluna vertical apresenta a porcentagem exata de prevalência da prática da Nação em análise, ao passo que a linha horizontal apresenta a porcentagem em números

²² Benin, Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Costa do Marfim, República do Djibuti, Egito, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Iraque, Quênia, Mali, Mauritânia, Niger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa, Somália, Sudão, Togo (República Togolesa), Tanzânia e Iêmen.

²³ Em pesquisa realizada pela autora no site da OMS no primeiro semestre de 2024, não é possível precisar, ao certo, se desde a sua criação a “calculadora de custo da mutilação genital feminina” abordou os dados dos vinte sete países hoje disponíveis.

para o preenchimento das “barras” (modalidade de gráfico elegido pela organização).

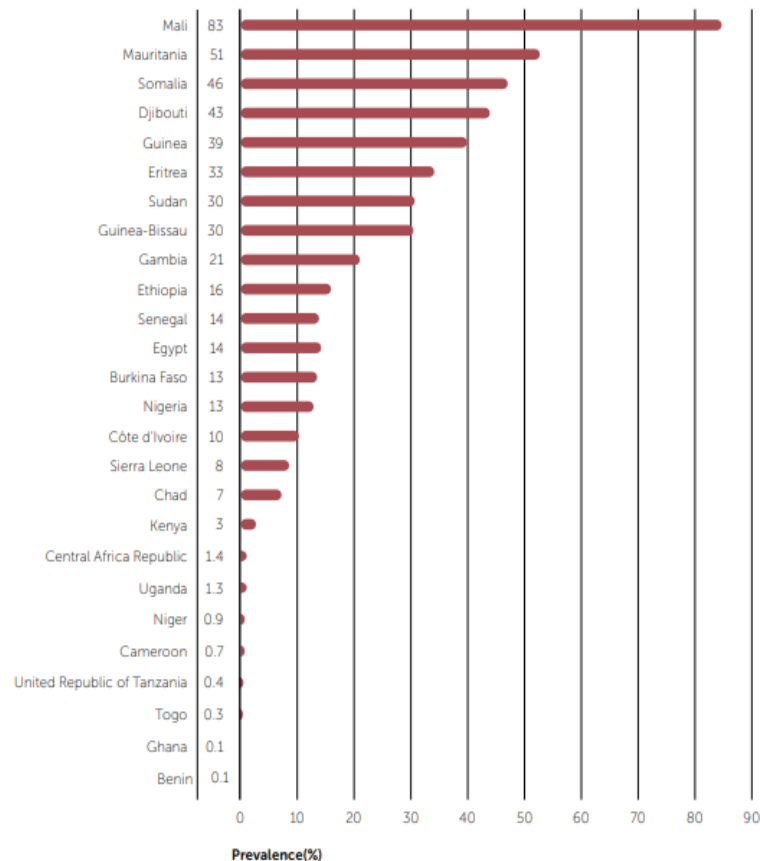


Fonte: OMS (2022), p. 109 - <https://au.int/sites/default/files/documents/42276-doc-GettingtozeroFGM-FinalWebPages-small.pdf>.

Figura 07: Prevalência da MGF no Continente Africano – Continuação.

Explicando o gráfico textualmente: o gráfico abaixo apresentado, elaborado pela UA no relatório “*Getting to Zero Female Genital Mutilation in Africa: Strengthening Human Rights, Accelerating Efforts and Galvanizing Accountability*” mostra a porcentagem nacional da prevalência da prática da MGF entre meninas e mulheres de 15 e 49 anos. A coluna vertical do gráfico apresenta o nome das Nações cujas as porcentagens de MGF serão apresentadas de forma decrescente, a segunda coluna vertical apresenta a porcentagem exata de prevalência da prática da Nação em análise, ao passo que a linha horizontal apresenta a porcentagem em números

para o preenchimento das “barras” (modalidade de gráfico elegido pela organização).



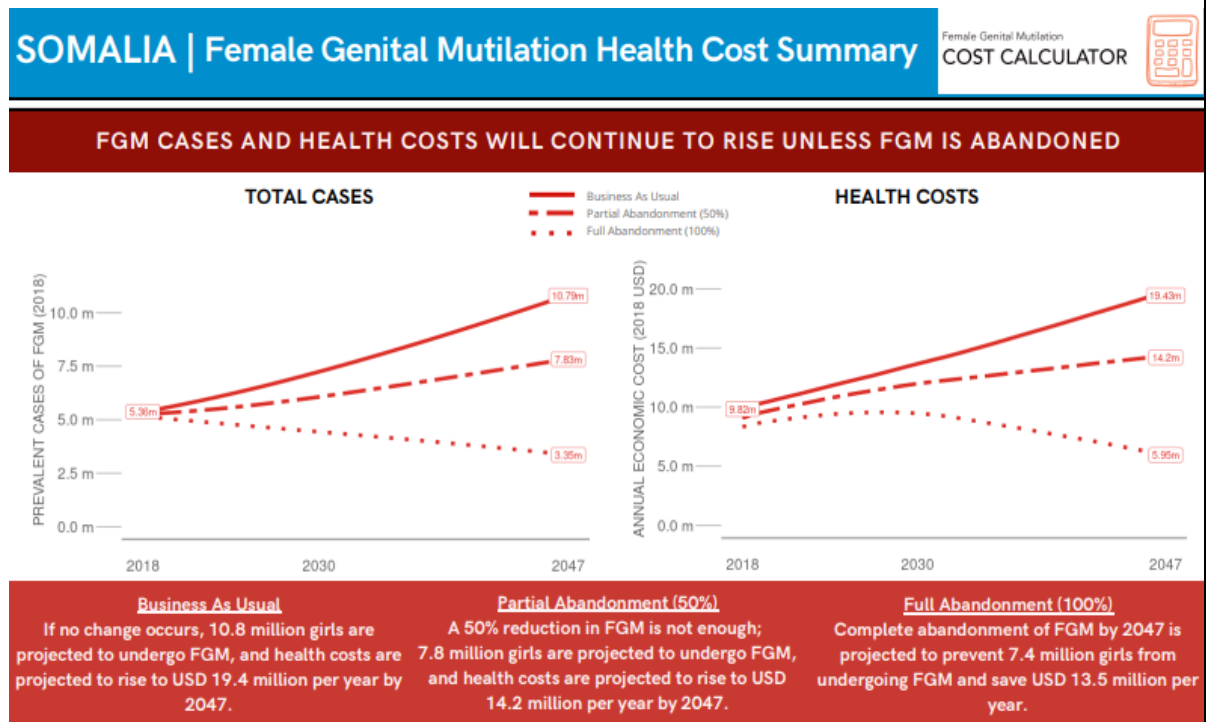
Fonte: OMS (2022), pag. 110 - <https://au.int/sites/default/files/documents/42276-doc-GettingtozeroFGM-FinalWebPages-small.pdf>.

Uma vez explicada a metodologia para escolha dos países trazidos diretamente na presente dissertação, passaremos à análise dos dados gerados pela calculadora dos custos da MGF. Essa calculadora é dinâmica e pode ser manipulada pelo usuário, que pode aumentar o índice da ocorrência da MGF em um determinado país para apuração do impacto no sistema de saúde.

A ideia desta ferramenta elaborada pela OMS é justamente permitir ao usuário a escolha maleável dos dados (aumentado ou diminuindo o número de casos de MGF) para que sejam elaboradas projeções dos custos na área da saúde para enfrentar as consequências da prática da MGF.

Figura 08: Custos Projetados da MGF no Sistema de Saúde na Somália.

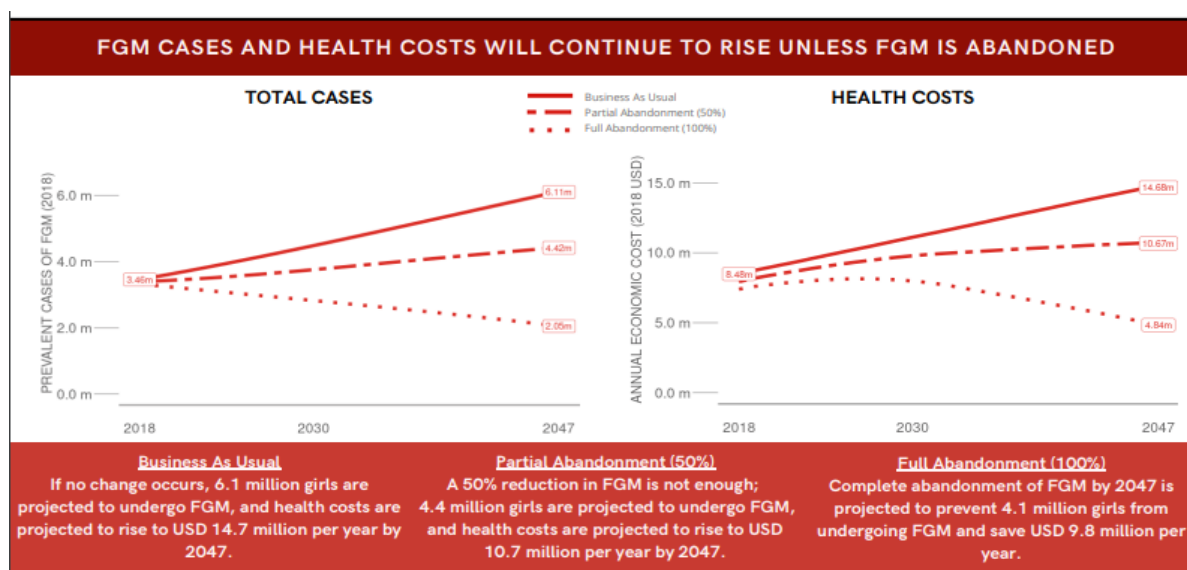
Explicando o gráfico textualmente: Com a utilização da calculadora da OMS, como mencionado anteriormente, é possível projetar os gastos públicos com a saúde em decorrência da MGF no atual estado da prática (primeira linha do gráfico), parcial abandono (50% - segunda linha do gráfico) e abandono total (100% - terceira linha do gráfico). Ademais, a coluna vertical do primeiro gráfico apresenta o índice de prevalência da MGF (considerando os dados de 2018) em milhões, e a coluna horizontal representa a evolução com o avançar dos anos (2018, 2030 e 2047). Todas as linhas partem em 2018 de 5,36 milhões de casos e projetam caso a prática continue ocorrendo da forma como ocorre hoje em dia (com aumento de casos), com a redução de 50% e 100%. O gráfico ao lado apresenta as mesmas informações, com exceção da coluna vertical que representa o gasto financeiro em milhões de dólares (e não número de casos).



Fonte: OMS (2020) - <https://srhr.org/fgmcost/wp-content/uploads/2022/12/Somalia.pdf>.

Figura 09: Custos Projetados da MGF no Sistema de Saúde na Guiné.

Explicando o gráfico textualmente: Com a utilização da calculadora da OMS, como mencionado anteriormente, é possível projetar os gastos públicos com a saúde em decorrência da MGF no atual estado da prática (primeira linha do gráfico), parcial abandono (50% - segunda linha do gráfico) e abandono total (100% - terceira linha do gráfico). Ademais, a coluna vertical do primeiro gráfico apresenta o índice de prevalência da MGF (considerando os dados de 2018) em milhões, e a coluna horizontal representa a evolução com o avançar dos anos (2018, 2030 e 2047). Todas as linhas partem em 2018 de 3,46 milhões de casos e projetam caso a prática continue ocorrendo da forma como ocorre hoje em dia (com aumento de casos), com a redução de 50% e 100%. O gráfico ao lado apresenta as mesmas informações, com exceção da coluna vertical que representa o gasto financeiro em milhões de dólares (e não número de casos).



Fonte: OMS (2020) - <https://srhr.org/fgmcost/wp-content/uploads/2022/12/Guinea.pdf>.

Da análise dos dados apresentados e das demais análises realizadas pela pesquisadora, é possível concluir que com o desaparecimento da prática da MGF (*full*

abandonment), os gastos públicos para o enfrentamento das consequências da MGF na vida das mulheres é drasticamente reduzido.

Logo, nítido que a erradicação da prática da MGF não seria somente benéfica para as meninas e mulheres que são submetidas à prática, como também para toda a sociedade, uma vez que as verbas destinadas para o enfrentamento da prática na área da saúde, poderiam ser destinadas para outras áreas relevantes.

Agora passaremos aos dados existentes relacionados às consequências da violência obstétrica. Aqui se faz importante lembrar que estamos diante de uma terminologia recente, cujos os estudos e políticas públicas de enfrentamento não são tão avançadas e amplamente divulgadas como ocorre com a MGF – vale a lembrança que o Brasil, ainda que seja o país com maior índice de partos realizados via cesariana, cuja porcentagem foi de 52,7% (AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, 2022), porcentagem que se eleva quando analisamos as usuárias de planos de saúde, cuja porcentagem chegou à 84% (ANS, 2022).

Outrossim, o número se mostra ainda mais elevado quando analisamos que “a média do percentual de cesáreas no mundo, em 2018, foi de 21,1% do total de partos” (ANS, 2022 *apud* BETRAN *et al*, 2021). Em campanha lançada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) “Quem espera, espera” foi apontado pela pesquisa “Nascer Brasil” (FIOCRUZ, 2012) que 35% dos partos ocorreram entre a 37ª e 38ª semana de gestação, e mesmo que esses números não indicam prematuridade, “estudos demonstram que essas crianças – aparentemente saudáveis – são mais frequentemente internadas em UTI neonatal, apresentam problemas respiratórios, maior risco de mortalidade e déficit de crescimento” (UNICEF, 2017 *apud* BMC Pediatrics, 2012).

A ideia aqui não é vilanizar o parto cesariano. Muito pelo contrário, se reconhece a necessidade do procedimento em circunstâncias específicas, com a finalidade de salvar a vida da gestante e do bebê. Ou seja, trata-se de procedimento necessário e que deve ser considerado quando benéfico. Contudo, a OMS aponta que a taxa recomendada de partos cesarianas não deve passar de 15% (o que evidencia que a taxa brasileira de 52,7% de partos cesarianos, que chega a 84% na rede particular de atendimento à gestante, supera e muito o limite estabelecido pela OMS).

Em outro estudo elaborado pela OMS sobre os riscos da cesariana sem indicação médica²⁴, houve a constatação de que existem três vezes mais chances de resultados severos advindos do parto realizado via cesariana em relação ao vaginal, especialmente quando o parto cirúrgico é realizado sem indicação médica (OMS, 2010).

Ainda, segundo a OMS, o parto via cesariana somente deve ser escolhido quando há risco de morte para a gestante, bebê ou ambos, citando como exemplos: a) a gestante possuir forma de hipertensão grave; b) gestante portadora do vírus do HIV; c) quando o cordão umbilical é expelido antes do bebê; d) quando há o descolamento da placenta antes do nascimento do bebê; e) a localização da placenta impede a saída do bebê; f) a cabeça do bebê é desproporcional à passagem vaginal; e g) o bebê está em posição atravessada ou sentando (UNICEF, 2017).

Já como consequências da cesariana, são apontados: a) aumento do risco de infecção e dor intensa pós-parto; b) aumento do risco de hemorragia e necessidade de transfusão de sangue pós parto; c) maiores chances de sequelas (cicatrizes, aderências, lesões de outros órgãos); d) maior tempo para o retorno do útero ao tamanho normal; e) aumento da dificuldade e de recuperação da puérpera pós-parto; f) maior chance de localização anormal da placenta em gestações posteriores, chamado de placenta prévia; g) maior risco de tromboembolismo (sangue coagulado que migra para um dos pulmões); h) aumento dos riscos de problemas renais; i) maior dificuldade no aleitamento materno; j) aumento do tempo de separação da mãe e do bebê pós-parto; k) maior dificuldade para formação do vínculo entre mãe e bebê; l) aumento do risco de depressão pós-parto; m) aumento do tempo de internação hospitalar; e n) aumento do risco da necessidade de nova cesariana na gestação posterior (UNICEF, 2017).

Quando analisamos especificamente a episiotomia e o “ponto do marido”, podemos citar como complicações advindas do seu uso sem recomendação a “dor perineal (região entre vagina e ânus), aumento do risco de lacerações perineais, hemorragias, hematomas, aumento do risco de infecções, disfunção do assoalho pélvico, dispareunia (dor intensa durante ou logo após a relação sexual) e fístulas

²⁴ Nome da pesquisa no idioma original: Caesarean section without medical indication increases risk of short-term adverse outcomes for mothers.

(conexão entre órgãos, tecidos ou vasos sanguíneos que não existiam anteriormente) retovaginais” (DOS REIS *et al*, 2024).

Por fim, em relação a manobra de Kristeller, podemos notar que como consequências da referida prática: a) comprometimento do estado fetal; b) falha do progresso de trabalho de parto; c) cansaço materno; d) lacerações de primeiro grau; e) dano do músculo elevador do ânus; e) ruptura uterina; f) dor costal; g) dispareunia; f) fraturas da clavícula do bebê; g) aumento de internações em unidades de tratamento intensivo; h) hematomas; i) fratura das costelas; e j) prolapso uterino (BECERRA-CHAUCA e FAILLOC-ROJAS, 2019).

Feitas estas considerações acerca das consequências físicas advindas da MGF e da violência obstétrica, passaremos à análise do último ponto de comparação entre ambas as práticas.

3.6. PERSPECTIVA DAS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS SOBRE A PRÁTICA DA MGF E DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.

A presente seção desta dissertação visa a sistematização dos documentos internacionais, tomando como base dois sistemas internacionais de Proteção dos Direitos Humanos, a ONU e a UA, que podem ser utilizados para fins de compreensão dos *standards* internacionais para enfrentamento da prática da MGF e violência obstétrica. Como discutimos anteriormente, a criação de leis não é o problema na erradicação, e sim a aceitação da comunidade em erradicar as práticas.

A compreensão e a consideração de *standards* internacionais têm a ver exatamente com o fato de muitas práticas, por serem culturalmente aceitas, encontram nos sistemas de justiça nacionais um bastião para a perpetuação de práticas de violação aos direitos humanos.

E é na compreensão de que os seres humanos são, além de cidadãos nacionais, sujeitos a regras morais e jurídicas de estados soberanos, cidadãos do mundo, cuja dignidade encontra amparo em um conjunto de determinantes normativos construídos com o esforço de toda a humanidade mirando não apenas a manutenção da titularidade da força de uma entidade conformada no seio de uma burguesia capitalista e patriarcal (o Estado), mas também mirando a possibilidade de existência

como indivíduo livre, autônomo e digno de ser respeitado independentemente de qualquer pressuposto que esteja distante de sua essência humana.

A ideia aqui não é reduzir a solução de todos os problemas com o diálogo ou com a lei, mas fomentar um conjunto de ferramentas possível para a construção de um caminho rumo ao fim de práticas violentas a partir da compreensão de que todos os seres humanos são livres e iguais em deveres e direitos.

Antes de adentrarmos efetivamente no mérito dos documentos internacionais, entendemos ser importante mencionar que não há, em âmbito internacional, documento jurídico que aborde a temática da violência obstétrica, dentro dos órgãos internacionais de proteção de direitos humanos, o que será retomado no próximo capítulo da presente dissertação.

Isso significa dizer que, quando da apresentação dos documentos abaixo elencados, a proteção da mulher frente à violência obstétrica acaba por ficar restrita ao âmbito das proteções gerais de direitos (não violência, integridade física, não ser submetida à tortura, entre outras).

3.6.1. DOCUMENTOS DA UNIÃO AFRICANA.

A União Africana, fundada em 2002, conforme o Ato Constitutivo da União Africana, assinado na República Togolesa (Togo) em julho de 2000, é um dos três sistemas regionais de proteção dos Direitos Humanos, sendo os outros dois a OEA e o Sistema Europeu (Conselho da Europa - CE). Estes sistemas não são excludentes e existem em razão das distintas manifestações culturais existentes no globo, assim, em razão de características identitárias em países geograficamente próximos, os sistemas regionais visam o desenvolvimento dos Estados-membros em observância aos padrões comuns e peculiaridades da região.

A UA tem como objetivo a maior solidariedade dos países e povos da África, bem como, a promoção da paz, a segurança, a estabilidade do continente, a promoção do desenvolvimento social, a promoção e proteção dos direitos dos homens e dos povos, conforme a Carta Africana dos Direitos dos Homens e dos Povos, dentre outros objetivos.

Na “Carta de Banjul” (documento fundador da UA), aprovada e adotada em 1981, os Estados-Membros assim reconheceram diversos princípios antes de elencarem os direitos e deveres propriamente ditos, com a finalidade de reconhecer o passado histórico de colonização e também a necessidade de preservação das raízes culturais dos diversos povos presentes no Continente Africano:

Considerando a Carta da Organização da Unidade Africana, nos termos da qual “a liberdade, a igualdade, a justiça e a dignidade são objetivos essenciais para a realização das legítimas aspirações dos povos africanos”;

Rearfirmando o compromisso que eles solenemente assumiram, no artigo 2º da dita Carta, de eliminar sob todas as suas formas o colonialismo da África, de coordenar e de intensificar a sua cooperação e seus esforços para oferecer melhores condições de existência aos povos da África, de favorecer a cooperação internacional tendo na devida atenção a Carta das Nações Unidas e a Declaração Universal dos Direitos Humanos;

Tendo em conta as virtudes das suas tradições históricas e os valores da civilização africana que devem inspirar e caracterizar as suas reflexões sobre a concepção dos direitos humanos e dos povos;

Reconhecendo que, por um lado, os direitos fundamentais do ser humano se baseiam nos atributos da pessoa humana, o que justifica a sua proteção internacional, e que, por outro lado, a realidade e o respeito dos direitos dos povos devem necessariamente garantir os direitos humanos;

Considerando que o gozo dos direitos e liberdades implica o cumprimento dos deveres de cada um. (UA, 1981).

Ainda, há que se reconhecer a importância do referido instrumento normativo, pois até então, somente existiam o sistema global de proteção dos direitos humanos, o sistema europeu e o interamericano. Nesse sentido, seria possível dizer que a Carta de Banjul veio preencher uma lacuna até então existente no Continente Africano em matéria de proteção regional de direitos humanos (ROCHA e BACIAO, 2020).

Atualmente a UA é composta por cinquenta e cinco Estados-membros, que em conjunto elaboraram documentos pertinentes ao caso da MGF. Assim, dentro da sistemática da UA podemos citar como documentos chaves para o enfrentamento da MGF o Protocolo da Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos sobre o Direito das Mulheres na África (Protocolo De Maputo) e a Carta Africana da Juventude.

O Protocolo de Maputo tem esse nome porque foi assinado na capital de Moçambique e é um protocolo à Carta Africana dos Direitos dos Homens e dos Povos, com o foco nas mulheres africanas. Assim, este documento reforça o direito da mulher à dignidade (art. 3º); à vida, integridade e segurança (art. 4º); eliminação de práticas prejudiciais (art. 5º); direito à participação na política e no processo de tomada de

decisões (art. 9º); direito à saúde e direitos reprodutivos (art. 14); dentre outros direitos iguais em importância, mas não relacionados diretamente ao presente estudo.

Temos também, dentro da UA, a Carta Africana da Juventude, adotada em 1990, passando a vigorar em 1999. Ela estabelece o direito dos jovens à não discriminação (art. 3º); ao desenvolvimento social (art. 5º); à proteção contra o abuso infantil e a tortura (art. 16); e proteção contra práticas sociais e culturais prejudiciais (art. 21). Consequentemente, este documento aborda diretamente a prática da MGF e a necessidade do seu enfrentamento.

Como citado inúmeras vezes não estamos diante de um quadro de ausência de instrumentos normativos que coíbam a prática da MGF, pelo contrário, eles existem e estão acompanhados de movimentos sociais e políticas de enfrentamento. Logo, é possível notar que não basta apenas a proibição, há que haver uma mudança de paradigma que permita uma virada de chaves quanto à abordagem da MGF. Sem qualquer imposição de substituição, pois isso pode ter como consequência um maior ocultamento da prática e o seu reforço como forma de preservação da identidade cultural de determinado grupo. A ressignificação da prática pode surtir melhores efeitos para sua erradicação.

3.6.2. DOCUMENTOS DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS.

Dentro do Sistema Global de proteção aos Direitos Humanos, podemos citar a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), a Declaração do Milênio e Objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM), e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

A CEDAW, adotada pela Assembleia Geral da ONU em 1979, ratificada pelo Brasil em 1981 e promulgada em 2002 pelo Decreto 4.377, trouxe importantes avanços para a matéria de legislação em direito das mulheres, isso porque seu artigo primeiro traz o conceito de discriminação contra a mulher, assim entendido como a distinção, a exclusão ou a restrição baseada no sexo.

Em que pese inicialmente a CEDAW tenha trazido o conceito de discriminação com base no sexo biológico, a definição foi expandida para abarcar o conceito de gênero, que conforme analisado dentro dos referenciais teóricos da presente pesquisa, sexo e gênero se distinguem na medida que o primeiro significa a

identificação da pessoa com base no órgão reprodutivo presente quando do nascimento, ao passo que gênero engloba as imposições culturais e sociais que se esperam de uma determinada pessoa por conta do sexo a ela atribuído.

Assim, visando contornar essa supressão terminológica, foram editadas as Recomendações Geris (RG) 28 e 36 da CEDAW. Na RG 28 foi estabelecido que sexo seria entendido como a diferença biológica entre homens e mulheres, já gênero possuiria a implicação de identidades construídas socialmente.

Segundo este texto normativo, como existem determinadas culturas que pré-estabeleceram papéis de gênero para homens e mulheres, através da construção de uma hierarquia que favorece homens em detrimento de mulheres, foi necessária a extensão da proteção para violência de gênero (CEDAW, RG Nº 28, 2010).

Ainda, o referido instrumento normativo continua, ao prever que qualquer distinção, exclusão ou restrição que tenha por efeito ou finalidade prejudicar ou anular o reconhecimento, o gozo ou o exercício pelos direitos humanos e as liberdades fundamentais pelas mulheres é discriminação, mesmo quando a discriminação não for intencional (CEDAW, RG Nº 28, 2010).

Em 2016, foi editada a RG nº 36 a CEDAW, que estabelece que ao referenciar o direito de mulheres e meninas à educação, ela explicitamente identifica e reconhece "estudantes lésbicas, bissexuais, transgêneros e intersexo" ao estabelecer grupos que são particularmente vulneráveis à violência e discriminação de gênero e sexo no ambiente educacional (CEDAW, RG Nº 36, 2016).

Dentre os países membros da ONU – atualmente composta por 193 países – se encontram os países do Continente Africano, o que reforça o compromisso assumido, e consequentemente, a possibilidade de utilização desse instrumento normativo como forma de implementação do direito para meninas e mulheres.

Outro documento importante é a Declaração de Pequim de 1995, firmada durante a IV Conferência das Nações Unidas Sobre a Mulher, que traz como propósito “fazer avançar os objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz para todas as mulheres, em todos os lugares e no interesse de toda a humanidade” (ONU, 1995), abordando diretamente o enfrentamento da prática da MGF.

Inicialmente, a MGF é citada nas noções introdutórias da referida declaração, no capítulo II “contexto mundial”, item 39, ao reconhecer que meninas e mulheres são as principais vítimas de determinados atos violentos, sendo um deles a MGF. Mais para frente dentro do capítulo IV “objetivos estratégicos e ações” a MGF é citada diversas vezes, podendo assim serem identificadas: 1) no subcapítulo c “a mulher e a saúde”, item 93 reconhecendo que as condições que forçam as meninas ao casamento e maternidade precoce e que as submetem a práticas como a MGF, acarretam graves riscos para a saúde delas; 2) no subcapítulo c.2 “fortalecer os programas de prevenção que promovem a saúde da mulher e medidas que devem ser adotadas”, no item 107, alínea a, ao elencar a necessidade de priorização de programas de educação formal de homens e mulheres com viés de enfatizar a necessidade de eliminação de práticas nocivas como a MGF; 3) no subcapítulo c.5 é abordada a necessidade de aumento de recursos para o desenvolvimento da saúde das mulheres e acompanhar sua aplicação, frisando no item 113 “*caput*” o conceito de violência contra mulher, elencado na alínea “a” que essa forma de violência pode ser assumida, dentro do seio da família, a forma de MGF; 4) no subcapítulo d.1 “capítulo IV “objetivos estratégicos e ações”, elencado no item 124, alínea “i” que devem ser adotados pelos Governos legislações contra perpetradores de atos de violência contra a mulher, como a MGF; 5) no subcapítulo i.3, alínea “h” para determinar que os Estados devem adotar a proibição da MGF onde quer que ocorra; 6) no subcapítulo L, item 259, ao reconhecer que “algumas partes do mundo, o número de homens excede o de mulheres em cerca de 5 por 100. Os motivos dessa disparidade são, entre outros, as atitudes e práticas prejudiciais, como a mutilação genital das mulheres”; 7) no subcapítulo L.2, item 277, alínea “d”, ao determinar que os Estados devem elaborar políticas e programas que deem apoio a meninas e possibilitem a aquisição de conhecimento e desenvolvimento de autoestima com viés de eliminação da MGF; e 8) no subcapítulo L.7, item 283, alínea “d” que determinando que o Estados e as organizações internacionais e não governamentais devem promulgar e aplicar legislação que proteja as meninas contra toda forma de violência, incluindo a MGF (ONU,1995).

Outrossim, precisamos passar também pelos ODM e ODS. O primeiro, que teve como marco fundador a Resolução nº 55/2 da Assembleia Geral da ONU, estabeleceu oito grandes objetivos para serem desenvolvidos e implementados pelos Estados-

membros com a finalidade de desenvolver as nações do mundo. Eram, no total, oito ODM²⁵, que deveriam ser implementados até 2015. Como houve a substituição dos ODM pelos ODS, evidente que não foram satisfeitos os objetivos pretendidos. Contudo, é importante ressaltar como a luta contra a MGF tem impacto direto na consecução destes objetivos.

Isso porque ela possuía relação direta, segundo RUIZ, MARTÍNEZ e BRAVO, com cinco dos oito ODM, na medida em que a extrema pobreza reforça e incentiva a FGM, gerando um ciclo vicioso, como visto inclusive na *FGM Cost Calculator*, pois verbas estatais são dirigidas para enfrentar as consequências da prática. Ainda, a desigualdade de gênero não pode ser desassociada da prática da MGF, já que a tomada de decisão para se submeter ao ato é viciada – a partir do momento em que existem consequências sociais para as mulheres que não se submetem à violência – ou sequer existe.

Da mesma forma, como visto anteriormente, uma das consequências da MGF é o aumento da morte perinatal e as consequências adversas oriundas do parto, o que impacta diretamente na redução da mortalidade infantil e é diretamente vinculada à melhora da saúde materna. Por fim, há relação plausível entre a transmissão do vírus da imunodeficiência suprimida (HIV) com a MGF. Logo, a MGF sempre representou um empecilho para o alcance dos ODS (RUIZ, MARTÍNEZ E BRAVO, 2015).

De igual maneira, seria possível relacionar a MGF com a dificuldade que foi alcançar integralmente o segundo ODM (ainda que substituído pelo ODS, quando do atingimento do termo final para consecução dos ODM sem o atingimento das metas ali estabelecidas).

Este ODM tratava da universalização da educação primária, isso porque uma das formas de enfrentamento dessa prática é justamente através do fornecimento de ferramentas de emancipação para as mulheres, e a educação é um dos pilares essenciais.

²⁵ Nota da Autora: os ODM eram compostos por oito objetivos, a erradicação da extrema pobreza e a fome, universalizar a educação primária, promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna, combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças, assegurar a sustentabilidade ambiental e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

No mesmo caminho trilha a vinculação da MGF com os ODS, especialmente o um, dois, três, quatro, cinco, dez e dezesseis (erradicação da pobreza, fome zero e agricultura sustentável, saúde e bem-estar, educação de qualidade, igualdade de gênero, redução de desigualdades e paz, justiça e instituições eficazes) isso porque, a existência da MGF viola diretamente estes objetivos e impede sua materialização. O problema em si não é com o estabelecimento de metas para o desenvolvimento, mas sim com a necessidade de implementação concreta dos planos de ação e enfrentamento.

Evidente, pois, que dentro do sistema Global de Proteção dos Direitos Humanos temos ferramentas e normativas para o enfrentamento da prática da MGF. Contudo, ainda há um longo caminho a ser percorrido para sua efetivação.

Na mesma linha que os ODM, a MGF pode ser um empecilho para o alcance dos ODS, uma vez que temos nos ODS o seguinte: 1) erradicação da pobreza; 2) fome zero e agricultura sustentável; 3) saúde e bem-estar; 4) educação de qualidade; 5) igualdade de gênero; 6) água potável e saneamento; energia limpa e acessível; 8) trabalho decente e crescimento econômico; 9) indústria, inovação e infraestrutura; 10) redução das desigualdades; 11) cidades e comunidades sustentáveis. 12) consumo e produção responsáveis; 13) ação contra a mudança global do clima; 14) vida na água; 15) vida terrestre; 16) paz, justiça e instituições eficazes; e 17) parcerias e meios de implementação (ONU, 2015).

Assim, é possível notar uma relação intrínseca entre a MGF e os ODS de número 1, 3, 4, 5, 10 e 17, ou seja, sem uma caminhada crescente rumo à erradicação desta prática, e aqui também incluímos a violência obstétrica, os ODS também estarão fadados ao insucesso.

3.7. FORMAS DE ENFRENTAMENTO DA PRÁTICA DA MGF.

Como formas atuais de enfrentamento da MGF temos as ações constantes dos órgãos internacionais de proteção dos Direitos Humanos, como os inúmeros documentos que já foram citados. Dessa forma, no âmbito da OMS podemos mencionar os relatórios “*Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook*”, este foi um documento desenvolvido direcionado aos profissionais da área da saúde, com a finalidade de educá-los a respeito no trato das

vítimas da MGF. Este documento é dividido em nove sessões, sendo elas: 1) entendendo a MGF; 2) como se comunicar com meninas e mulheres que vivem com a MGF; 3) as complicações imediatas e de longo termo advindas da MGF; 4) como realizar o cuidado ginecológico e do canal urinário feminino das vítimas da MGF; 5) como realizar o cuidado das mulheres com MGF durante a gestação, parto e pós-parto; 6) informações sobre a desinfibulação; 7) como a saúde mental pode ser relacionada com a MGF; 8) a saúde sexual relacionada à MGF; e 9) considerações adicionais. Já analisamos diretamente o documento neste trabalho, em especial quando estudamos as consequências da MGF no corpo da mulher que foi vítima desta prática.

Outro documento importante é o *“Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. World Health Organization”*, ele foi utilizado neste trabalho em especial para trazer o conceito de mutilação genital feminina e os subtipos que existem desta prática e sobre quem pratica a MGF nestas sociedades tradicionais, como as anciãs ou fanadeiras. O documento, além das questões já abordadas, traz em seu teor informações sobre a idade e as razões pelas quais a MGF é praticada, qual é a prevalência e distribuição da MGF no globo, quais as complicações imediatas e de longo prazo da MGF, como ela pode afetar a saúde sexual e psicológica da mulher, o problema da medicalização da MGF, os acordos internacionais que abordam a prática da MGF, e as ações adotadas contra a prática.

Aqui se faz importante chamar atenção para a questão da medicalização da MGF, pois como visto anteriormente, o mesmo fenômeno ocorreu com a violência obstétrica, segundo a OMS, no documento aqui em análise, a MGF não deve ser realizada por profissionais da área da saúde e ela é considerada prejudicial para as vítimas, e a realização em consultório e hospitais não retira da prática seus aspectos fisiológicos negativos (OMS, 1997).

Já dentro da UA é possível citar o relatório o *“Getting to Zero Female Genital Mutilation in Africa: Strengthening Human Rights, Accelerating Efforts and Galvanizing Accountability”*.

Este documento foi referenciado no presente trabalho quando analisamos os gráficos de prevalência da prática da MGF no continente Africano (utilizado para a apresentação da calculadora da MGF) e também nas informações dos prejuízos

sofridos e retrocessos incidentes na prática decorrentes da pandemia da COVID-19. Este documento também é dividido em sessões e traz: 1) introdução – aspectos históricos, objetivos do relatório e ao reconhecer a MGF como um problema ou preocupação dos direitos humanos; 2) dados acerca da prática da MGF; 3) prevalência da MGF; 4) mudanças ocorridas na prática da MGF; 5) o impacto da COVID-19 na MGF; 6) as iniciativas e ações em prol da erradicação; 7) a necessidade de atribuir responsabilidade; e 8) recomendações para ação.

O objetivo deste tópico não reside no esgotamento de todos os documentos elaborados pelas organizações internacionais, pelo contrário, apenas busca evidenciar a importância de dados atualizados e concretos sobre práticas nocivas a grupos vulneráveis, pois retiram a prática do ocultamento, uma vez que demonstram a amplitude do problema social.

Ainda dentro das formas de enfrentamento, não seria possível esquecer a *Saleema Initiative*, baseada na Campanha de mesmo nome, segundo o relatório emitido pela UA – Iniciativa da União Africana sobre a Eliminação da Mutilação Genital Feminina – Programa de Plano de Ação de 2019-2023:

O Conceito *Saleema*: Esta abordagem visa acelerar acções que garantam que cada rapariga africana possa crescer até à maturidade na sua forma natural e original: *saleema* completa, incólume, sem ferimentos. Baseia-se na premissa de que a MGF está enraizada em normas e contextos socioculturais e, por conseguinte, o poder de abandonar a prática reside nas famílias e comunidades. Só a mudança induzida pelas pessoas pode efectivamente pôr fim à prática. Uma característica distintiva é a utilização de técnicas e abordagens de comunicação fortes e positivas, afirmando valores culturais importantes, enquanto se constroem aspirações de mudança. O foco não está no que as comunidades "precisam para desistir", mas sim no "que elas têm a ganhar com a mudança" (UA, 2022, p.11).

Assim, o objetivo aqui não reside na imposição da erradicação da prática, mas sim na criação de um cenário local que permita o diálogo e leve a mudança, ainda que gradual, evidenciando as vantagens na erradicação. Ou seja, a iniciativa evita que os povos sejam rotulados negativamente, ou relegados a uma posição de bárbaros, mas sim de atores principais no desenvolvimento da própria sociedade, sem a imposição de estranhos.

Ademais, para a elaboração da presente dissertação foi realizada pesquisa no *site* da Corte Africana de Direitos Humanos e dos Povos. Segundo as informações ali constantes a Corte registra trezentos e quarenta e dois casos, sendo que duzentos e

dezesesseis encontram-se encerrados e cento e vinte e seis ativos. Isto posto, é possível fazer pesquisa por prescritores no *site* da Corte de forma a localizar julgados que abordem a temática desejada.

Dessa forma, para fins da presente pesquisa foram usados os termos “*female genital mutilation*”, “mutilação genital feminina”, “MGF”, “FMG”, sendo importante esclarecer que são idiomas oficiais da UA o árabe, o inglês, o francês, o português, o espanhol, o kiswahili e qualquer outra língua africana. Por questões de limitações linguísticas, as pesquisas no *site* da Corte Africana se deram apenas em inglês e português.

Contudo, em que pese os altos índices da prática da MGF no continente Africano, não há casos em andamento ou encerrados na Corte Africana que tratam da matéria. Todavia, no decorrer das pesquisas sobre a jurisprudência acerca da prática da MGF, foi possível encontrar o julgamento que ocorreu na Corte Suprema do Quênia em Nairobi, na qual a Dra. Tatu Kamau foi peticionante.

A médica Tatu Kamau questionou constitucionalmente a proibição da MGF, argumentando que a prática limitaria a escolha da mulher e o direito dela de sustentar e respeitar a própria cultura, identidade cultural e religião (QUÊNIA, 2019). Foram aceitos *amici curiae* que advogaram contra a prática. Ao final, entendeu-se pela improcedência do pleito da peticionante.

A leitura do julgamento é interessante para analisar o conteúdo do discurso daqueles que advogam favoravelmente à prática da MGF como autodeterminação e livre escolha da mulher que a ela é submetida, bem como para compreender o teor do diálogo realizado pela Suprema Corte do Quênia para refutar os argumentos trazidos.

A peticionante elaborou e publicou artigo científico no qual foi clara ao sustentar os seus argumentos contrários à legislação proibitiva da prática da MGF no Quênia, segundo ela:

My main argument against the FGM Act of Kenya was that this legislation, by encroaching on the rights of Kenyan women to practise and enjoy their culture, breached key provisions within the Kenyan Constitution of 2010. In my view, a cultural practice such as FC should not be prohibited or abolished. I argued that adult women and adult men have the right to equal opportunities in cultural and social spheres, and that the traditional practice of FC was being misrepresented as malicious, violent and intended to incapacitate and destroy

females. Additionally, I argued that the Kenyan Constitution expressly prohibits compelling anyone to engage in any act that is contrary to the person's belief or religion. I interpreted this to mean that it was unconstitutional for the FGM Act to force adult women to abandon circumcision, which would be contrary to their belief²⁶ (AHMADU e KAMAU, 2022).

Segundo os argumentos sustentados pela médica e peticionante, a existência de uma lei que impede mulheres acima de dezoito anos a se submeterem à MGF violaria a liberdade religiosa das mesmas, além de que a prática tradicional da MGF estaria “sendo deturpada como maliciosa, violenta e com a intenção de incapacitar e destruir as mulheres” (AHMADU e KAMAU, 2022), o que segundo ela não seria verdade.

Ainda, segundo ela, o desafio para os ativistas ou políticos que seriam contrários à prática da MGF reside justamente no fato de não conseguirem, supostamente, explicar o motivo pelo qual a prática é gerida, perpetuada e celebrada, em primeiro lugar, por mulheres (AHMADU e KAMAU, 2022). E que estes estariam se negando a enxergar que a maioria das mulheres, como dentro da etnia Massai, se veem como empoderadas dentro das sociedades que estão inseridas. Para ela, também seria necessário separar:

the fundamental concept and purpose of marriage in circumcising communities from human sexual relations or practices and erotic pleasure per se. Notions of ‘virginity, purity and sexual restraint’ are nonexistent in many traditional circumcising societies, such as the Kono, and are more linked with moral values associated with Abrahamic religious traditions, where male circumcision is symbolic of the production and reproduction of patriarchy, patrilineages and the creation or revelation of God as the Father. It is within this context that marriage concerns men's control over the sexuality of wives in order to create biological sons for their husbands, who, as the blood heirs and descendants of their husbands, make these men biological fathers or patriarchs. This – the creation of Abraham's divine patrilineal descendants through his paternal half-sister, Sarah – I argue, is the symbolic significance of Abrahamic male circumcision. Either way, the control over female sexuality

²⁶[Tradução da Autora] “Meu principal argumento contra a Lei de MGF do Quênia foi que esta legislação, ao invadir os direitos das mulheres quenianas de praticar e desfrutar sua cultura, violou disposições-chave da Constituição do Quênia de 2010. Na minha opinião, uma prática cultural como a MGF não deve ser proibida ou abolida. Eu argumentava que mulheres adultas e homens adultos têm o direito à igualdade de oportunidades nas esferas culturais e sociais, e que a prática tradicional da MGF estava sendo deturpada como maliciosa, violenta e com a intenção de incapacitar e destruir as mulheres. Além disso, eu argumentei que a Constituição do Quênia proíbe expressamente obrigar qualquer pessoa a se envolver em qualquer ato que seja contrário à crença ou religião da pessoa. Interpretei isto como significando que era inconstitucional para a Lei de MGF forçar mulheres adultas a abandonar a circuncisão, o que seria contrário à sua crença”. (AHMADU e KAMAU, 2022).

or female sexual response is not and has never been the purpose of African traditional circumcision²⁷(AHMADU e KAMAU, 2022).

Além dos argumentos anteriormente mencionados, a Autora traz a suposta contradição entre a proibição da MGF, e a suposta permissividade com a cirurgia de ressignificação sexual, uma vez que ambas, no aspecto médico da prática, representam a alteração da genitália.

Entendemos, contudo, que o referido posicionamento se mostra contraditório e ignora em sua essência, aspectos importantes que devem ser analisados quando estudamos a MGF e já mencionados no decorrer da presente pesquisa.

De fato, a MGF é uma prática legitimada dentro do contexto social em que está inserida, pois coloca em prática as crenças de um determinado povo. Da mesma forma, é importante ressaltar que é um ato praticado por mulheres contra mulheres, o que evidencia ainda mais a intrínseca relação entre a MGF e o meio que ela está inserida, bem como a dimensão estrutural do patriarcado e do machismo, uma vez que, apesar de executada por mulheres, o objetivo da prática é, na origem, a aceitação e a submissão a uma exigência masculina.

Há assim que se questionar o quão livre verdadeiramente é a vontade da mulher em ser submetida a referida prática, e livre não pode ser apenas entendida por um desejo expressado verbalmente por uma mulher adulta, mas sim quais as significações por ela dada àquela prática e o que a levou a tomar essa decisão. E, diferentemente das informações trazidas pela peticionante, existem inúmeras consequências negativas associadas à prática da MGF, não sendo encontrado, em nenhum dos documentos que analisamos, recomendações para a prática da mutilação.

²⁷[Tradução da Autora] Conceito e propósito fundamentais do casamento em comunidades de circuncisão de relações sexuais humanas ou práticas e prazer erótico propriamente ditas. Noções de 'virgindade, pureza e restrição sexual' não existem em muitas sociedades tradicionais de circuncisão, como a Kono, e são mais ligados aos valores morais associados às tradições religiosas abraâmicas, onde a circuncisão masculina é simbólica da produção e reprodução do patriarcado, patrilineages e a criação ou revelação de Deus como o Pai. É dentro deste contexto em que o casamento diz respeito ao controle dos homens sobre a sexualidade das esposas, a fim de criar filhos biológicos para seus maridos, que, como herdeiros de sangue e descendentes de seus maridos, fazer esses homens pais biológicos ou patriarcas. Este - a criação da descendência de Abraão patrilineal divina através de sua meia-irmã paterna, Sarah – eu argumento, é o significado simbólico da circuncisão masculina Abraâmico. De qualquer forma, o controle sobre a sexualidade feminina ou a resposta sexual feminina não é e nunca foi propósito da circuncisão tradicional africana. (AHMADU e KAMAU, 2022).

Diferentemente, por exemplo, do que acontece com a o parto cesariano, que ainda que represente hoje uma epidemia no Brasil, que resulta no nascimento prematuro de inúmeros bebês, pode ser empregado (conforme inclusive reconhecido pela OMS) para salvar a vida da gestante e/ou da criança. Já com a MGF, não foi cogitado pelos documentos analisados uma causa justa para sua utilização.

Assim, se torna importante discutir e debater a referida prática, para que discursos que não analisem a integralidade e todos os aspectos da prática, e justifiquem sua manutenção como uma forma de prática contrária ao colonialismo do ocidente, não se sobreponham aos documentos e informações científicas baseadas em evidências. Têm-se, pois, que uma forma de enfrentamento para a MGF é baseada no diálogo e na ressignificação das práticas tradicionais, sem que haja o condão de sobreposição por valores ocidentais ou uma nova forma de colonialismo, e sim a caminhada conjunta para o desenvolvimento de uma sociedade que entende a MGF como prejudicial à mulher.

3.8. FORMAS DE ENFRENTAMENTO DA PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.

Conforme mencionado no início do tópico anterior, não há, em âmbito internacional, documento jurídico que aborde a temática da violência obstétrica, dentro dos órgãos internacionais de proteção de direitos humanos.

Isso significa dizer que em âmbito internacional, a proteção destes direitos acaba por ficar relegadas às normas gerais de proteção de direitos. Isso de certa forma pode evidenciar a ausência de entendimento pela relevância deste debate nos órgãos internacionais de disputa e proteção de direitos humanos.

Ainda, conforme também informando anteriormente, o Brasil não possui uma legislação de âmbito federal que trate a temática da violência obstétrica, conceituando-a, acabando por ficar a cargo dos Estados da Nação criarem as legislações regionais sobre o tema.

Contudo, ainda que não exista a dita conceituação, o Brasil possui leis federais que, ainda que não sejam expressas no que buscam proteger, tem a finalidade de por fim à práticas reconhecidas como formas de violência obstétrica.

Como é o caso da Lei Federal nº 11.108 de 2005 que alterou a Lei nº 8.080/1990 para permitir que a parturiente esteja acompanhada de uma pessoa, de sua livre escolha, durante o trabalho de parto em ambientes hospitalares. Ou ainda, da Lei Federal nº 11.634/2007 que estabelece que toda gestante tem o direito de saber qual a sua maternidade de referência para a realização do parto e na qual será atendida em caso de alguma intercorrência durante o período gestacional.

Ainda, existe legislação que reconhece o direito à gestante de acompanhamento especializado por profissional da área da saúde durante a gravidez, o que inclui a realização de exames, consultas e orientações, conforme Lei nº 9.263, de 13 de novembro de 1996, Portaria nº 569 MS/GM 01 de junho de 2000 e - Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007.

Ou seja, ainda que não se reconheça em âmbito federal o que vem a ser entendido como violência obstétrica, temos no ordenamento jurídico brasileiro, em âmbito federal, legislações específicas que visam garantir determinados direitos às mulheres grávidas, parturientes e puérperas, isso significa dizer que não há uma lacuna total em termos de proteção das mulheres, em que pese a lacuna conceitual seja evidente.

Contudo, mesmo diante deste cenário apresentado, é importante dizer que existem movimentos sociais e pesquisas acadêmicas sendo realizadas no Brasil que buscam analisar a temática da violência obstétrica.

É o caso, por exemplo, das pesquisas “Nascer Brasil” e “Nascer Brasil 2” realizadas pela FIOCRUZ, que ainda que brevemente já foram abordadas na presente dissertação. Da análise da primeira pesquisa realizada, foi possível constatar que, de um universo de 23.894 mulheres entrevistadas entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, que deram à luz em algum dos 266 hospitais de médio e grande porte selecionados para integrar o escopo da pesquisa, localizados em 191 cidades do Brasil, 52% tiveram cesarianas e 48% tiveram parto natural, mas apenas 5% das que não fizeram cirurgia tiveram trabalho de parto sem intervenção médica, enquanto as outras 95% foram submetidas a alguma forma de intervenção física, a maioria delas sem qualquer evidência de necessidade médica que justificasse a referida intervenção (FIOCRUZ, 2012).

Segundo a própria instituição esta foi a primeira pesquisa a fornecer um panorama nacional sobre a situação do parto no Brasil, tendo a pesquisa como finalidade:

Conhecer os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, incluindo as cesarianas desnecessárias, descrever a motivação das mulheres para opção pelo tipo de parto, as complicações médicas durante o puerpério, período neonatal, bem como descrever a estrutura das instituições hospitalares, quanto a qualificação dos recursos humanos disponíveis, disponibilidade de insumos, equipamentos, medicamentos e unidades de terapia intensiva para adultos e neonatos. (FIOCRUZ, 2012).

Outro dado alarmante que a pesquisa trouxe foi a existência ou não de boas práticas ou intervenções com os bebês e as mães no ambiente hospitalar. Assim, do total das entrevistas foi possível notar, ao analisar os recém-nascidos, que apenas 26,6% tiveram a possibilidade de contato pele a pele com a mãe logo após ao nascimento, 14,7% dos bebês tiveram o seio oferecido na sala do parto, 40,9% mamaram na primeira hora de vida e 64,2% tiveram alojamento conjunto com a mãe (FIOCRUZ, 2012).

Já em termos de intervenções, temos que 71,7% passaram pelo procedimento de aspiração de vias aéreas superiores, 40,4% passaram pelo procedimento de aspiração gástrica, 13,8% precisaram fazer uso de inalatório e 13,2% tiveram que fazer uso de incubadora (FIOCRUZ, 2012).

Se analisarmos as parturientes, temos que 25,2% tiveram acesso à alimentação durante o processo de parturição, 44,3% puderam se movimentar, 26,7% tiveram acesso à procedimentos farmacológicos para alívio da dor, e 41,4% fizeram uso de partograma – gráfico que acompanha o trabalho de parto e analisa as condições da mãe e do bebê (FIOCRUZ, 2012).

Ainda, quando analisamos as intervenções durante o trabalho de parto, temos que 74,9% fizeram uso de cateter venoso periférico, 36,4% fizeram uso de ocitocina, 33,9% fizeram uso de analgesia epidural, e 39,1% foram submetidas a amniotomia (rompimento por procedimentos médicos do saco amniótico). Ao passo que em termos de intervenção no momento do parto tivemos que 91,7% das mulheres que tiveram parto normal foram obrigadas a ficar na posição ginecológica, 36,1% foram submetidas a Manobra de Kristeler e 53,5% foram vítimas da episiotomia (FIOCRUZ, 2012).

Assim, o referido estudo possui extrema importância quando analisamos a prática da violência obstétrica no Brasil, isso porque, ele retira do ocultamento e apresenta em termos quantitativos o que ocorre dentro das maternidades do Brasil.

Outrossim, a mesma instituição realizou a pesquisa “Nascer Brasil 2”, realizadas nos anos de 2020 e 2022, chamada “Nascer no Brasil II: inquérito nacional sobre perdas fetais, partos e nascimentos”, na qual foram acompanhadas 24.255 mulheres que ingressam no sistema de saúde, público e privado, em 465 maternidades de todo o Brasil.

Conforme a própria organização, nos mesmos caminhos percorridos pela primeira pesquisa, a segunda visou “estimar a prevalência de agravos e fatores de risco durante a gestação, avaliar a assistência pré-natal, ao parto e às perdas fetais, e verificar a ocorrência de desfechos maternos e perinatais negativos e seus fatores associados” (FIOCRUZ, 2023).

Diferentemente da primeira pesquisa, aqui ainda não se mostra possível apresentar o resultado quantitativo, pois até o momento de encerramento da presente dissertação não haviam sido divulgados os resultados da pesquisa em sua integralidade, somente os resultados parciais que visaram analisar a morte materna das mulheres negras no contexto do sistema único de saúde (SUS).

Da análise preliminar realizada, sistematizada em formas de artigos científicos pelas pesquisadoras, foi possível constatar que a raça, cor e o poder aquisitivo influenciam no tratamento que as mulheres recebem nas maternidades, o que pode impactar diretamente o desfecho do processo de parturição, seja ele positivo ou negativo.

Assim, foi obtido como resultado preliminar da investigação:

“Além da população feminina negra ter historicamente maior mortalidade materna, identifica-se aqui que também têm maior prevalência de gestação na adolescência e internações por aborto. Desvantagens essas ampliadas pela baixa escolaridade, ausência de trabalho remunerado e solidão conjugal, principalmente para aquelas que se declararam pretas.” (FIOCRUZ, 2023).

Ou ainda:

“É importante destacar que a ocorrência desses óbitos depende do acesso e da qualidade da assistência ao pré-natal e parto. Geralmente são o resultado de intervenções, omissões e tratamentos incorretos ou uma cadeia de eventos decorrente de qualquer dessas causas. Nesse sentido, a mortalidade

materna sinaliza falhas na atenção obstétrica ofertada, desde o pré-natal até o puerpério” (FIOCRUZ, 2023).

Assim, com base nestes resultados preliminares, seria possível inferir que a prática da violência obstétrica também repercute de forma diferente nas mulheres, conforme a raça, cor, poder aquisitivo e índice de escolaridade, sendo a população negra a mais prejudicada neste cenário.

Novamente, as referidas pesquisas se mostram de importante relevância para que se retire do ocultamento, com dados quantitativos, o que significa e representa a violência obstétrica no Brasil, como ela ocorre e como ela pode ocorrer de distintas formas a depender de inúmeros fatores, como raça, cor, existência ou não de companheiro (solidão materna), ente da federação que realiza o atendimento e outros elementos elencados pela pesquisa.

Logo, ainda que não exista uma legislação específica que regule o combate à violência obstétrica no Brasil, a bem verdade é que existem movimentos sociais e de investigação que buscam evidenciar que a referida prática ocorre frequentemente no nosso país e acabam por representar uma forma de enfrentamento da violência obstétrica, ainda que não pelo Brasil enquanto nação, mas pela sua população.

Por fim, entendo ser necessária a análise do caso Alyne Pimentel x Brasil, julgado pelo Comitê da CEDAW, na medida em que foi o primeiro caso de morte materna evitável julgado pelos Comitês vinculados a um dos órgãos internacionais de proteção dos direitos humanos.

Alyne da Silva Pimentel Teixeira era uma mulher negra, que nasceu em 29 de setembro de 1974, e na época dos fatos era casada, tinha uma filha de 04 anos e estava grávida de seis meses do seu segundo filho.

Os fatos contados na denúncia enviada ao comitê da CEDAW contam que no dia 11/11/2002 a Alyne Pimentel procurou atendimento hospitalar sofrendo de dores abdominais e náusea. Na Casa de Saúde de Belford Roxo ela foi atendida pelo médico obstetra de plantão que prescreveu remédios para a náusea, vitamina B13 e medicamento local para infecção vaginal, tendo agendado exames para o dia 13/11/2002, como medida de precaução.

Contudo, entre a data do exame e o atendimento realizado no hospital, a condição médica de Alyne Pimentel piorou, tendo ela procurado novamente

atendimento ginecológico no dia 13/11/2002 antes da realização dos exames prescritos. Quando do exame realizado, o médico determinou sua internação hospitalar. Foi realizado exame por outro médico que não conseguiu localizar o batimento cardíaco fetal, vindo um exame a confirmar a morte fetal.

Assim, foi informado à Alyne Pimentel que ela teria que ingerir uma medicação para estimular o parto de natimorto e, conseqüentemente, poucas horas depois ela pariu o feto natimorto e imediatamente começou a ficar desorientada.

No dia seguinte, em 14/11/2002, Alyne Pimentel precisou passar pelo processo de curetagem, para retirada dos resíduos fetais do seu organismo, contudo, o estado de saúde dela continuou a se deteriorar. Foi realizado, no dia 15/11/2002, uma punção abdominal, porém a equipe médica não conseguiu localizar sangue. Neste momento, foi explicado pelos médicos que o quadro experienciado pela Alyne Pimentel era comum em mulheres que não tinham realizado o pré-natal e que ela precisaria de uma transfusão sanguínea.

Posteriormente, os médicos do centro de saúde que Alyne Pimentel se encontrava entraram em contato com outras instituições visando a transferência da paciente para um local com maiores recursos médicos, contudo, o único hospital que possuía vaga, Hospital Geral de Nova Iguaçu, se recusou a fornecer a única ambulância disponível para o transporte de Alyne Pimentel. Conseqüentemente, Alyne Pimentel, sua mãe e seu marido esperaram oito horas para serem transportados para o novo hospital.

Ao chegar ao hospital de destino, o estado de saúde de Alyne Pimentel estava crítico sendo necessária que ela fosse ressuscitada, para piorar a situação, ela precisou ser alocada na área de emergência do hospital, pois não haviam leitos disponíveis. Ainda, quando do transporte da paciente não foram enviados os prontuários médicos, sendo requerido pelo novo hospital que a mãe de Alyne Pimentel recuperasse os documentos, que não foram prontamente entregues à mãe.

Alyne Pimentel faleceu em 16 de novembro de 2002 e na autópsia realizada após a morte foi identificada como causa do falecimento hemorragia digestiva, que foi ocasionada pelo parto do feto natimorto.

Diante da ausência de resposta por parte do sistema de justiça brasileiro, a mãe de Alyne Pimentel, Maria de Lourdes da Silva Pimentel, representada pelo *Center for Reproductive Rights* e Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos, ingressou com uma reclamação ao Comitê da CEDAW, alegando violação do direito à vida e saúde, e artigos 2²⁸ e 12²⁹ da CEDAW e do Protocolo adicional a CEDAW, respectivamente

Quando o julgamento do caso, o Comitê da CEDAW reconheceu o dano moral causado à mãe de Alyne Pimentel e o dano material e moral sofrido pela filha de Alyne Pimentel, que além de ter perdido a mãe, foi abandonada pelo pai e vivia com vó em situações precárias.

Como resultado do caso, foram formuladas recomendações ao Estado brasileiro, elas foram sistematizadas por CATOIA, SEVERI e FIRMINO (2020):

“Seguindo o previsto no Protocolo Facultativo da CEDAW, o Comitê formulou recomendações ao Estado brasileiro considerando tanto a dimensão individual quanto estrutural do caso. No tocante à dimensão individual, o Comitê reconheceu os danos causados à mãe de Alyne e os danos morais e materiais sofridos por sua filha. Em razão disso, solicitou que o Brasil garanta a reparação apropriada, inclusive financeira, para a mãe e a filha de Alyne, a ser definida considerando a gravidade das violações em questão. Sobre as causas sistêmicas, o Comitê requisitou que o Brasil: garanta o direito das mulheres à maternidade segura e a preços acessíveis, aos cuidados obstétricos de emergência; reduza as mortes maternas evitáveis por meio da implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna no nível estadual e municipal, incluindo a criação de comitês de mortalidade materna onde eles ainda não existam; ofereça treinamento profissional adequado para os profissionais de saúde, especialmente sobre os direitos das mulheres à saúde reprodutiva; assegure que os serviços de saúde privados cumpram com padrões nacionais e internacionais relevantes de assistência à saúde reprodutiva; assegure que sanções adequadas sejam impostas aos profissionais de saúde que violem os direitos relacionados à

²⁸ Os Estados-Partes condenam a discriminação contra a mulher em todas as suas formas, concordam em seguir, por todos os meios apropriados e sem dilações, uma política destinada a eliminar a discriminação contra a mulher, e com tal objetivo se comprometem a: a) consagrar, se ainda não o tiverem feito, em suas constituições nacionais ou em outra legislação apropriada, o princípio da igualdade do homem e da mulher e assegurar por lei outros meios apropriados à realização prática desse princípio; b) adotar medidas adequadas, legislativas e de outro caráter, com as sanções cabíveis e que proíbam toda discriminação contra a mulher; c) estabelecer a proteção jurídica dos direitos da mulher numa base de igualdade com os do homem e garantir, por meio dos tribunais nacionais competentes e de outras instituições públicas, a proteção efetiva da mulher contra todo ato de discriminação; d) abster-se de incorrer em todo ato ou a prática de discriminação contra a mulher e zelar para que as autoridades e instituições públicas atuem em conformidade com esta obrigação; e) tomar as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher praticada por qualquer pessoa, organização ou empresa; f) adotar todas as medidas adequadas, inclusive de caráter legislativo, para modificar ou derrogar leis, regulamentos, usos e práticas que constituam discriminação contra a mulher; g) derrogar todas as disposições penais nacionais que constituam discriminação contra a mulher (CEDAW, 1979).

²⁹ Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em 5 condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar.

saúde reprodutiva das mulheres; e assegure o acesso à proteção jurídica adequada e efetiva em casos em que os direitos relativos à saúde reprodutiva das mulheres tenham sido violados. Ainda em cumprimento às determinações do Protocolo Facultativo, o Comitê determinou que o Estado brasileiro dê a devida consideração às recomendações feitas e envie, dentro de seis meses, uma resposta escrita, incluindo informações quanto às ações tomadas. Ele solicitou também que o Estado brasileiro publique a decisão do Comitê e que a traduza para a língua portuguesa e outras línguas regionais reconhecidas, distribuindo-a de forma a alcançar relevantes setores da sociedade.”

Assim, como consequência da condenação do Brasil no Comitê da CEDAW, foi implementado no país a Rede Cegonha, segundo PEREZ e PERUZZO (2021):

Diante das recomendações, o Estado brasileiro, em 2014, enviou observações sobre a decisão. Por relatório, demonstrou as políticas públicas e programas implementados para avançar na qualidade de saúde materna. Dentre elas, destaca-se a implementação da Rede Cegonha (RC), instituída pela Portaria nº 1.459/GM/MS e iniciada em 2011, com o viés principal de planejamento reprodutivo ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento materno, buscando a melhoria da saúde integral da mulher e a redução da mortalidade materna (BRASIL, 2011). Segundo o relatório, esta rede de cuidados “sistematiza e institucionaliza o modelo de atenção ao parto e nascimento que visa garantir às mulheres e crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permita vivenciar a experiência da gravidez, parto e nascimento com segurança e dignidade” (BRASIL, 2014, p. 4). Além disso, possui iniciativa nacional e pontua a necessidade de comprometimento por todos os entes federativos, dos profissionais da saúde e da sociedade para a implementação e efetivação de seus objetivos (BRASIL, 2011).

Assim, o caso de Alyne Pimentel não foi um marco apenas por se tratar da primeira condenação internacional que analisou a morte materna, mas também porque repercutiu com a criação, no Brasil, da rede cegonha, sendo impossível fechar a presente dissertação sem mencioná-la.

Em que pese o ineditismo do tema e a louvável atuação do Comitê da CEDAW, se torna importante observar e pontuar que mesmo diante dos fatos narrados no processo, não houve a utilização da terminologia da violência obstétrica, e sim a condenação baseou-se no direito à não discriminação e no direito à saúde.

Daí, é possível extrair a conclusão que a violência praticada contra Alyne Pimentel se deu sob a perspectiva do erro médico e não da violência obstétrica. Isso porque, quando analisamos o erro médico estamos diante de condutas que por omissão, negligência ou imprudência levaram ao resultado danoso experienciado pela vítima, ao passo que quando analisamos a violência, analisamos o dolo, ou seja, a intenção de causar o resultado danoso, seja ao realizar, em forma ampla, a

episiotomia sem consentimento na mulher, ou ao não ouvir suas queixas e não analisar seus sintomas corretamente.

Além da conceituação teórica, a qualificação da forma de violência como erro médico ou violência obstétrica também diferencia a forma como a conduta será tratada pelo ordenamento jurídico, em termos de responsabilização e penas passíveis de aplicação, além de por óbvio, representar um ocultamento da prática da violência obstétrica.

De maneira diversa, devemos citar ainda nesta dissertação, o caso *Brítez Arce e outros Vs. Argentina*, cuja sentença foi proferida em 16 de novembro de 2022 pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), dentro do sistema de proteção de Direitos Humanos da OEA.

Nos autos do processo, é relatado que o ele foi submetido à CIDH em 25/02/2021 pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, diante da alegada responsabilidade internacional do Estado Argentino pelos fatos que levaram à morte de Brítez Arce e pela demora de resposta por parte do poder judiciário argentino, e consequentemente do governo argentino frente ao caso.

Brítez Arce estava grávida de nove meses e em 01/06/1992 compareceu ao hospital “Ramón Sardá” na cidade de Buenos Aires, momento em que foi realizada uma ecografia que constatou que o bebê estava morto, motivo pelo qual ela foi internada e o parto induzido. Segundo a certidão de óbito, Brítez Arce faleceu no mesmo dia devido à uma parada cardiorrespiratória não traumática.

Dessa forma, a Corte assim entendeu, por unanimidade: 1) Aceitar o reconhecimento e responsabilidade do Estado pelas condutas que resultaram no falecimento de Brítez Arce; bem como declarou por unanimidade que: 1) O Estado é responsável pela violação dos direitos à vida e à integridade pessoal reconhecidos nos artigos 4.1 e 5.1 da Convenção Americana, em relação ao disposto no artigo 1º, nº 1 do referido Tratado em detrimento da senhora Cristina Brítez Arce; 2) O Estado é responsável pela violação dos direitos às garantias judiciais e à proteção judicial reconhecidos nos artigos 8.1 e 25.1 da Convenção, em relação ao artigo 1º, parágrafo 1, do mesmo instrumento e artigo 7º da Convenção de Belém do Pará em prejuízo de Ezequiel Martín Avaro e Vanina Verónica Avaro, filhos menores de Brítez Arce quando

do seu falecimento; 3) O Estado é responsável pela violação do direito à integridade pessoal, o direito de a proteção da família e os direitos da criança reconhecidos nos artigos 5.1, 17.1 e 19 da Convenção Americana, em relação ao artigo 1.1 do mesmo instrumento, em detrimento de Ezequiel Martín Avaro y Vanina Verónica Avaro (CIDH, 2022).

Ainda, de forma não unânime a CID decidiu que o Estado é responsável pela violação do direito à saúde reconhecido no artigo 26 da Convenção Americana, em relação ao artigo 1.1 do mesmo Tratado em detrimento da senhora Cristina Brítez Arce Avaro (CIDH, 2022).

O referido caso, assim como o de Alynne Pimentel, se torna referência no seu julgamento, pois foi a primeira vez que um órgão internacional de proteção de direitos humanos citou, expressamente, a terminologia violência obstétrica ao reconhecer a responsabilidade internacional do Estado, vejamos:

Sobre este asunto, en virtud de lo dispuesto en el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará, la Corte recuerda que los Estados tienen el deber de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, para lo cual deben abstenerse de incurrir en actos constitutivos de violencia de género, incluidos aquellos que ocurran durante el acceso a servicios de salud reproductiva. Además, de acuerdo con la citada Convención “[t]oda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado” y los Estados deben tener especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad de las mujeres que son víctimas de violencia cuando están embarazadas³¹. Ahora bien, la Convención de Belém do Pará fue adoptada el 9 de junio de 1994, es decir, dos años después de ocurridos los hechos que dieron origen a este caso, y fue ratificada por Argentina el 5 de julio de 1996, cuatro años después de la muerte de Cristina Brítez Arce. En esa medida, no es posible atribuir responsabilidad internacional al Estado por la violación de las obligaciones contenidas en ese instrumento, aunque en virtud del reconocimiento de responsabilidad internacional hecho por el Estado, la Corte tome en consideración su contenido a efectos de caracterizar la violencia obstétrica. Conforme a lo anterior, la Corte encuentra que a la luz de la Convención de de Belém do Pará, las mujeres tienen derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica y los Estados están en la obligación de prevenirla, sancionarla y abstenerse de practicarla, así como de velar porque sus agentes actúen en consecuencia, tomando en consideración la especial vulnerabilidad que implica encontrarse en embarazo y en periodo posparto³⁰.

³⁰ [Tradução da Autora]: Sobre este assunto, em virtude do disposto no artigo 7º da Convenção de Belém do Pará, o Tribunal recorda que os Estados têm o dever de prevenir, sancionar e erradicar a violência contra as mulheres. Para isso, devem abster-se de cometer atos constitutivos de violência de gênero, inclusive aqueles que ocorram durante o acesso a serviços de saúde reprodutiva. Além disso, de acordo com a referida Convenção “[a] mulher tem direito a uma vida livre de violência, tanto no âmbito público como no privado” e os Estados devem ter em especial consideração a situação de vulnerabilidade das mulheres que são vítimas de violência quando estão grávidas. Ora, a Convenção de Belém do Pará foi adotada em 9 de junho de 1994, ou seja, dois anos depois dos fatos que deram origem a este caso, e foi ratificada pela Argentina em 5 de julho de 1996, quatro anos após a morte de

Consequentemente, o referido julgamento se constitui de um marco teórico frente à luta pelo reconhecimento da violência obstétrica como uma forma de violência contra a mulher, que deve ser nomeada pelo que representa e consequentemente retirada do ocultamento, para que as mulheres possam gozar de todos os direitos que são à elas assegurados em todos os tratados e convenções internacionais de proteção de direito humanos.

Assim, reconhecer a violência ocorrida com Brítez Arce como violência obstétrica é dar voz a sua história, reconhecer o que contra ela foi praticado e permitir a responsabilização internacional do estado.

Nas palavras de GERBALDO (2023):

La sentencia Brítez Arce y otros Vs. Argentina emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos marca un hito significativo al reconocer y condenar la violencia obstétrica en un caso contencioso. Esta sentencia establece un nuevo estándar interamericano que insta a los Estados a prevenir y erradicar la violencia obstétrica, garantizando el derecho a la salud de las personas gestantes con servicios especializados, dignos, libres de discriminación y violencia. (GERBALDO, 2023) ³¹.

Logo, é possível identificar que estamos caminhando rumo à uma mudança de paradigma na temática da violência obstétrica, com o estabelecimento de *standards* internacionais de proteção das mulheres que estão passando pelo processo de gestação, parto e puerpério, e a condenação dos agentes estatais em caso de leniência com a ocorrência da referida prática em seus territórios.

Cristina Brítez Arce. Nessa medida, não é possível atribuir responsabilidade internacional ao Estado pela violação das obrigações contidas nesse instrumento, embora em virtude do reconhecimento de responsabilidade internacional feito pelo Estado, o Tribunal leve em consideração seu conteúdo para caracterizar a violência obstétrica. De acordo com o que precede, o Tribunal considera que à luz da Convenção de Belém do Pará, as mulheres têm direito a viver uma vida livre de violência obstétrica e os Estados estão na obrigação de preveni-la, sancioná-la e abster-se de praticá-la, assim como de assegurar que seus agentes ajam em conformidade, levando em consideração a especial vulnerabilidade que implica estar em gravidez e no período pós-parto .

³¹ [Tradução da Autora]: O julgamento Brítez Arce e outros vs. Argentina emitido pela Corte Interamericana de Direitos Humanos marca um marco significativo ao reconhecer e condenar a violência obstétrica em um caso contencioso. Esta sentença estabelece um novo padrão interamericano que insta os Estados a prevenir e erradicar a violência obstétrica, garantindo o direito à saúde das gestantes com serviços especializados, dignos, livres de discriminação e violência.

4. DA ANÁLISE JURÍDICA DE CONTEÚDO.

Conforme explicado na introdução da presente dissertação, foi proposta a análise das convenções internacionais de proteção de direitos humanos para fins de percepção do comportamento internacional frente aos temas da MGF e da violência obstétrica, e verificar se são temas em evidência internacionalmente, ou quiçá são discutidos. Consequentemente, busca-se constatar a existência ou não de menção expressa nos documentos internacionais de ambas as terminologias ao mesmo tempo, ou se a proteção do direito da mulher fica mais restrita ao plano das proteções generalistas, como proteção à integridade física, quanto ao tema aqui estudado.

Para tanto, foi realizada a escolha de índices (ou prescritores) para realização das buscas no documento analisados. Assim, analisou-se a existência das seguintes terminologias: 1) mutilação; 2) genital; 3) mutilação genital; 4) violência obstétrica; 5) parto; 6) violência; 7) obstétrica; 8) gravidez; 9) grávida; 10) gênero; 11) mulher/mulheres; 12) menina/meninas; e 13) feminino e feminina.

Ademais, quando o texto da convenção ou tratado foi encontrado apenas em inglês, utilizaram-se os índices: 1) *mutilation*; 2) *genital*; 3) *genital mutilation*; 4) *obstetric violence*; 5) *childbirth*; 6) *violence*; 7) *obstetric*; 8) *pregnancy*; 9) *pregnant*; 10) *gender*; 11) *woman*; 12) *women*; 13) *girl/girls*; e 14) *female*.

Frisa-se que a diferença de número dos indicadores em inglês e em português se deu em razão da diferença linguística, por não haver, por exemplo, diferença na língua inglesa entre feminino e feminina (sendo ambos traduzidos para *female*), bem como o plural de mulher não se dar apenas com o acréscimo da letra “s”, mas com a mudança da grafia da palavra (“*woman*” e “*women*”).

A partir destes prescritores foi feita a análise quantitativa, isso porque foi analisada a quantidade de vezes que os termos elencados apareceram no texto normativo, e qualitativa, na medida que a partir dos dados encontrados foi realizada uma análise crítica do que o uso do termo ou sua ausência representa no enfrentamento da MGF e da violência obstétrica, ou seja, a possibilidade de se fazer inferências, (BARDIN, 1977).

4.1. DOS DOCUMENTOS ANALISADOS DENTRO DA ONU.

Conforme os critérios de exclusão explicados na introdução da presente dissertação, foram analisados os seguintes documentos dentro do sistema global de proteção dos direitos humanos³²: 1) Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial; 2) Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos; 3) Protocolo Facultativo ao Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos; 4) Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; 5) Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher; 6) Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher; 7) Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes; 8) Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes; 9) Convenção sobre os Direitos da Criança; 10) Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança relativo ao envolvimento de crianças em conflitos armados; 11) Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança referente à venda de crianças, à prostituição infantil e à pornografia infantil; 12) Convenção Internacional para a Proteção de Todas as Pessoas contra o Desaparecimento Forçado”; e 13) Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo.

Da análise realizada, foi possível constatar que quatro³³ dos instrumentos normativos anteriormente mencionados não fazem referência a qualquer um dos prescritores selecionados para a presente análise.

Dentro dos textos legais que mencionam ao menos algum dos prescritores selecionados, é possível notar que os termos: 1) mutilação; 2) genital; 3) mutilação

³² Para fins de evidenciar que os tratados no âmbito global de proteção de Direitos Humanos têm força normativa no Brasil, apresenta-se, na ordem que os tratados apareceram, o número dos decretos que os introduziram no ordenamento jurídico brasileiro: Decreto nº 65.810/1969; Decreto nº 592/1992; Decreto nº 11.777/2023; Decreto nº 591/1992; Decreto nº 4.377/2002; Decreto nº 4.316/2002; Decreto nº 40/1991; Decreto nº 6.085/2007; Decreto nº 99.710/1990; Decreto nº 5.006/2004; Decreto nº 5.007/2004; Decreto nº 8.767/2016; e Decreto nº 6.949/2009.

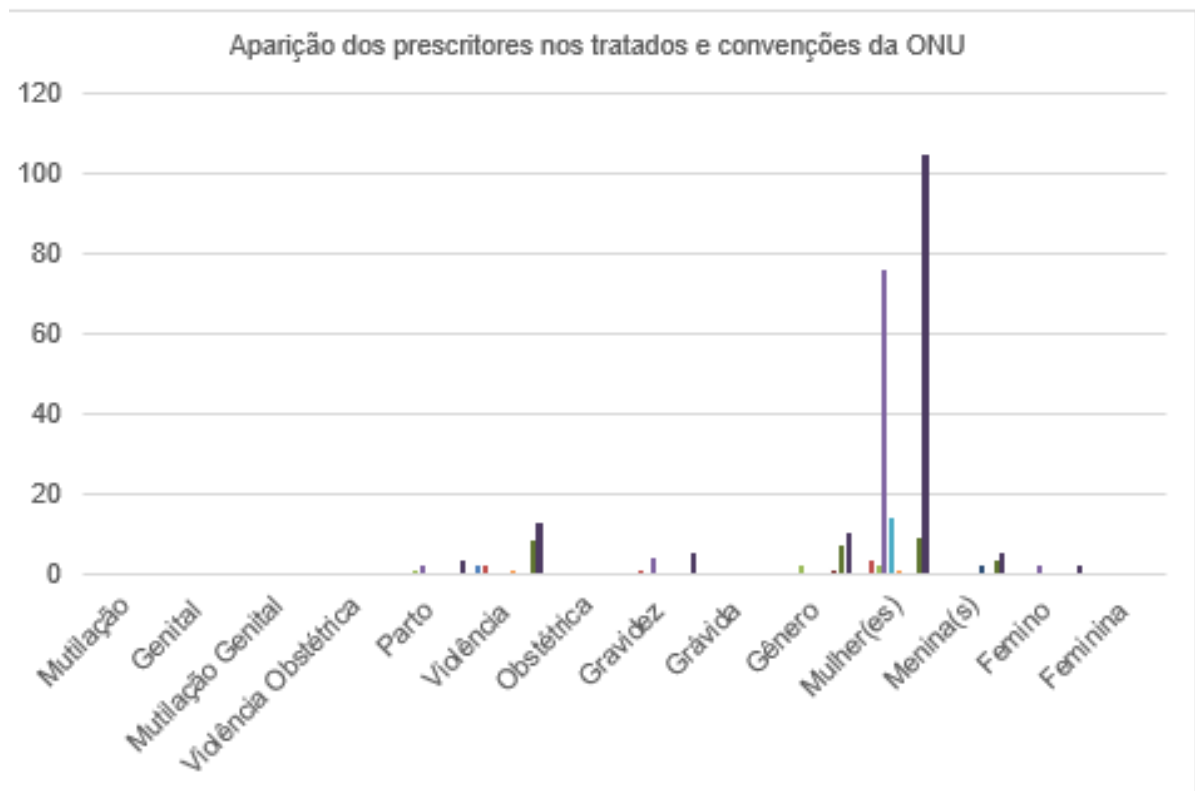
³³ São esses documentos: 1) Protocolo Facultativo ao Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos; 2) Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes; 3) Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança relativo ao envolvimento de crianças em conflitos armados; e 4) Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança Relativo a um Procedimento de Comunicações.

genital; 4) violência obstétrica; 5) obstétrica; 6) grávida; e 7) feminino, não foram mencionados em qualquer documento.

Quando os prescritores foram mencionados, tivemos a seguinte distribuição:

Figura 10: Aparição dos prescritores selecionados nos tratados e convenções da ONU.

Explicando o gráfico textualmente: o gráfico abaixo é um gráfico de coluna que apresenta, na barra vertical o número de vezes em que os prescritores apareceram dentro dos instrumentos normativos analisados neste tópico do trabalho (e acima referenciados), ao passo que a barra horizontal identifica os prescritores e cada cor das colunas correspondem a um tratado ou convenção específico, identificado na legenda do gráfico apresentado. Já a cor indicada como “total” evidencia o número de vezes que um prescritor é citado dentro de todos os documentos analisados.



- Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial
- Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos.
- Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
- Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.
- Convenção sobre os Direitos da Criança.
- Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança referente à venda de crianças, à prostituição infantil e à pornografia infantil
- Convenção Internacional para a Proteção de Todas as Pessoas contra o Desaparecimento Forçado
- Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo
- TOTAL

Fonte: elaboração pela própria Autora.

O gráfico anterior nos mostra quantitativamente quantas vezes as terminologias foram encontradas em cada um dos tratados, protocolos e convenções ratificadas pelo Brasil dentro do sistema global de proteção dos direitos humanos.

Quando analisamos a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, temos que o termo “violência” foi citado duas vezes para declarar como ato punível por lei atos de violência dirigidos contra quaisquer raça ou grupo (art. IV, alínea a) e o direito à segurança da pessoa ou à proteção do estado contra violência ou lesão corporal cometida, quer por funcionários de Governo, quer por qualquer indivíduo, grupo ou instituição (art. V, alínea b).

Já no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos foram encontrados os termos “violência”, “gravidez” e “mulher/mulheres”. O primeiro termo apareceu duas vezes e tratou da possibilidade da vítima de qualquer violação aos direitos previstos no Pacto de dispor de recurso efetivo mesmo que a violência tenha sido praticada pelo Estado (art. 2º, item 3, alínea a) e a proibição por lei de qualquer apologia ao ódio nacional, racial ou religioso que constitua incitamento à discriminação, à hostilidade ou à violência. (Art. 20, item 2). O segundo termo, por sua vez, apareceu uma única

vez na garantia de que é inaplicável a pena de morte à gestante (art.6º, item 5). E o termo “mulheres” apareceu três vezes para garantir a igualdade entre homens e mulheres (art. 3º), para determinar a inaplicabilidade de pena de morte à mulher em estado de gravidez (art.6º, item 5), já mencionado anteriormente, e a possibilidade de se contrair casamento entre homens e mulheres (art. 23.2).

Por outro lado, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais mencionou os termos “parto”, “gênero” e “mulheres”. O primeiro foi utilizado para expressar o dever do Estado de conceder proteção especial às mães por um período de tempo razoável antes e depois do parto. (art. 10, item 2). Já a terminologia gênero foi utilizada duas vezes dentro do conceito da alimentação (gêneros alimentícios), para indicar a necessidade de melhorar os métodos de produção, conservação e distribuição (art. 11, item a) e repartição equitativa deles (art. 11, item b). E, o termo “mulheres” foi utilizado duas vezes, ao tratar da igualdade entre homens e mulheres (art. 3º) e igualdade de salário (art. 7º, item a, alínea i).

Posteriormente, quando da análise da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher foi possível encontrar as terminologias “parto”, “gravidez”, “mulher/mulheres” e “feminino”. Parto foi utilizado no referido documento duas vezes para abordar a necessidade de assistência apropriadas em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e assegurar à mulher uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactação (art. 12). Gravidez foi utilizada quatro vezes para indicar a proibição da demissão em razão de gravidez (art. 11, item 2, alínea a), a proteção a mulheres durante à gravidez em trabalhos prejudiciais (art. 11, item 2, alínea d) e o art. 12 já mencionado anteriormente. As terminologias “mulher/mulheres” foram utilizadas setenta e seis vezes, e de uma análise minuciosa foi possível perceber que se tratavam dos direitos assegurados a elas, em razão deste instrumento normativo especificamente dirigido à esta minoria, contudo, nenhuma vez foi vinculado ao tema da MGF ou violência obstétrica. Por fim, o termo “feminino” apareceu duas vezes para indicar a necessidade de eliminação de todo conceito estereotipado dos papéis masculino e feminino (art. 10, item c), bem como a necessidade de redução da taxa de abandono feminino dos estudos (art. 10, item f).

Logo após, na análise do Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, foi possível notar que são utilizadas as terminologias “mulher/mulheres” quatorze vezes, porém, assim como a Convenção, foi possível perceber que se tratavam dos direitos assegurados a elas, em razão deste instrumento normativo especificamente dirigido à esta minoria, contudo, nenhuma vez foi vinculado ao tema da MGF ou violência obstétrica.

Na Convenção sobre os Direitos da Criança, foi possível localizar os termos “violência” e “mulheres”, o primeiro quando se evidencia a necessidade de proteger a criança contra todas as formas de violência física ou mental, abuso ou tratamento negligente, maus tratos ou exploração, inclusive abuso sexual (art. 19), e a segunda no preâmbulo da referida convenção ao recordar a CEDAW.

No Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança referente à venda de crianças, à prostituição infantil e à pornografia infantil, foi possível localizar no preâmbulo a terminologia “meninas” duas vezes, reconhecendo que uma série de grupos particularmente vulneráveis, inclusive meninas, estão mais expostos ao risco de exploração sexual, e que as meninas estão representadas de forma desproporcional entre os sexualmente explorados.

Por fim, na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo foram localizadas as terminologias “violência”, “gênero”, “mulher/mulheres” e “menina(s)”. A primeira foi utilizada oito vezes, no preâmbulo, reconhecendo que mulheres e meninas com deficiência estão frequentemente expostas a maiores riscos, tanto no lar como fora dele, de sofrer violência, lesões ou abuso (item q), bem como na prevenção contra a exploração, a violência e o abuso (Art. 16, *caput*, e itens 1, 2, 3, 4 e 5). A segunda, por sua vez, foi localizada no preâmbulo, item “s”, “ressaltando a necessidade de incorporar a perspectiva de gênero” pelos Estados e na prevenção contra a exploração, a violência e o abuso (art. 16, *caput*, e itens 1, 2, 4 e 5). As terminologias “mulher/mulheres” foram encontradas nove vezes, sendo no preâmbulo – relembrando a CEDAW (item d), no item q (anteriormente citado), ao reconhecer a igualdade entre homem e mulher (art. 3º, item g), e no art. 6º, *caput*, e itens 1 e 2, reconhecendo a multiplicidade de discriminação que mulheres deficientes sofrem e garantia de empoderamento. Ainda, impõe a necessidade de os Estados Partes adotarem leis e políticas efetivas, inclusive

legislação e políticas voltadas para mulheres e crianças (art. 16, item 5) e assegurar o acesso de pessoas com deficiência, particularmente mulheres, crianças e idosos com deficiência, aos programas de proteção social e de redução da pobreza (art. 28, item 2, alínea b). Por fim, a terminologia “menina(s)” foi citada três vezes, no preâmbulo, item q e art. 6º, item 1, ambos anteriormente citados.

Assim, temos aqui a análise quantitativa dos tratados mencionados, com a finalidade de verificar quantas vezes foram citadas a terminologias elencadas, e, dessa forma, analisar a incidência ou ausência de proteção internacional, neste organismo específico, da MGF e da violência obstétrica.

Passaremos, agora, a analisar os documentos encontrados dentro da OEA, para que seja possível, após a apresentação de todos os dados quantitativos o arremate das informações aqui trazidas com a consequente análise crítica.

4.2. DOS DOCUMENTOS ANALISADOS DENTRO DA OEA.

Conforme os critérios de exclusão explicados na introdução da presente dissertação, foram analisados os seguintes documentos dentro do sistema regional interamericano de proteção dos direitos humanos³⁴: 1) Tratado Interamericano de Assistência Recíproca; 2) Pacto de Bogotá; 3) Convenção Interamericana sobre a concessão dos direitos civis da mulher; 4) Carta da OEA; 5) Acordo sobre privilégios e Imunidades da OEA; 6) Protocolo anexo ao Código Sanitário Pan-Americano; 7) Convenção sobre Asilo Diplomático; 8) Convenção sobre Asilo Territorial; 9) Convenção Interamericana contra o Racismo, a Discriminação Racial e Formas Correlatas de Intolerância; 10) Convenção sobre o Instituto Interamericano de

³⁴ Para fins de evidenciar que os tratados no âmbito global de proteção de Direitos Humanos têm força normativa no Brasil, apresenta-se, na ordem que os tratados apareceram, o número dos decretos que os introduziram no ordenamento jurídico brasileiro: Decreto nº 25.660/1948; Decreto nº 11/1959; Decreto nº 31.643/1952; Decreto nº 30.544/1952; Decreto nº 57.942/1966; Decreto nº 62/1954; Decreto nº 42.628/1957; Decreto nº 55.929/1965; Decreto nº 10.932/2022; Decreto nº 86.365/1981; Decreto nº 13/1986; Decreto nº 02/1968; Decreto nº 678/1992; Decreto Nº 3.018/1999; Decreto nº 1.902/1996; Decreto nº 1.899/1996; Decreto nº 1.213/1994; Decreto nº 1.979/1996; Decreto nº 2.411/ 1997; Decreto nº 1.925/1996; Decreto nº 1.240/1994; Decreto nº 2.429/1997; Decreto nº 2.427/1994; Decreto nº 98.386/1989; Decreto nº 2.428/1997; Decreto nº 1.212/1994; Decreto nº 2.754/1998; Decreto nº 6.340/2008; Decreto nº 2.544/1998; Decreto nº 2.760/1998; Decreto nº 2.677/1998; Decreto nº 8.766/2016; Decreto nº 1.973/1996; Decreto nº 5.919/2006; Decreto nº 2.740/1998; Decreto Nº 3.241/1999; Decreto nº 4.410/2002; Decreto nº 3.229/1999; Decreto nº 6.060/2007; Decreto nº 3.956/2001; Decreto nº 5.639/2005.

Cooperação para a Agricultura; 11) Convênio Constitutivo da Corporação Interamericana de Investimentos – CII; 12) Protocolo de Buenos Aires; 13) Pacto de San José, Costa Rica; 14) Convenção Interamericana Contra o Terrorismo; 15) Convenção Interamericana sobre Arbitragem Comercial Internacional; 16) Convenção Interamericana sobre Cartas Rogatórias; 17) Convenção Interamericana sobre o Regime Legal das Procurações para serem utilizadas no Exterior; 18) Convenção Interamericana Sobre Normas Gerais de Direito Internacional Privado; 19) Convenção Interamericana sobre Eficácia Extraterritorial das Sentenças e Laudos Arbitrais Estrangeiros; 20) Convenção Interamericana sobre Prova de Informação acerca do Direito Estrangeiro; 21) Convenção Interamericana sobre Conflitos de Leis em Matéria de Cheques; 22) Convenção Interamericana sobre Conflito de Leis em Matéria de Adoção de Menores; 23) Convenção Interamericana sobre Personalidade e Capacidade de Pessoas Jurídicas no Direito Internacional Privado; 24) Convenção Interamericana Prevenir e Punir a Tortura; 25) Convenção Interamericana sobre Obrigação Alimentar; 26) Convenção Interamericana sobre a Restituição Internacional de Menores; 27) Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos Referente à Abolição da Pena de Morte; 28) Convenção Interamericana sobre Assistência Mútua em Matéria Penal; 29) Acordo Constitutivo do Instituto Interamericano para Pesquisa em Mudanças Globais; 30) Protocolo de Washington; 31) Protocolo de Manágua; 32) Convenção Interamericana sobre o Cumprimento de Sentenças Penais no Exterior; 33) Convenção Interamericana sobre o Desaparecimento Forçado de Pessoas; 34) Convenção de Belém do Pará; 35) Convenção Interamericana sobre Tráfico Internacional de Menores; 36) Convenção Interamericana sobre a Permissão Internacional de Radioamador; 37) Convenção Interamericana contra a Corrupção; 38) Convenção Interamericana contra a Fabricação e o Tráfico Ilícitos de Armas de Fogo, Munições, Explosivos e outros Materiais Correlatos; 39) Convenção Interamericana sobre Transparência nas Aquisições de Armas Convencionais; 40) Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência; e 41) Convenção Interamericana contra o Terrorismo.

Do rol dos documentos analisados, foi possível constatar que trinta e quatro³⁵ dos quarenta e um documentos analisados, não mencionaram sequer uma vez um dos prescritores selecionados para a análise aqui proposta. Assim, restou-se um escopo de sete documentos que mencionam, ao menos uma vez, os índices selecionados.

Ainda dos dados obtidos é possível notar que os termos "mutilação"; "genital"; "mutilação genital"; "violência obstétrica"; "parto"; "obstétrica"; "grávida"; "menina(s)"; "feminino"; e "feminina" não foram citados em documento algum, restando apenas os termos "violência"; "gravidez"; "gênero" e "mulher/mulheres".

A imagem abaixo elencada visa elucidar de forma visual o número de vezes que os termos acima elencados apareceram (ou deixaram) de aparecer nos únicos sete documentos que fizeram menção expressa a eles.

Figura 11: Aparição dos prescritores selecionados nos tratados e convenções da OEA.

Explicando o gráfico textualmente: o gráfico abaixo é um gráfico de coluna que apresenta, na barra vertical o número de vezes em que os prescritores apareceram dentro dos instrumentos normativos analisados neste tópico do trabalho (e acima referenciados), ao passo que a barra horizontal identifica os prescritores e cada cor das colunas correspondem um tratado ou convenção específico, identificado na legenda do gráfico apresentado. Já a cor indicada como "total" evidencia o número de vezes que um prescritor é citado dentro de todos os documentos analisados.

³⁵ Os trinta e quatro documentos referenciados correspondem aos itens 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39 e 40.



Consequentemente, temos que a Convenção Interamericana sobre a concessão dos direitos civis da mulher menciona a terminologia “mulheres” duas vezes, ambas no preâmbulo, reforçando ser uma inspiração da comunidade americana equiparar homens e mulheres no gozo e exercício dos direitos civis e reconhecendo que a igualdade entre homens e mulheres está contida na Carta das Nações Unidas. No mesmo sentido, o termo “mulher” apareceu sete vezes, três delas em menção ao nome da Convenção, três vezes no preâmbulo da Convenção, reconhecendo que a mulher tem direito igual ao homem, “a mulher da América, muito

antes de reclamar os seus direitos, tinha sabido cumprir os seus direitos, tinha sabido cumprir nobremente todas as suas responsabilidades como companheira do homem” (BRASIL, 1948) e o art. 1º, ao mencionar os Estados Americanos outorgam à mulher os mesmos direitos civis de que goza o homem.

A Convenção sobre Asilo Territorial menciona o termo “violência” duas vezes, ao afirmar que a liberdade de expressão não pode ser motivo de reclamação por parte do Estado a não ser que a manifestação incite ao emprego da força ou da violência contra o governo do Estado reclamante (art. 7º), ou ainda, nenhum Estado tem o direito de pedir a outro Estado que restrinja aos asilados ou refugiados políticos a liberdade de reunião ou associação, salvo se tais reuniões ou associações tiverem por objetivo promover o emprego da força ou da violência contra o governo do Estado suplicante (art. 8º).

Ainda, a Convenção Interamericana contra o Racismo, a Discriminação Racial e Formas Correlatas de Intolerância também menciona o termo “violência” duas vezes, ao conceituar intolerância, a convenção elenca a violência como uma forma de manifestação da intolerância (art. 1º, item 6), e frisa o dever de o Estado prevenir, eliminar, proibir e punir todos os atos de discriminação racial, inclusive violência motivada por qualquer um dos critérios estabelecidos no artigo 1º, item 1 (art. 4º).

Já o Protocolo de Buenos Aires menciona uma vez o termo “mulheres” ao deixar expresso que a OEA não reconhece restrição alguma, quanto à elegibilidade de homens e mulheres para participarem das atividades e dos cargos de vários órgãos (art. 107).

O Pacto de San José da Costa Rica apresentou em seu texto legal o termo “violência” uma vez ao prever que a lei deve proibir toda apologia à violência (art. 13), já o prescritor “gravidez” foi mencionado uma vez ao prever a impossibilidade de aplicação de pena de morte à mulher em estado de gravidez (art. 4º, item 5). Por fim, o termo “mulheres” foi citado três vezes, no art. 4º, item 5 já mencionado anteriormente, ao proibir o tráfico de mulheres (art. 6º, item 1) e ao garantir o direito ao matrimônio entre homens e mulheres (art. 17, item 2).

A Convenção de Belém do Pará obteve como resultado de sua análise à menção ao termo “violência” quarenta e cinco vezes e o termo “mulher/mulheres”

quarenta e nove vezes, e de uma análise minuciosa foi possível perceber que se tratavam dos direitos assegurados à mulheres, em razão deste instrumento normativo especificamente dirigido à esta minoria, contudo, nenhuma vez foram vinculados ao tema da MGF ou violência obstétrica. Por último, a terminologia “gênero” foi utilizada duas vezes, uma na definição do conceito de violência contra mulher (art. 1º) e ao sedimentar o dever do Estado em adotar programas destinados a modificar os padrões sociais e culturais de conduta de homens e mulheres a fim de combater todas as práticas baseadas na premissa da inferioridade ou superioridade de qualquer dos gêneros (art. 8º).

E, por fim, a Convenção Interamericana contra o Terrorismo menciona uma vez a terminologia “violência” ao determinar que os Instrumentos internacionais aplicáveis de maneira complementar à referida Convenção englobam o Protocolo para a Repressão de Atos Ilícitos de Violência nos Aeroportos que Prestem Serviços à Aviação Civil Internacional (art. 2º, item f).

Assim, temos aqui a análise quantitativa dos tratados mencionados, com a finalidade de verificar quantas vezes foram citadas a terminologias elencadas, para analisar a incidência ou ausência de proteção internacional, neste organismo específico, da MGF e da violência obstétrica.

Passaremos, agora, a analisar os documentos encontrados dentro da UA, para que seja possível, após a apresentação de todos os dados quantitativos o arremate das informações aqui trazidas com a consequente análise crítica.

4.3. DOS DOCUMENTOS ANALISADOS DENTRO DA UA.

Conforme os critérios de exclusão explicados na introdução da presente dissertação foram analisados dentro do sistema regional Africano de proteção dos direitos humanos os seguintes documentos em língua portuguesa³⁶: 1) Ato constitutivo da União Africana; 2) Protocolo sobre emendas ao ato constitutivo da união africana; 3) Protocolo ao Tratado de Criação da Comunidade Económica Africana Relativo ao Parlamento Pan-Africano; 4) Estatutos dos Centro Africano de Controle e Prevenção de Doenças (CCD África); 5) Tratado de Criação da Agência Africana de

³⁶ Segundo o Protocolo Sobre Emendas ao Ato Constitutivo da União Africana em seu art. 11, as línguas oficiais do referido órgão são o árabe, inglês, francês, português, espanhol, o kiswahili e qualquer outra língua africana.

Medicamentos; e 6) Revisão do Estatuto dos Centros Para Controlo e Prevenção de Doenças de África (CDC África);

Já na língua inglesa foram analisados os seguintes documentos: 1) *African Union Charter*; 2) *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Older Persons in Africa*; 3) *African Charter on Human and Peoples' Rights (Banjul Charter)*; 4) *Agreement for the Establishment of the African Rehabilitation Institute*; 5) *African Charter on The Rights and Welfare of the Child*; 6) *Protocol to the African Charter on Human And Peoples' Rights on the Establishment of an African Court on Human and Peoples' Rights*; 7) *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*; 8) *Protocol of the Court of Justice of the African Union*; 9) *Protocol on the Statute of the African Court of Justice and Human Rights*; 10) *Statute on the Establishment of Legal Aid Fund for the African Union Human Rights Organs*; 11) *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Persons with Disabilities in Africa*; e 12) *African Youth Charter*.

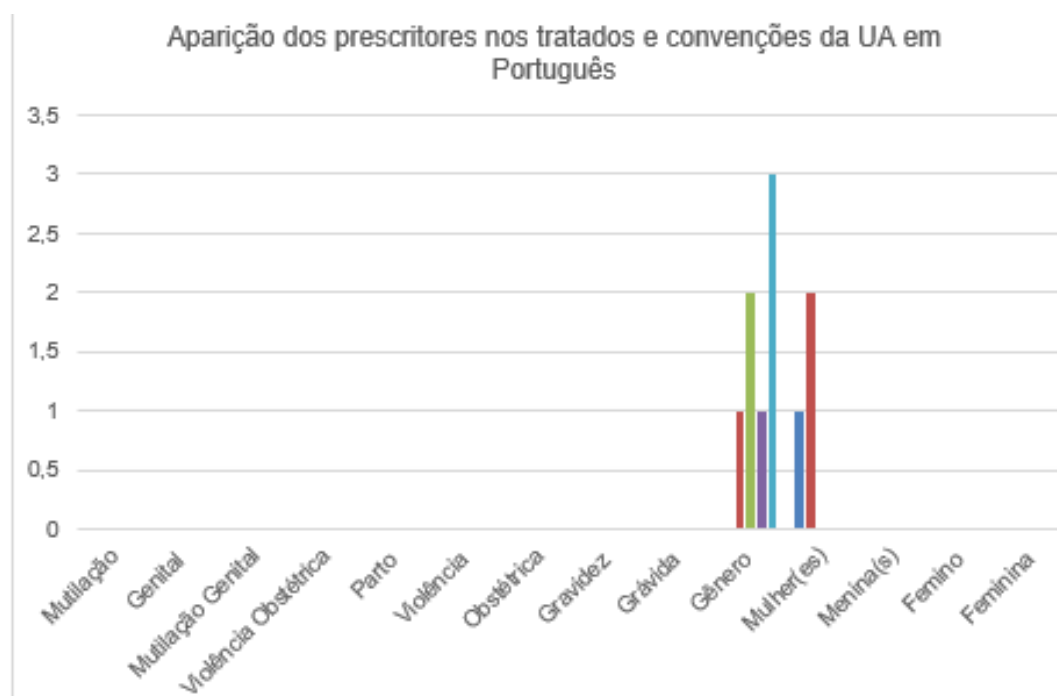
Dos dezoito documentos analisados, somente dois documentos, a *African Union Charter*, o *Agreement for the Establishment of the African Rehabilitation Institute*, não apresentaram qualquer um dos indicadores selecionados no começo da pesquisa.

Dos documentos analisados em português foram apresentadas as seguintes referências:

Figura 12: Aparição dos prescritores nos tratados e convenções da UA em Português.

Explicando o gráfico textualmente: o gráfico abaixo é um gráfico de coluna que apresenta, na barra vertical o número de vezes em que os prescritores apareceram dentro dos instrumentos normativos analisados neste tópico do trabalho (e acima referenciados), ao passo que a barra horizontal identifica os prescritores e cada cor das colunas correspondem um tratado ou convenção específico, identificado na

legenda do gráfico apresentado. Já a cor indicada como “total” evidencia o número de vezes que um prescritor é citado dentro de todos os documentos analisados.



- Ato constitutivo da União Africana
- Protocolo sobre emendas ao acto constitutivo da união africana
- Estatutos dos Centro Africano de Controlo e Prevenção de Doenças (CCD África)
- Tratado de Criação da Agência Africana de Medicamentos
- Revisão do Estatuto dos Centros Para Controlo e Prevenção de Doenças de África (CDC África)

Fonte: elaboração pela própria Autora.

Dessa forma, é possível dizer que no Ato constitutivo da União Africana é mencionada a terminologia “mulheres” apenas uma vez no preâmbulo ao colocar como guia da UA a necessidade de construir uma parceria entre os governos e todos os segmentos da sociedade civil, em particular as mulheres para que sejam assegurados direitos.

Na leitura do Protocolo sobre emendas ao ato constitutivo da união africana, foi possível identificar uma menção ao termo “gênero” uma vez, ao reforçar o princípio da igualdade entre os gêneros (art. 4º) e duas menções à terminologia “mulheres”, ao garantir a participação efetiva da mulher na tomada de decisões, em particular, nas esferas política, econômica e sociocultural (art. 3º, item 1), e ao prever no preâmbulo como guia da UA construir uma parceria entre os governos e todos os segmentos da sociedade civil, em particular as mulheres para que sejam assegurados direitos.

No corpo do Protocolo ao Tratado de Criação da Comunidade Económica Africana Relativo ao Parlamento Pan-Africano foi localizado o uso do termo “mulher” apenas uma vez, para informar que a composição do Parlamento Pan-Africano é composta por cinco membros, e pelo menos um deles deverá ser uma mulher (art. 4º, item 2).

Por fim, os Estatutos dos Centro Africano de Controlo e Prevenção de Doenças (CCD África), Tratado de Criação da Agência Africana de Medicamentos e Revisão do Estatuto dos Centros Para Controlo e Prevenção de Doenças de África (CDC África) utilizam a terminologia gênero duas³⁷, uma³⁸ e três vezes³⁹, respectivamente, ao abordar a necessidade de observar o princípio da rotatividade regional e equidade do gênero ao tratar das eleições e mandatos de membros de Conselhos.

Dos documentos analisados em inglês tivemos, pela primeira vez a ocorrência do termo MGF (*female genital mutilation*), o que não se mostra surpreendente, na medida em que há, conforme exposto no capítulo anterior, uma prevalência e maior índice de ocorrência de MGF no continente Africano, porém, evidencia o comportamento internacional no sentido de reconhecer a MGF como uma violação de direito e entender a necessidade de enfrentamento na esfera governamental dos seus Estados-membro.

Consequentemente, foram apresentadas as seguintes referências:

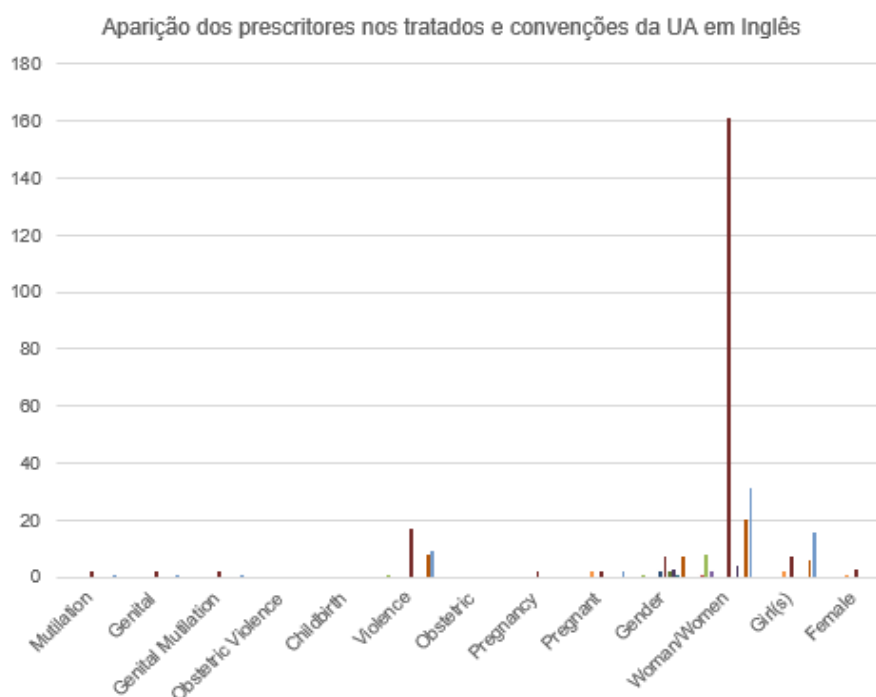
Figura 13: Aparição dos prescritores nos tratados e convenções da UA em Inglês.

³⁷ Art. 11, item 4 e item 5.

³⁸ Art. 18, item 4

³⁹ Art. 11, item 4, item 5 e item 6,

Explicando o gráfico textualmente: o gráfico abaixo é um gráfico de coluna que apresenta, na barra vertical o número de vezes em que os prescritores apareceram dentro dos instrumentos normativos analisados neste tópico do trabalho (e acima referenciados), ao passo que a barra horizontal identifica os prescritores e cada cor das colunas correspondem um tratado ou convenção específico, identificado na legenda do gráfico apresentado. Já a cor indicada como “total” evidencia o número de vezes que um prescritor é citado dentro de todos os documentos analisados.



- African Union Charter
- Protocolo ao Tratado de Criação da Comunidade Económica Africana Relativo ao Parlamento Pan-Africano
- Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Older Persons in Africa
- African Charter on Human and Peoples' Rights (Banjul Charter)
- Agreement for the Establishment of the African Rehabilitation Institute
- African Charter on The Rights and Welfare of the Child
- Protocol to the African Charter on Human And Peoples' Rights on the Establishment of an African Court on Human and Peoples' Rights
- Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa
- Protocol of the Court of Justice of the African Union
- Protocol on the Statute of the African Court of Justice and Human Rights
- Statute on the Establishment of Legal Aid Fund for the African Union Human Rights Organs
- Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Persons with Disabilities in Africa
- African Youth Charter

Fonte: elaboração pela própria Autora.

No *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Older Persons in Africa* foram mencionados os prescritores “*violence*” e “*gender*” ao afirmar que o Estado deverá garantir a proteção dos direitos das mulheres idosas contra violência, abuso sexual e discriminação baseada em gênero (art. 9º, item 1), por último o termo “*women*” apareceu oito vezes, três no preâmbulo, lembrando o art. 22 do Protocolo à Carta Africana do direito das mulheres na África, que promove proteção especial à mulher idosa, considerando a CEDAW, bem como ao fixar o dever do Estado de tomar as medidas necessárias para eliminar praticas tradicionais prejudiciais que afetam particularmente as mulheres idosas (art. 8º, item 2) e criar legislação e outras medidas que garantam a proteção de mulheres idosas contra abuso relacionado à direito de propriedade e a criação de leis para proteger o direito à herança da mulher idosa (art. 9º, caput, itens 1, 2 e 3).

Da análise da *African Charter on Human and Peoples' Rights (Banjul Charter)* foi mencionada uma vez cada os prescritores “*women*” e “*woman*” uma única vez no mesmo artigo, ao determinar o dever do Estado-membro em eliminar toda forma de discriminação contra a mulher como estipulado nos tratados e convenções internacionais (art. 18, item 3).

Na *African Charter on The Rights and Welfare of the Child*, foi mencionado o termo “pregnant” duas vezes, uma ao afirmar o dever dos Estados de garantir que as meninas que ficam grávidas antes de completar a educação deverão ter a oportunidade de continuar com os estudos com base na sua capacidade individual (art. 11, item 6, alínea d), e outra ao elencar a ressalva do Sudão ao art. 11, item 6, não se considerando vinculado ao ele. Sucessivamente, foi citado o termo “girl(s)” duas vezes, ao ratificar a proibição do casamento infantil, devendo os Estados-Membros tomarem medida para a proibição do casamento antes dos dezoito anos (art. 21, item 2), e outra com a ressalva do Sudão ao art. 21, item 2, não se considerando vinculado ao referido dispositivo legal. Por fim, o termo “female” foi citado uma única vez ao determinar que os Estados devem tomar todas as medidas necessárias para alcançar e realizar diversos direitos, em particular o respeito às mulheres (art. 11, item 3, alínea e).

De maneira semelhante, o “*Protocol to the African Charter on Human And Peoples’ Rights on the Establishment of an African Court on Human and Peoples’ Rights*”, o “*Protocol of the Court of Justice of the African Union*”; “*Protocol on the Statute of the African Court of Justice and Human Rights*” e o “*Statute on the Establishment of Legal Aid Fund for the African Union Human Rights Organs*” mencionam o termo “gender”, duas vezes⁴⁰, duas vezes⁴¹ e uma vez⁴², respectivamente, ao tratar a necessidade de levar em consideração a adequada representação de gênero dos membros dos conselhos e juízes.

Já o “*Protocol to the African Charter on Human and Peoples’ Rights on the Rights of Women in Africa*” foram encontrados os índices “mutilation” duas vezes ao determinar a proibição, através de medidas legislativas de todas as formas de mutilação genital feminina, sacarifcação, medicalização e para-medicalização da mutilação genital feminina e todas as outras práticas prejudiciais, para que possam ser erradicadas (Art. 5º, item b) – neste mesmo artigo é possível visualizar os índices “genital” e “mutilation” duas vezes, o que evidencia que o referido documento quando menciona a mutilação o faz em face da MGF.

⁴⁰ Art. 12 e art. 14.

⁴¹ Art. 5º, item 3 e art. 7º, item 3.

⁴² Art. 6º, item 1, alínea a.

Já o termo “*violence*” aparece dezessete vezes, no preâmbulo ao informar que o UA tomando iniciativa para eliminar todas as formas de violência de gênero contra a mulher criou o referido diploma legal, ao definir o conceito de violência contra a mulher (art. 1º, item i), ao determinar o dever do Estado de proteger as mulheres de todas as formas de violência, especialmente sexual e verbal (art. 3º, item 4), ao determinar que os Estados-Membros promulguem e implementem leis que proíbam a violência contra a mulher, independentemente dela ocorrer em público ou em privado (art. 4º, item 2, alínea a), adotem todas as medidas necessárias (legislativas, administrativas, sociais e econômicas) para erradicar a violência contra mulher (art. 4º, item 2, alínea b), identifique as causas e consequências da violência contra mulher e tomar iniciativas de forma a eliminar essa forma de violência (art. 4º, item 2, alínea c), promova a educação de forma a desconstituir as crenças tradicionais que legitimam e exacerbam a permanência da violência contra a mulher (art. 4º, item 2, alínea d), punir aquele que perpetra a violência contra a mulher (art. 4º, item 2, alínea e), estabelecer mecanismos e serviços acessíveis para informação, reabilitação e reparação para as vítimas de violência contra a mulher (art. 4º, item 2, alínea f), providenciar o direcionamento de fomento para a implantação e monitoramento de ações voltadas à prevenção e erradicação da violência contra a mulher (art. 4º, item 2, alínea i), proteger as mulheres que estão em risco de serem submetidas à práticas prejudiciais ou qualquer forma de violência, abuso e intolerância (art. 5º, item d), se comprometer a proteger as mulheres que procuram asilo, refugiados, repatriados e deslocados internos contra todas as formas de violência, considerando-os genocídio ou crimes contra a humanidade (art. 9º, item 3), proteger as mulheres idosas contra violência, devendo elas serem tratadas com dignidade (art. 22, item b) e a proteger as mulheres com deficiência de qualquer forma de violência, devendo elas serem tratadas com dignidade (art. 23, item b).

Por sua vez, a terminologia “*pregnancy*” foi localizada duas vezes, ao determinar que os Estados-Membros estabeleçam e fortaleçam o acesso ao pré-natal e cuidados pós-parto para as mulheres grávidas e lactantes (art. 14, item 2, alínea b) e protejam os direitos reprodutivos das mulheres, garantindo o aborto em caso de estupro, incesto ou quando a continuidade da gravidez prejudica a saúde mental e física da mãe ou do feto (art. 14, item 2, alínea c).

Já “*pregnant*” foi encontrado duas vezes, na garantia de que nos países em que é aplicada a pena de morte, ela não o seja aplicada em mulheres grávidas ou lactantes (art. 14, item 2, alínea j) e garantia da mulher em situação de cárcere à espaços que sejam adaptados à condição de gravidez ou lactância, devendo ser tratadas com dignidade (art. 24, item b).

O termo “*gender*” por sua vez apareceu sete vezes, duas no preâmbulo ao reafirmando o princípio norteador da equidade de gênero prevista no ato constitutivo da Corte Africana, e reconhecendo a toma de passo concreto para dar maior atenção aos direitos humanos das mulheres de forma a eliminar toda a forma de discriminação e violência baseadas em gênero contra a mulher. Ainda, ao definir mulher como pessoa do gênero feminino, incluindo meninas (art. 1º, item f), e fixar o dever dos Estados-Membros de combater toda forma de discriminação contra a mulher, através de processos legislativos, institucionais e outros, devendo integrar a perspectiva de gênero nas decisões políticas (art. 2º, item 1, alínea c), fornecer ferramentas para que os órgãos com poder de polícia, em todos os níveis estejam equipados para interpretar e implementar a igualdade de gênero (art. 8º, item d), integrar a sensibilização para o gênero e a educação em direitos humanos nos currículos, incluindo a formação de professores (art. 12, item 1, alínea e) e ao introduzir a perspectiva de gênero no desenvolvimento nacional procedimentos de planejamento (art. 19, item a).

O termo “*woman*”⁴³ foi localizado sete vezes, ao reconhecer que toda mulher tem direito à dignidade inerente ao ser humano e ao reconhecimento e proteção dos direitos humanos e direitos legais (art. 3º, item 1), de ser respeitada como pessoa e ter sua personalidade desenvolvida livremente (art. 3º, item 2), ter sua vida e integridade e segurança respeitadas, todas as formas de exploração, punições cruéis, inumanas ou degradantes e tratamentos degradantes devem ser proibidos (art. 4º, item 1), manter o nome de solteira, usando em conjunto ou separadamente, do nome do marido, conforme sua escolha (art. 6º, item f), de manter sua nacionalidade ou optar pela nacionalidade do marido (art. 6º, item g) e ter direitos iguais aos homens no que diz respeito à nacionalidade dos seus filhos (art. 6º, item h). Outrossim, a mulher e o homem, em conjunto, devem contribuir para o bem-estar e interesse da família, protegendo e educando as crianças (art. 6º, item j). E, o dever dos Estados

⁴³ O artigo 3º item 4 já utilizou o referido termo e já foi citado em parágrafo anterior da presente dissertação.

em providenciar recursos adequados a qualquer mulher cujos direitos ou as liberdades aqui reconhecidas tenham sido violadas (art. 25, item a).

Já “*women*” foi citado cento e cinquenta e quatro vezes, vinte e três ao ser mencionado o nome da convenção e dezenove vezes no preâmbulo. Ainda, na definição de discriminação contra mulher, práticas prejudiciais, violência contra a mulher e mulheres (art. 1º, itens f, g, j e k), no artigo que trata da eliminação da discriminação contra a mulher é reforçado o dever do Estado-Membro em combater a violência contra mulher, incluir nas constituições e instrumentos legislativos, quando não presente, o princípio da equidade entre homens e mulheres, implementação e reforço de medidas regulatórias e legislativas que proíbem qualquer forma de discriminação, especialmente as práticas prejudiciais que colocam em risco à saúde de mulheres (art. 2º, *caput* e itens a e b).

Por último, a terminologia “*female*” foi utilizada três vezes no documento em análise ao definir o conceito de mulher (art. 1º, item k), e quando mencionar a proibição, através de medidas legislativas de todas as formas de mutilação genital feminina, sacrifício, medicalização e para-medicalização da mutilação genital feminina e todas as outras práticas prejudiciais para que possam ser erradicadas (Art. 5º, item b).

Quando da análise do “*Protocol on the Statute of the African Court of Justice and Human Rights*” foram localizados os prescritores “*gender*” e “*women*”, o primeiro foi citado três vezes, uma vez no preâmbulo, uma ao frisar que a indicação e eleição de juízes por parte dos Estados (dois por país) deve levar em consideração a equidade de representação de gênero no processo de nomeação e eleição (art. 5º, item 2 e art. 7º, item 5). Já a segunda terminologia foi encontrada quatro vezes, uma no preâmbulo, outra ao reconhecer a jurisdição da corte de atuar em casos que se relacionam com a carta africana sobre o direito das mulheres na África (art. 28, item c), ao elencar as entidades que podem submeter casos para a corte quando há violação de direitos, inclusive as violações previstas na carta africana sobre o direito das mulheres na África (art. 30, *caput*), e a necessidade de o direito indicado como violado constar da legislação específica (art. 34, item 1).

Já na análise do “*Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Persons with Disabilities in Africa*” foi possível constatar o uso

dos prescritores “*violence*”, “*gender*”, “*women*” e “*girls*”. O primeiro foi mencionado oito vezes, no preâmbulo, no dever do Estado de garantir que as pessoas com deficiência devem ser protegidas, dentro e fora de casa, de todas as formas de exploração, violência ou abuso, em pé de igualdade com pessoas não portadoras de deficiência (art. 9º, item 2, alínea c), garantir que pessoas com deficiência, em igualdade com pessoas não portadoras de deficiência, estarão protegidas de todas as formas de exploração, violência ou abuso (art. 10, item 2, alínea d). Ainda, menciona que mulheres portadoras de deficiência devem ser protegidas de violência sexual e de gênero e devem ter acesso à reabilitação e apoio psicossocial contra abuso sexual e violência de gênero (art. 27, item j), bem como a proteção das crianças portadoras de deficiência de exploração, violência e abuso dentro da família, instituições e qualquer outro ambiente (art. 28, item 4, alínea k), e ao assegurar que pessoas idosas com deficiência estão protegidas de negligência, incluindo violência baseada em acusação ou percepção de bruxaria (art. 30, item 2, alínea e).

No mais, quanto a segunda terminologia encontrada, foram localizadas sete vezes menção ao termo “*gender*”, ao informar que os Estados Partes tomarão medidas para garantir que as pessoas com deficiência tenham acesso à justiça em pé de igualdade com as demais (art. 13, item 1), a integrar nas políticas, legislação, planos, programas, orçamentos e atividades em todas as esferas que afetam as mulheres com deficiência as perspectivas de gênero e deficiência (art. 27, item l), prestar assistência às crianças com deficiência, idade e gênero para que possam realizar os seus direitos (art. 28, item 4, alínea b), levar em conta os aspectos da deficiência relacionados com a idade e o gênero na programação e nos recursos, de acordo com o presente Protocolo (art. 30, item 2, alínea b) e desagregar estatísticas e dados, conforme apropriado, com base em deficiência, sexo, idade e outras variáveis relevantes, incluindo garantindo que o censo populacional nacional e outros inquéritos capturam dados sobre deficiência (art. 32, item a) e art. 27, item j, já mencionado anteriormente.

Ato contínuo, o termo “*women*” foi citado vinte vezes, duas no preâmbulo, além de prever a equidade entre homens e mulheres como princípio geral (art. 3º, item h), a participação de pessoas com deficiência nos órgãos representativos deles e no processo de tomada de decisões, incluindo mulheres e crianças (art. 4º, item j) e ao tratar dos direitos das meninas e mulheres portadoras de deficiência (art. 27, *caput*,

itens a - i). Por último, a terminologia “*girl(s)*” foi encontrada seis vezes, no preâmbulo e ao tratar dos direitos das meninas e mulheres portadoras de deficiência (art. 27, *caput*, itens a - i).

Por fim, o último documento analisado dentro da UA foi a “*African Youth Charter*”, nele foram localizados os termos “*mutilation*”, “*genital*”, “*genital mutilation*”, “*violence*”, “*pregnant*”, “*gender*”, “*women*” e “*girl(s)*”. As três primeiras terminologias foram encontradas uma única vez no mesmo artigo (art. 23, item 1, alínea l) que prevê o dever do Estado-Membro em promulgar e aplicar legislação que proteja as meninas e jovens de todas as formas de violência, mutilação genital, incesto, estupro, abuso sexual, exploração sexual, tráfico, prostituição e pornografia.

Por outro lado, “*violence*” foi citada nove vezes, no preâmbulo, ainda ao considerar o importante papel dos jovens na promoção da paz e da não violência, bem como as cicatrizes físicas e psicológicas permanentes resultantes do envolvimento em atos de violência, conflitos armados e guerras, os Estados Partes (art. 17, *caput*) e o dever destes em instituir mecanismos para promover uma cultura de paz e tolerância entre os jovens e que desencoraje a sua participação em atos de violência, terrorismo, xenofobia, discriminação racial, discriminação de gênero, ocupação estrangeira e tráfico de armas e drogas (art. 17, item b), em promulgar e aplicar legislação que proteja as meninas e jovens de todas as formas de violência, mutilação genital, incesto, estupro, abuso sexual, exploração sexual, tráfico, prostituição e pornografia (art. 23, item 1, alínea l), bem como desenvolver programas de ação que forneçam apoio jurídico, físico e psicológico às raparigas e jovens mulheres que tenham sido vítimas de violência e abuso, de modo a que possam reintegrar-se plenamente na vida social e econômica (art. 23, item 1, alínea m), envolver-se na educação entre pares para promover o desenvolvimento dos jovens em áreas como a alfabetização, o uso da tecnologia de informação e comunicação, prevenção do HIV/AIDS, prevenção da violência e construção da paz (art. 26, item e) e trabalhar para uma sociedade livre do abuso de substâncias, violência, coerção, crime, degradação, exploração e intimidação (art. 26, item h).

Ainda, a palavra “*pregnant*” foi mencionada duas vezes, ao determinar o dever dos Estados em garantir, quando aplicável, que as meninas e jovens que engravidem ou se casam antes de completarem a sua educação tenham a oportunidade de continuar a sua educação (art. 13, item 4, a alínea h) e proporcionar

sistemas educacionais que não impeçam as meninas e jovens mulheres, incluindo jovens casadas e/ou grávidas, de frequentarem os cursos (art. 23, item g).

Ato contínuo, o termo “*gender*” foi localizado sete vezes, no preâmbulo (duas vezes), ao determinar que o Estado deve garantir o acesso igual ao emprego e a igualdade de remuneração por trabalho igual ou de valor igual do trabalho e oferecer proteção contra a discriminação, independentemente da etnia, raça, sexo, deficiência, religião, origem política, social, cultural ou econômica (art. 15, item 4, alínea a). Ainda, garantir que o material educativo e as práticas de ensino sejam sensíveis ao gênero e incentivar as raparigas e jovens a realizarem estudos nas ciências (art. 23, item 1, alínea f), eliminar costumes e práticas discriminatórias contra os jovens com base no sexo, idade ou outro *status* (art. 28, item b) e promover a tolerância, a compreensão, o diálogo, a consulta e o respeito pelos outros, independentemente da idade, raça, etnia, cor, gênero, capacidade, religião, estatuto ou afiliação política (art. 26, item I). Outrossim, o art. 17, item b, anteriormente citado também possui o descritor “*gender*”.

Ademais, “*women*” localizou trinta e uma correspondências, sendo elas no preâmbulo (quatro vezes), ao estabelecer que os jovens e as mulheres que contraírem casamento devem fazê-lo com base no seu livre consentimento e gozar de direitos e responsabilidades iguais (art. 8º, item 2), ao determinar que os Estados-Membros devem assegurar que os jovens gozem de direitos iguais sobre a propriedade (art. 9º, item 2). Garantir o acesso igual dos jovens homens e mulheres a participar na tomada de decisões e no cumprimento dos deveres cívicos (art. 11, item 2, alínea c) e promover, através da política, a igualdade de oportunidades para os jovens e as jovens (art. 12, item 1, alínea f).

Nesse mesmo sentido, o Estado deve possibilitar o desenvolvimento de competências para a vida útil, que funcionem eficazmente na sociedade e incluam questões como o VIH/SIDA, saúde reprodutiva, prevenção do abuso de substâncias e práticas culturais prejudiciais à saúde das jovens raparigas e mulheres como parte dos currículos educativos (art. 13, item 3, alínea f), garantir quando aplicável, que as meninas e jovens que engravidam ou se casam antes de completarem a sua educação tenham a oportunidade de continuar a sua educação (art. 13, item 4, alínea h), estabelecer e incentivar a participação de todos os jovens homens e mulheres no esporte, atividades culturais e recreativas como parte do desenvolvimento holístico

(art. 13, item 4, alínea m), desenvolver políticas macroeconômicas que se concentrem na criação de emprego, especialmente para os jovens e as mulheres jovens (art. 15, item 4, alínea a), eliminar todas as práticas tradicionais que atentem contra a integridade física e a dignidade das mulheres (art. 20, item 1, alínea a) e providenciem para que os jovens, homens e mulheres, tenham igual acesso ao esporte, à educação física, às atividades culturais, artísticas, recreativas e de lazer (art. 22, item 1, alínea a). Por último, no art. 23, *caput*, itens a a n, os Estados Partes reconhecem a necessidade de eliminar a discriminação contra meninas e jovens mulheres, em conformidade com as obrigações estipuladas nas várias convenções e instrumentos internacionais, regionais e nacionais sobre direitos humanos destinados a proteger e promover os direitos das mulheres.

Por fim, a última terminologia encontrada foi “*girl(s)*” dezessete vezes, duas no preâmbulo ao reforçar a necessidade dos Estados-Membros em introduzir programas de bolsas e bolsas de estudo para incentivar o acesso à educação pós-primária e a uma educação superior para jovens em destaque das comunidades desfavorecidas, especialmente as meninas (art. 13, item 4, alínea l). Também foram localizadas no art. 13, item 3, alínea f; art. 13, item 4, alínea h e no art. 23, *caput* e item 1, alíneas a, b, c, f, g, h, i, k, l, todos já citados anteriormente.

Assim, temos aqui a análise quantitativa dos tratados mencionados, com a finalidade de verificar quantas vezes foram citadas a terminologias elencadas, para analisar a incidência ou ausência de proteção internacional, neste organismo específico, da MGF e da violência obstétrica.

Passaremos, agora, a analisar os documentos encontrados dentro do CE, para que seja possível, após a apresentação de todos os dados quantitativos o arremate das informações aqui trazidas com a consequente análise crítica.

4.4. DOS DOCUMENTOS ANALISADOS DENTRO DO CE.

Conforme os critérios de exclusão explicados na introdução da presente dissertação foram analisados os seguintes documentos dentro do sistema regional europeu de proteção dos direitos humanos: 1) “*Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms*” ; 2) “*Protocol to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms*”; 3) “*European Social*

Charter"; 4) "Protocol N° 2 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, conferring upon the European Court of Human Rights competence to give advisory opinions"; 5) "Protocol N°. 3 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, amending Articles 29, 30 and 34 of the Convention"; 6) "Protocol N° 4 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, securing certain rights and freedoms other than those already included in the Convention and in the first Protocol thereto"; 7) "Protocol N° 5 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, amending Articles 22 and 40 of the Convention"; 8) "European Agreement relating to Persons participating in Proceedings of the European Commission and Court of Human Rights"; 9) "Protocol N° 6 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms concerning the Abolition of the Death Penalty"; 10) "Protocol N° 7 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms"; 11) "Protocol N° 8 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms"; 12) "European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment"; 13) "Additional Protocol to the European Social Charter"; 14) "Protocol N° 9 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms"; 15) "Protocol amending the European Social Charter"; 16) "Protocol N° 10 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms"; 17) "European Charter for Regional or Minority Languages"; 18) "Protocol N° 1 to the European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment"; 19) "Protocol N° 2 to the European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment"; 20) "Protocol N° 11 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, restructuring the control machinery established thereby"; 21) "Framework Convention for the Protection of National Minorities"; 22) "Additional Protocol to the European Social Charter Providing for a System of Collective Complaints"; 23) "European Agreement relating to persons participating in proceedings of the European Court of Human Rights"; 24) "European Social Charter (revised)"; 25) "Protocol N° 12 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms"; 26) "Protocol N° 13 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, concerning the abolition of the death penalty in all circumstances"; 27) "Additional Protocol to the Convention on Cybercrime, concerning

the criminalisation of acts of a racist and xenophobic nature committed through computer systems”; 28) “Protocol Nº 14 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, amending the control system of the Convention”; 29) “Council of Europe Convention on Action against Trafficking in Human Beings”; 30) “Protocol Nº 14 bis to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms”; 31) “Council of Europe Convention on Access to Official Documents”; 32) “Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence”; 33) “Protocol Nº 15 amending the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms”; e 34) “Protocol Nº 16 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms”; 35) “Council of Europe Framework Convention on Artificial Intelligence and Human Rights, Democracy and the Rule of Law”.

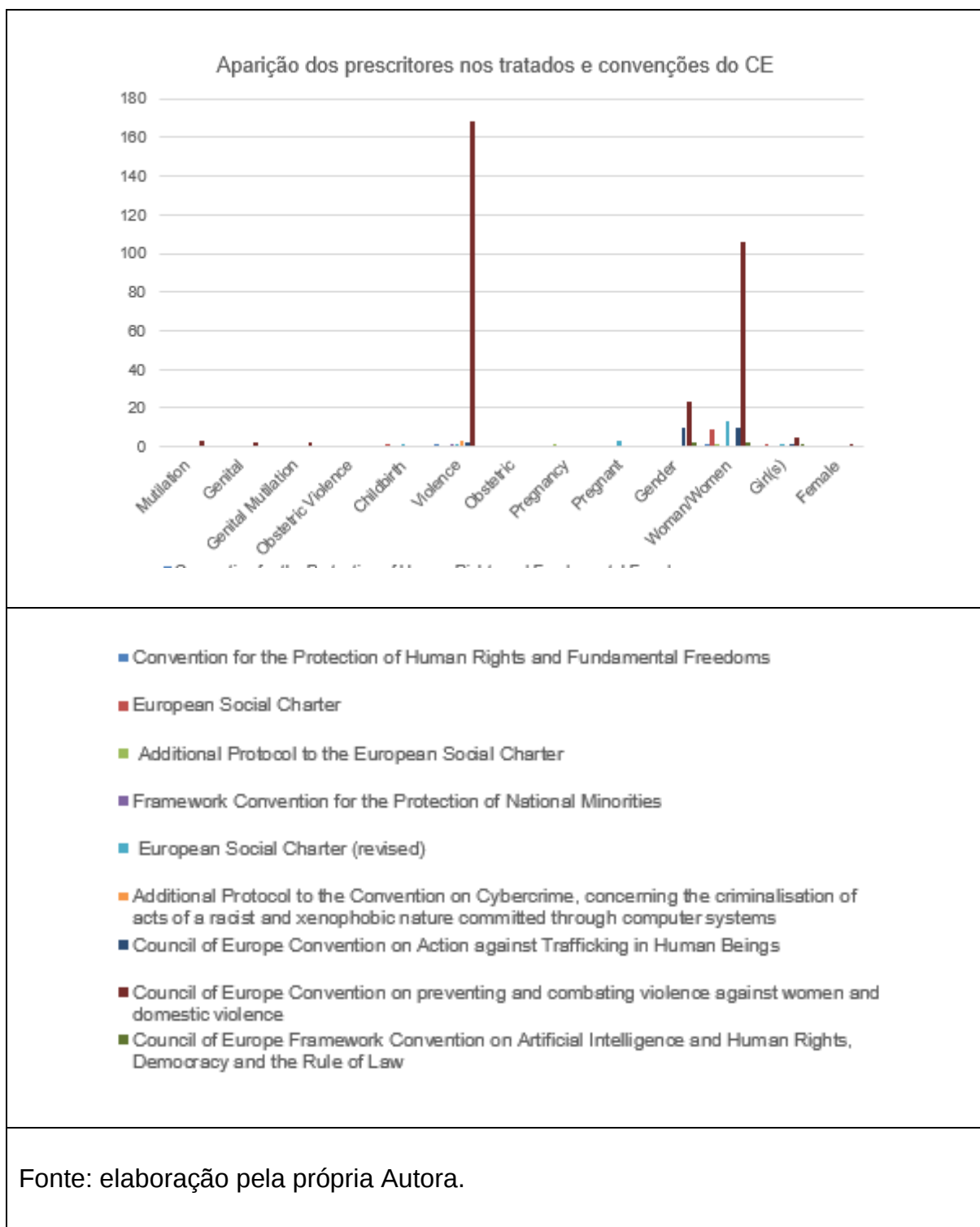
Dos documentos acima analisados, somente apresentaram ao menos um dos índices selecionados para os propósitos da presente pesquisa nove⁴⁴ dos instrumentos obtidos através do critério de seleção.

Após análise dos referidos documentos, foi possível obter o seguinte gráfico:

Figura 14: Aparição dos prescritores nos tratados e convenções do CE.

Explicando o gráfico textualmente: o gráfico abaixo é um gráfico de coluna que apresenta, na barra vertical o número de vezes em que os prescritores apareceram dentro dos instrumentos normativos analisados neste tópico do trabalho (e acima referenciados), ao passo que a barra horizontal identifica os prescritores e cada cor das colunas corresponde a um tratado ou convenção específico, identificado na legenda do gráfico apresentado. Já a cor indicada como “total” evidencia o número de vezes que um prescritor é citado dentro de todos os documentos analisados.

⁴⁴ Dessa forma, não foram encontradas as terminologias selecionadas nos documentos identificados de número 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 30, 31, 33 e 34.



Dos dados acima expostos, é possível perceber que a “*Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms*” menciona o termo “*violence*” uma vez, ao informar que a privação da vida não é considerada como infligida em contravenção do presente artigo quando resulta de um uso da força que não seja mais do que absolutamente necessária, em defesa de pessoa de violência ilegal (art. 2º,

item 2, alínea a) e o termo “*women*” também foi utilizado uma vez quando previsto na convenção o direito de casamento entre homens e mulheres em idade núbil (art. 12).

Por outro lado, da análise da “*European Social Charter*” foram encontradas menções aos termos “*childbirth*”, “*woman/women*” e “*girl(s)*”. O primeiro foi citado ao frisar o direito da mulher empregada à licença maternidade de, no mínimo, doze semanas (art. 8º, item 1). O segundo, “*woman*”, foi mencionado uma vez no mesmo artigo já citado, ao passo que “*women*” foi citado oito vezes, no reconhecimento da necessidade de proteção da mulher em caso de maternidade e direito ao trabalho digno (preâmbulo da parte I), ao reconhecer o direito à igualdade salarial (art. 4º, item 3), ao elencar o direito das mulheres no mercado de trabalho (art. 8º, *caput*), o item 1 já citado anteriormente, na regulamentação do trabalho noturno em indústria de mulheres (art. 8º, item 4, alínea a) e na proibição do trabalho de mulheres em minas subterrâneas (art. 8º, item 4, alínea b).

Ademais, na “*European Social Charter (revised)*” há a menção dos itens acima descritos, com a inclusão do termo “*violence*” ao prescrever a necessidade de proteção das crianças contra negligência, violência ou exploração (art. 17, item 1, alínea b) e “*pregnant*” ao especificar a impossibilidade de demissão durante a licença maternidade e regulamentação do trabalho noturno de mulheres que tiveram filhos e lactantes (art. 8º, itens 2 e 4). Também, houve o acréscimo do termo “*women*” quatro vezes, duas nos dispositivos mencionados no termo “*pregnant*”, e através reconhecimento da igualdade salarial entre homens e mulheres (art. 4º, item 3) e no *caput* do art. 27 ao elencar direitos das mulheres, considerando a necessidade de implementar o direito à igualdade de oportunidade e tratamento para homens e mulheres com responsabilidade familiares.

Por fim, houve a inclusão do termo “*girl(s)*” ao ser prescrita a necessidade de promoção de sistema de aprendizagem para o mercado de trabalho de meninas e meninos (art. 10, item 2).

Ainda, no ‘*Additional Protocol to the European Social Charter*’ os termos “*violence*” e “*women*” são citados uma vez cada, no mesmo dispositivo legal, ao afirmar que as disposições relativas à proteção das mulheres, nomeadamente no que se

refere à gravidez, ao parto e ao período pós-natal, não serão consideradas discriminatórias (art. 1º, item 2).

Já a “*Framework Convention for the Protection of National Minorities*” fez uso do termo “*violence*” uma vez, ao firmar que os Estados-Membros se comprometem a tomar medidas adequadas para proteger as pessoas que possam ser objeto de ameaças ou atos de discriminação, hostilidade ou violência em virtude da sua identidade étnica, cultural, linguística ou religiosa (art. 6º, item 2).

Quando da análise do “*Additional Protocol to the Convention on Cybercrime, concerning the criminalisation of acts of a racist and xenophobic nature committed through computer systems*” foi mencionado o termo “*violence*” três vezes, na definição de material racista e xenofóbico (art. 2º), ainda, a prerrogativa do Estado poder reservar-se o direito de não atribuir responsabilidade penal pela conduta de distribuir ou possibilitar a distribuição de material racista e xenofóbico através do computador, quando o material, advogue, promova ou incite a discriminação que não esteja associada ao ódio ou à violência, desde que existam outros meios eficazes de recursos (art. 3, item 2), e ao prever que o Estado poderá exigir que a negação ou a minimização grosseira de distribuir material que negue, reduza, aprove ou justifique atos de genocídio ou crimes contra a humanidade seja cometida com a intenção de incitar ao ódio, à discriminação ou à violência contra qualquer indivíduo ou grupo de indivíduos, com base na raça, cor, ascendência ou origem nacional ou étnica, bem como a religião, se usado como pretexto para qualquer um desses fatores, ou de outra forma.

Ato contínuo, da leitura da “*Council of Europe Convention on Action against Trafficking in Human Beings*” foi possível identificar o uso da terminologia “*violence*” no preâmbulo, duas vezes, ao considerar a necessidade de proteção das mulheres contra violência e a recomendação 1450 sobre violência contra mulher na Europa. Ainda, foi usado o termo “*gender*” dez vezes, uma no preâmbulo ao considerar a necessidade de equidade de gênero, outras ao definir que a convenção tem a finalidade de prevenir e combater o tráfico humano enquanto garante a equidade de gênero (art. 1º, item a) e proteger os direitos humanos das vítimas enquanto preserva a equidade de gênero (art. 1º, item b). Elenca, também, o dever dos Estados-Membros de promover uma abordagem baseada nos direitos humanos e utilizará a integração da perspectiva de gênero e uma abordagem sensível à criança no desenvolvimento,

na execução e na avaliação de todas as políticas e programas (art. 5º, item 3), criar medidas preventivas, incluindo programas educativos para meninos e meninas durante a sua escolaridade, que destacam a natureza inaceitável da violência de gênero (art. 6º, item d), implementar práticas do tratado, objetivando promover a equidade de gênero (art. 17, *caput*) e observar, no grupo de especialistas em ações contra o tráfico humano, o balanço geográfico e de gênero (art. 36, item 2).

Ato contínuo, o termo “*women*” apareceu dez vezes, seis no preâmbulo, para desencorajar a demanda que favorece todas as formas de exploração de pessoas, especialmente mulheres e crianças, fortalecendo medidas legislativas, administrativas, educacionais, sociais, culturais ou outras (art. 6º, *caput*), para determinar que os Estados-Membros adotem autoridades competentes de pessoas formadas e qualificadas para prevenir e combater o tráfico de seres humanos, para que as vítimas possam ser identificadas num procedimento que tenha devidamente em conta a situação especial das mulheres e crianças vítimas (art. 10, item 1) e ao estabelecer que o documento é suplementar ao tratado da ONU (art. 39, *caput*). Por último, o termo “*girl(s)*” é citado uma vez, no art. 6º, item d já mencionado.

Sucessivamente, da análise do “*Council of Europe Framework Convention on Artificial Intelligence and Human Rights, Democracy and the Rule of Law*” foi possível constatar o uso das terminologias “*gender*”, “*women*” e “*girls*”. A primeira foi utilizada duas vezes no preâmbulo, elencado a igualdade de gênero e o empoderamento de meninas e mulheres ao progresso e a inovação, e outro no dever dos Estados em adotar ou manter medidas para garantir que as atividades no ciclo de vida dos sistemas de inteligência artificial respeitem a igualdade, incluindo a igualdade de gênero, e a proibição da discriminação, conforme previsto na legislação internacional e nacional aplicável (Art. 10, item 1). As duas outras terminologias foram encontradas, duas e uma vez, respectivamente, no preâmbulo da convenção, já citado e na preocupação com os riscos de discriminação experienciado por mulheres.

Por fim, o último documento analisado e que encontrou referências foi “*Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence*”, no qual houve a menção expressa aos termos “*mutilation*”, “*genital*”, “*genital mutilation*”, “*violence*”, “*gender*”, “*woman/women*”, “*girl(s)*” e “*female*”.

Nesse sentido, as terminologias “*mutilation*”, “*genital*”, “*genital mutilation*” e “*female*”, citadas três, duas, duas e uma vez na convenção, respectivamente, no preâmbulo ao reconhecer que as mulheres e meninas são expostas à sérias formas de violência, como a MGF e frisar que os Estados-Membros devem tomar todas as condutas, legislativas ou outras, para criminalização da MGF, definindo os seus diferentes tipos (art. 38, *caput* e item a).

Já as terminologias “*violence*” e “*woman/women*” foram encontradas cento e sessenta e oito vezes e cento e dez vezes, especialmente por se tratar uma convenção dirigida especificamente à esta minoria, porém em nenhum momento foi possível localizar a menção dos termos à violência obstétrica de forma explícita – já que de forma implícita, à proteção pode ser assegurada por dispositivos gerais de proteção, contudo, o texto legal prevê expressamente à proteção contra a MGF.

Ainda, a terminologia “*gender*” foi mencionada vinte e três vezes, sendo quatro no preâmbulo. As demais ocorreram quanto à menção ao dever dos Estados-Membros de prestar especial atenção às mulheres vítimas de violência baseada no gênero na implementação das disposições da Convenção (art. 2º, item 2), tomar medidas especiais tomadas para prevenir e proteger mulheres contra violência de gênero, não sendo considerada discriminação nos termos da convenção (art. 4, item 4), criação de políticas sensíveis à perspectiva de gênero (art. 6º, *caput*).

Ainda, determina a inclusão da perspectiva de gênero na implementação e avaliação do impacto das políticas públicas visando o empoderamento das mulheres (art. 6º, item único), na inclusão no material didático de ferramentas que não usem estereótipos de gênero e violência de gênero (art. 14, item 1), autorização do pedido de asilo com base em gênero (art. 60, *caput*), tomar as medidas necessárias para assegurar que a violência contra as mulheres possa ser reconhecida como uma forma de perseguição (art. 60, item 1), garantir a interpretação sensível à questão de gênero aos dispositivos da Convenção (art. 60, item 2), desenvolver procedimentos de acolhimento e serviços de apoio aos requerentes de asilo (art. 60, item 3), respeitar o equilíbrio entre os sexos e a distribuição geográfica no Grupo de peritos sobre a ação contra a violência contra as mulheres e doméstica (art. 60, item 4, alínea a e art. 66, item 2). Bem como, nas definições dos termos violência contra a mulher (art. 3º, item a), gênero (art. 3º, item c), violência de gênero contra a mulher (art. 3º, item d), na

garantia de implementação da convenção sem qualquer discriminação de gênero/identidade de gênero (art. 4º, item 3).

Passaremos, agora, ao arremate das informações aqui trazidas com a consequente análise crítica, ou a chamada análise jurídica de conteúdo.

4.5. DA ANÁLISE JURÍDICA DO CONTEÚDO.

Quando analisamos de forma conjuntas as informações obtidas através da análise de todos os documentos internacionais anteriormente citados, é possível auferir que em momento algum a violência obstétrica e a MGF são citadas, expressamente, em um mesmo tratado ou convenção de proteção de direitos humanos.

Se analisarmos, comparativamente, os resultados obtidos da análise da menção dos índices ou prescritores por órgão internacional, teremos os seguintes resultados:

Figura 15: Análise final em números.

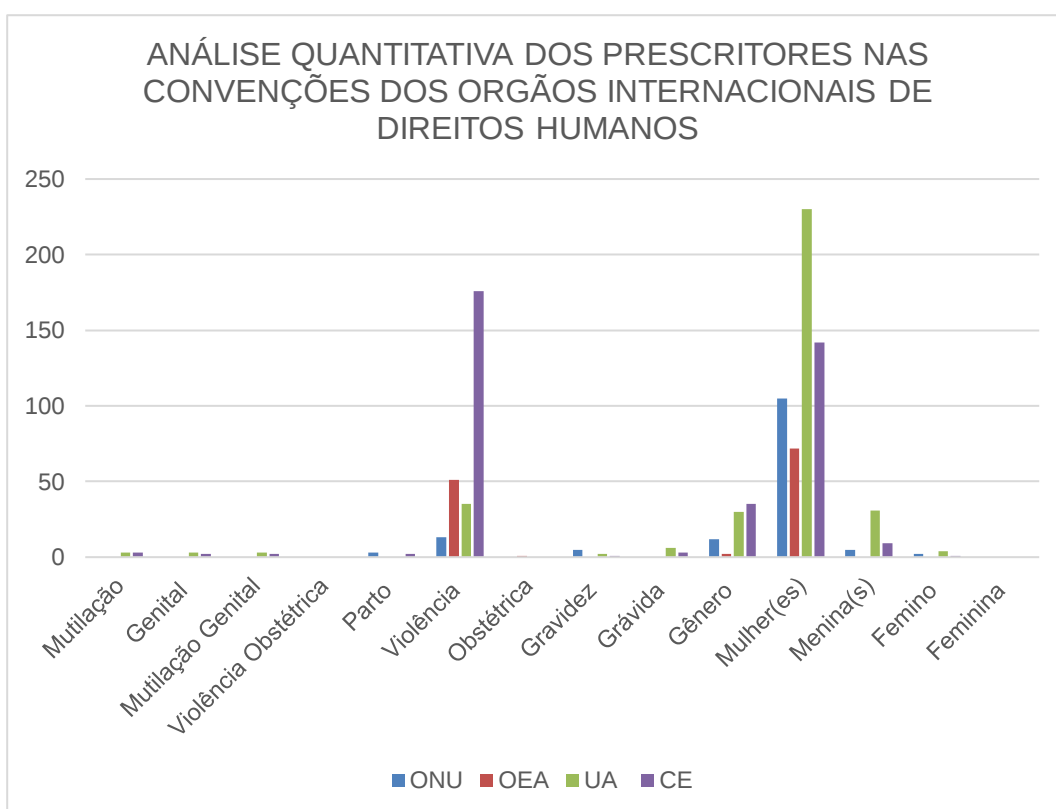
Explicando a tabela textualmente: a tabela abaixo apresentada informa de maneira sistemática o número de vezes que cada prescritor apareceu dentro dos documentos analisados, dentro de cada sistema de proteção de Direitos Humanos (global e regionais).

PRESCRITORES/ÓRGÃO	ONU	OEA	UA	CE
Mutilação	0	0	3	3
Genital	0	0	3	2
Mutilação Genital	0	0	3	2
Violência Obstétrica	0	0	0	0
Parto	3	0	0	2
Violência	13	51	35	176
Obstétrica	0	1	0	0
Gravidez	5	0	2	1
Grávida	0	0	6	3
Gênero	12	2	30	35
Mulher(es)	105	72	230	142
Menina(s)	5	0	31	9
Femino	2	0	4	1
Feminina	0	0	0	0
LEGENDA				
Não foram encontradas menções				
Foram encontradas menções				

Fonte: elaboração pela própria Autora.

Figura 16: Gráfico de análise quantitativa dos prescritores nas convenções dos órgãos internacionais de direitos humanos.

Explicando o gráfico textualmente: o gráfico abaixo apresentado traduz a tabela anterior em formato gráfico, o modelo escolhido foi um gráfico de colunas, que apresenta na barra vertical o número de vezes que cada prescritor apareceu dentro dos documentos analisados dentro de cada sistema de proteção de Direitos Humanos (global e regionais). Já a barra horizontal indica qual o prescritor cuja quantização está sendo apresentada pelo gráfico e a legenda indica qual o sistema de proteção de direitos humanos que apresentou o resultado quantitativo conforme a cor.

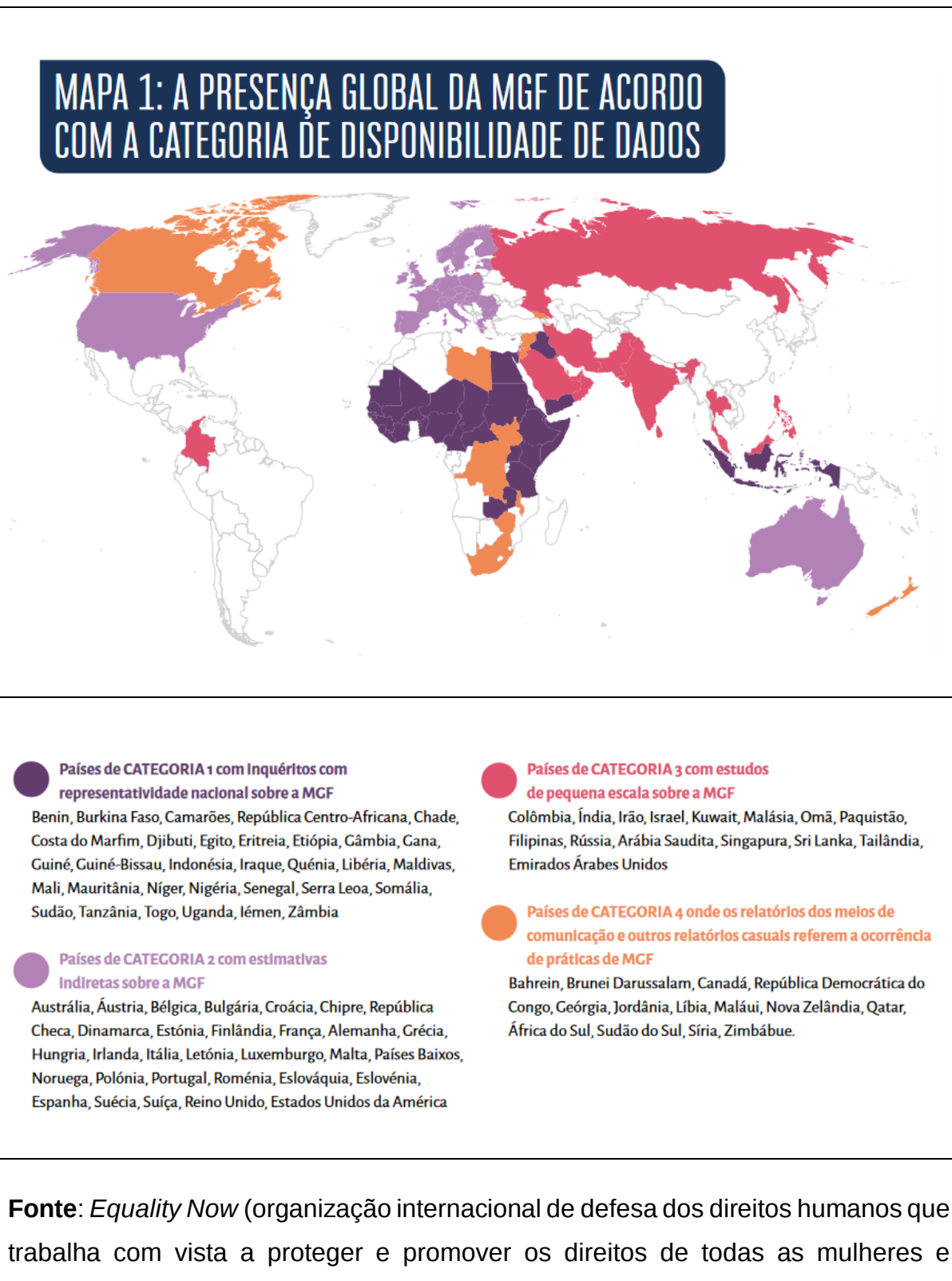


Fonte: elaboração pela própria Autora.

Ou seja, a discussão e o enfrentamento da MGF podem ser encontrados nos documentos produzidos pela UA e pelo CE, o que representa, em um primeiro momento, certa posição de esquecimento das outras duas instituições. Digo em um primeiro momento, na medida em que foram utilizados documentos da ONU durante a presente dissertação que abordam a temática da MGF, contudo, a ausência de menção expressa nos tratados e convenções localizados faz com que se torne possível a análise em viés crítico de que a ausência em verdade representa uma falta de preocupação por não ser esta uma questão preponderante nos países hegemônicos, como os Estados Unidos da América e àqueles do Continente Europeu, e quando ocorrem, muitas vezes estão associadas à grupos de imigrantes ou minorias étnicas.

Apenas à título ilustrativo, temos que a MGF ocorre da seguinte forma em escala global:

Figura 17: Presença global da MGF de acordo com a categoria de disponibilidade de dados.



raparigas em todo o mundo) – https://apf.pt/wp-content/uploads/2023/08/mgf-resposta_global-pt_2020_compressed.pdf.

Dessa forma, é possível perceber que ainda que ocorra nos países hegemônicos ou com histórico de colonização de outras nações, a presença da MGF se dá com base em estimativas indiretas, sendo, de certa forma, relegados a uma posição de indiferença e negligência.

Já quando analisamos o debate e discussão da violência obstétrica, ela sequer foi mencionada por qualquer uma das quatro grandes organizações internacionais de proteção dos direitos humanos, o que demonstra uma proteção das mulheres através de prescrições generalistas de proteção de direitos, sem enfrentar diretamente os termos pelos quais essas violências podem ser intituladas.

Logo, foi possível notar, além da ausência de menção (ou lacuna) jurídica em torno da MGF e violência obstétrica em um único tratado ou convenção internacional, certa escolha dos representantes internacionais ao não debaterem os temas, mesmo diante dos índices de ocorrência deles, já mencionados ao longo da presente dissertação.

Não se trata, pois, de mero esquecimento, mas sim de posicionamento da temática em um nível inferior e menos prioritário, frente aos demais direitos regulados internacionalmente, em que pese as consequências, sejam físicas, psicológicas e sociais que ambas as práticas implicam.

Assim, conforme evidenciado na introdução da presente dissertação, temos que a análise comparativa entre a MGF e a violência obstétrica no Brasil não tem a finalidade de estigmatizar uma conduta em detrimento da outra, ou identificar culturas “melhores” ou “piores”, mas sim evidenciar pontos de encontro entre ambas as práticas, para que dentro dos *standards* internacionais de proteção de direitos humanos construídos para a erradicação da MGF seja possível trabalhar pela erradicação da violência obstétrica.

Por isso, inclusive, se fez necessária a análise jurídica de conteúdo aqui pretendida, para evidenciar a lacuna jurídica. Enquanto isso não ocorre, não podemos

deixar as mulheres relegadas à própria sorte e sim aplicar, de forma análoga, as proteções “especiais”⁴⁵ existentes em documentos internacionais, como é o caso da MGF.

Isso porque, entendemos que a aplicação de prescrições amplas de proteção, como direito à integridade física, de, por exemplo, não ser submetido a qualquer forma de tortura, direito à igualdade, ainda que visem proteger meninas e mulheres, não evidenciam, através do vernáculo, a gravidade do problema enfrentado, pois acaba, por fim e a cabo, a coloca-la no mesmo patamar de outras inúmeras violações que ocorrem ao redor do mundo.

Assim, esta análise visou identificar quais os *standards* internacionais de direitos humanos construídos para a erradicação da MGF, assim, através dos documentos analisados no decorrer da presente dissertação foi evidenciada uma preocupação internacional em prol da erradicação da prática da MGF, chegando a qualifica-la como nefasta e prejudicial à saúde integral de meninas e mulheres.

Consequentemente, a presente análise comparativa, se ao final se mostrar positiva, permitirá que os documentos e legislações criadas visando a conscientização, erradicação, tratamento e cuidado com a MGF poderão ser aplicadas, quando cabíveis à violência obstétrica, não só no Brasil, mas em qualquer lugar em que ela for apresentada.

Isso porque, na presente pesquisa entendendo que a mulher deve ser respeitada como cidadã do mundo, e não apenas como membro de um outro grupo cultural ou socialmente diferenciado

Tal entendimento deve ser frisado para que discursos como os proferidos pela Dra. Tatu Kamau⁴⁶ que se revestem de caráter de proteção do direito de escolher das mulheres maiores de idade, em verdade escolhem por não encarar o quão livre é ou pode ser essa escolha dentro da sociedade em que elas estão inseridas.

⁴⁵ Aqui a terminologia especial empreendida não diz respeito a ser a mulher especial e, portanto, digna de proteção, que quiçá poderia soar como feminismo, e sim a terminologia jurídica que reconhece que dentro de um ordenamento jurídico existem legislações específicas para tratamento de determinadas matérias, que obrigatoriamente devem ser aplicadas, quando cabível, por regulamentam o direito em evidência de forma individualizada.

⁴⁶ Citados ao final do capítulo anterior.

Em um paralelo com o que foi visto dentro da análise da violência obstétrica, estaríamos aqui dentro de uma análise que perpassa a violência perfeita, na medida que ela se apresenta como cuidado e defesa do interesse das mulheres, quando em verdade oculta um interesse do próprio interlocutor, seja na realização de partos via cirurgia de forma a organizar melhor a agenda ou não correr o risco de perder os fogos de ano novo, ou na possibilidade de continuar a exercer a medicalização da MGF, dentro de consultórios, também sobre a premissa de aumento do cuidado com a mulher.

Do mesmo modo, o referido discurso opta por não enxergar a desigualdade de poder dentro de sociedade patriarcais e machistas, que veem nos corpos femininos a possibilidade de exercer o controle sobre elas, sendo no caso da MGF e da violência obstétrica, a possibilidade de controle através do controle de suas experiências sexuais e de parto.

Apresenta, igualmente, a injustiça epistêmica de testemunho e hermenêutica, visto que a médica opta por ignorar os relatos de meninas e mulheres que passaram pela prática da MGF e hoje não reconhecem o próprio corpo e lidam diariamente com as consequências, em prol de um suposto discurso de proteção da liberdade religiosa. Bem como a injustiça epistêmica ocorre de modo hermenêutico pois reflete a forma como as próprias mulheres podem não vir a entender as experiências às quais serão submetidas ou querem “livremente” se submeter por não encontrar nelas uma significação de violência, e discursos permissivos ocultam ainda mais os malefícios da prática e facilitam a sua permanência na sociedade.

Dito isso, os dados encontrados em termos de proteção internacional da MGF demonstram como, mesmo não oculta, está prática se mostra de difícil erradicação, mesmo com a literatura científica contemporânea evidenciando a necessidade de extinção. Ora, isso nos ensina que em um momento tão jovem como o do fim da violência obstétrica, conceituada pela primeira vez na América Latina em 2007, o caminho a ser percorrido ainda é longo, e que são necessários instrumentos normativos (ainda ausentes no âmbito federal do Brasil) com a conceituação clara do que significa violência obstétrica e implementação de políticas sociais para levar o conhecimento, e consequentemente empoderamento, às mulheres e gestantes brasileiras, para que elas possam, quando do momento do parto, estarem conscientes

dos processos fisiológicos que estão para ocorrer, sendo protagonistas deste momento, retomando assim a autonomia dos seus corpos, perdendo a posição de submissão a elas impostas pela patologização do parto.

5. CONCLUSÃO

Conforme informado desde o início da presente dissertação de mestrado, o presente trabalho teve como objetivo realizar uma análise comparativa entre a MGF e a violência obstétrica, para tanto, foram elencados pontos de análise para que a comparação fosse possível. O primeiro ponto de análise de ambas as práticas se deu com base nas manifestações sociais e culturais que as envolvem, como uma forma de introdução temática.

Assim, foi possível chegar à conclusão de que a MGF representa o corte genital feminino sem qualquer razão ou justificativa médica que promova a saúde integral da mulher, cuja finalidade consiste na manutenção da “honra familiar”, que torna a mulher apta à vida conjugal e para que seja considerada uma “boa esposa”, e por fim e a cabo representa uma forma de pertencimento social, uma vez que este pertencimento somente pode ser atingido por aquelas que se conformam com os padrões de corpos estabelecidos dentro do meio em que estão inseridas.

Quando analisamos a violência obstétrica, dentro do recorte temático das formas fisicamente invasivas, em especial a episiotomia, o excesso de sutura vaginal – popularmente conhecido como “ponto do papai” - e a manobra de Kristeller, verificamos que as práticas representam uma intervenção física no corpo da mulher durante o trabalho de parto, sem qualquer justificativa médica e sem anuência ou conhecimento da mulher. Nesse sentido, configuram práticas que foram inseridas no Brasil como uma forma de “medicalização” ou “patologização” do ato de parir que se transformou em uma espécie de rito de passagem na qual houve a imposição de uma ideia de que, para que a mulher se torne mãe, seriam necessários a dor, o desrespeito e o sofrimento.

Logo, quando analisamos as manifestações culturais que permeiam ambas as práticas, MGF e violência obstétrica, é possível traçar um paralelo teórico e prático, na medida em que é possível identificar, em algum momento, a inserção no sistema de valores de determinados grupos sociais da ideia de que para ser mulher é necessário a realização de ações invasivas e dolorosas, representado o controle exercido no corpo e na sexualidade de meninas e mulheres.

Em um segundo momento, analisamos a definição conceitual dessas práticas com o objetivo de delimitar e deixar claro o que representam. Nesse sentido, conceituamos a MGF como sendo a alteração total ou parcial dos órgãos genitais femininos sem qualquer recomendação médica, e a violência obstétrica como a apropriação ilegítima e desnecessária, por parte dos profissionais da saúde, do corpo e do processo reprodutivo de mulheres, que resulta em um trato desumanizado e na excessiva patologização de um processo natural.

Temos, em ambas as práticas, a aproximação em relação à supressão da autonomia da mulher sobre o próprio corpo. Contudo, como mencionado neste trabalho, não seria possível encontrar uma definição comum a ambas as práticas, porque se tratam, justamente, de práticas distintas, mas o que se buscou aqui foi encontrar pontos de conexão entre ambas as práticas com o objetivo de definir *standards* de direitos humanos para a eliminação de uma e outra.

Isso significa dizer que, ainda que a MGF possa ser considerada um ritual necessário para a manutenção da “honra familiar” exteriorizado na alteração da genitália feminina, e a violência obstétrica, por seu turno, possa se manifestar desde a concepção até o puerpério e tenha nos profissionais de saúde um elemento determinante, é possível traçar identidades entre ambas do ponto de vista das diretrizes de direitos humanos para o combate a ambas as práticas.

Tal fato se dá não pela igualdade da definição, mas sim na similaridade nos atos praticados, quando analisadas as alterações realizadas no corpo da mulher, na medida em que a episiotomia e o excesso de sutura vaginal nada mais representam do que a mutilação da genitália da mulher durante do trabalho de parto.

Abordamos, do mesmo modo, os tipos e classificações da MGF e da violência obstétrica fisicamente invasiva. Como resultado, encontramos a clitoridectomia, excisão, infibulação, o tipo 04 (qualquer prática prejudicial ao órgão reprodutor feminino não englobado pelas outras definições) e a desinfibulação. E quando analisamos a violência obstétrica, dentro do recorte temático estabelecido no começo desta análise, entramos em contato com a episiotomia, o “ponto do marido” (excesso de sutura vaginal) e a manobra de Kristeller.

Essas classificações permitiram reforçar o paralelo entre ambas as práticas, na medida em que o “ponto do marido” pode ser entendido como uma espécie de infibulação, pois representa um estreitamento do canal vaginal feminino (ainda que não total como na infibulação) com a finalidade puramente machista e patriarcal de aumentar o prazer masculino.

Quando analisamos a episiotomia, ainda que não exista uma modalidade de MGF que possa ser diretamente vinculada a ela, pois sua finalidade reside no alargamento do canal vaginal para acelerar (muitas vezes sem nenhuma justificativa relacionada à vida ou integridade física da mãe ou do bebê) o processo expulsivo do parto, é plenamente possível considerar que, pelo corte vaginal, a alteração da estrutura fisiológica dos órgãos reprodutivos femininos, como na MGF, ocorre de forma ilegítima.

Ainda, quando analisamos os tipos MGF e violência obstétrica praticadas contra as mulheres, também foi possível identificar o aspecto simbólico dessas forma de violência, na medida em que as mulheres passam a enxergar os próprios corpos e entender a sua sexualidade de forma negativa. Temos então, outro aspecto de conexão entre ambas as práticas, que é justamente a forma como a mulher vítima das práticas passa a enxergar o próprio corpo, ou seja, como “defeituoso”, “menos do que antes”, “mutilado” e “diferente”.

Ademais, o quarto ponto de análise para fins de comparação entre ambas as práticas foi a constatação de quem são os agentes praticantes dos referidos atos, ou seja, quem são os perpetradores dessas formas de violência. Dessas informações trazidas, se torna possível traçar mais um paralelo entre ambas as práticas, pois temos que em ambos os cenários aqueles que praticam a violência são vistos como autoridades dentro do contexto social que estão inseridos, o que impede ou dificulta, simbolicamente, o ato de questionar suas ações.

Isso nos trouxe outro ponto de conexão entre as práticas, com a compreensão da MGF e da violência obstétrica como “violências perfeitas”, na medida em que, por terem uma base em crenças sociais, o aspecto violento fica invisível, ou seja, há a ausência de reconhecimento dos atos praticados como violentos, o que faz com que seja necessário um esforço para retirar tais práticas do ocultamento e trazer para o

debate e para o ambiente de disputa a necessidade ou não de manutenção de tais atos violentos.

Ainda, foi possível a reflexão sobre o aspecto cíclico de ambas as formas de violência contra a mulher, na medida em que podem ser praticadas por mulheres contra mulheres, o que também configura a violência perfeita, e pela própria estrutura na qual a sociedade se assenta. Em outros termos, as mulheres que praticam a violência contra outras mulheres não percebem que também estão sendo oprimidas, o que demonstra a dimensão estrutural do patriarcado e do machismo, uma vez que, apesar de executada por mulheres, o objetivo da prática é, na origem, a aceitação e a submissão a uma exigência masculina.

Caminhando para os dois últimos pontos de comparação entre a MGF e a violência obstétrica, temos as consequências delas, que em ambos os casos podem ser divididas em curto e longo prazo e englobam dores imediatas e/ou crônicas, infecções, hemorragias, inchaços, dores nas relações sexuais, e consequências psicológicas como depressão e ansiedade.

Assim, é possível afirmar que existem pontos de encontro entre as consequências advindas da prática da MGF e da violência obstétrica, não somente no aspecto físico e emocional das mulheres, mas no orçamento público, na medida em que há a destinação de verbas públicas para remediar as consequências imediatas e a longo prazo da MGF, assim como com a violência obstétrica, que inclusive representa um aumento no nascimento prematuro e consequente internações de bebês e aumento da necessidade de insumos e aparatos médicos para permitir que o bebê se desenvolva após a retirada antecipada do útero.

Por fim, o último ponto de análise comparativa entre ambas as práticas foi a perspectiva das organizações internacionais (ONU, OEA, CE e UA) sobre a temática aqui em análise, para evidenciar quais os *standards* internacionais para enfrentamento da prática da MGF e violência obstétrica.

A compreensão e a consideração de *standards* internacionais têm a ver exatamente com o fato de que muitas práticas, por serem culturalmente aceitas, encontram nos sistemas de justiça nacionais um bastião para a perpetuação de práticas de violação aos direitos humanos.

E é na compreensão de que os seres humanos, além de cidadãos nacionais, sujeitos a regras morais e jurídicas de estados soberanos, também são cidadãos do mundo, cuja dignidade encontra amparo em um conjunto de determinantes normativos construídos com o esforço de toda a humanidade mirando não apenas a manutenção da titularidade da força de uma entidade conformada no seio de uma burguesia capitalista e patriarcal (o Estado), mas também mirando a possibilidade de existência como indivíduo livre, autônomo e digno de ser respeitado independentemente de qualquer pressuposto que esteja distante de sua essência humana.

Assim, identificamos que não há, em âmbito internacional, documento jurídico específico que aborde a temática da violência obstétrica, dentro dos órgãos internacionais de proteção de direitos humanos, diferentemente da MGF. Apesar de não existir documento específico, o assunto foi tratado em casos específicos, como o caso Alyne da Silva Pimentel contra o Brasil. Apesar disso, ficou evidenciada certa lacuna de instrumentos jurídicos internacionais que abordam a violência obstétrica, principalmente a partir da análise quantitativa e qualitativa (análise jurídica de conteúdo) realizada no terceiro capítulo da presente dissertação. Tal fato, poderia evidenciar certa omissão jurídica internacional no tratamento da questão da violência obstétrica, nos ambientes de disputa e debate de novos tratados. Contudo, a referida lacuna não foi impeditiva para a configuração da violência obstétrica no caso de Brítez Arce x Argentina, o que nos mostra que ainda que sem legislação específica, já há uma mudança do paradigma internacional em termos de enfrentamento da violência obstétrica, e conseqüentemente nos *standards* internacionais de proteção dos direitos humanos.

E é aqui que a justificativa prática e social da presente pesquisa se assenta, a partir da análise comparativa realizada e das conclusões neste capítulo elencadas, temos que a violência obstétrica e a MGF podem ser comparadas, haja vista os resultados obtidos nos seis elementos comparativos elencados no começo da presente pesquisa. Isso significaria dizer que todo o arcabouço teórico já existente internacionalmente voltado para a erradicação da MGF pode ser utilizado para o combate da violência obstétrica, na medida em que são práticas que, sim, podem ser equiparadas para fins de enfrentamento.

Isso se torna relevante na medida em que, sem a existência de uma legislação específica que aborde a matéria da violência obstétrica, seu enfrentamento acaba por ficar vagando dentro das proteções gerais de direito, como a integridade física e corporal, o que dificulta o levantamento de dados, realização de pesquisas aplicada e o combate efetivo à prática.

Consequentemente, com o resultado comparativo positivo, é possível afirmar que os documentos e legislações criadas visando a conscientização, erradicação, tratamento e cuidado com a MGF podem ser aplicados, quando cabíveis à violência obstétrica, não só no Brasil, mas em qualquer lugar do mundo.

Isso nos ensina, ademais, que em um movimento tão jovem como o do fim da violência obstétrica, conceituada pela primeira vez na América Latina em 2007, o caminho a ser percorrido ainda é longo até alcançarmos, de forma eficaz e completa, uma ferramenta de empoderamento de meninas e mulheres, para que se reconheçam como sujeito de direito, nomeando o que praticaram contra elas e evidenciando os aspectos nocivos que impactam diretamente no exercício dos inúmeros direitos protegidos em tratados internacionais de direitos humanos ratificados, inclusive, pelos países que praticam a violência obstétrica e a MGF.

6. REFERÊNCIAS

AHMADU, F.; KAMAU, T. Dr Tatu Kamau vs The Attorney General and Others: problems and prospects in Kenya's 2021 High Court ruling to uphold the Prohibition of Female Genital Mutilation Act 2011 - a reply to 'The prosecution of Dawoodi Bohra women' by Richard Shweder. *Global Discourse*, v. 12, n. 1, p. 29–46, 2022. DOI: 10.1332/204378921X16388161357195.

ALIDOST, F. et al. Mental Health Disorders in Circumcised Reproductive-age Women, Legal Dimensions and Prevention Strategies: A Narrative Review. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 45, n. 5, p. 281-288, maio 2023. DOI: 10.1055/s-0043-1770130. Epub 20 jun. 2023. PMID: 37339648; PMCID: PMC10281771.

ANEXO I. Proporção de parto cesáreo. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/1.1.ProporodePartoCesreo.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2024.

ASSENSIO, Cibele Barbalho; SOARES, Roberta. Estigma – Erving Goffman. In: *Enciclopédia de Antropologia*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Antropologia, 2022. Disponível em: <https://ea.fflch.usp.br/conceito/estigma-erving-goffman>.

AUVERT, B. et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *PLoS Medicine*, v. 2, e298, 2005.

BARRETO, Sandra et al. Female Genital Mutilation: Knowledge from Health Professionals. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, v. 7, p. 89-94, 2013.

BECERRA-CHAUCA, Naysha; FAILOC-ROJAS, Virgilio E. Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, v. 45, n. 2, jun. 2019. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 07 nov. 2024.

CARNEIRO, R. Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor: sofrimento no parto e suas potencialidades. *Sexualidade, Saúde e Sociedade*, n. 20, p. 91–112, 2015. DOI: 10.1590/1984-6487.sess.2015.20.08.a.

CASO BRÍTEZ VS. ARGENTINA, Sentencia de 22 de septiembre de 2016, Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

CATOIA, Cinthia de Cassia, SEVERI, Fabiana Cristina e FIRMINO, Inara Flora Cipriano. Caso “Alyne Pimentel”: Violência de Gênero e Interseccionalidades. *Revista Estudos Feministas* [online]. 2020, v. 28, n. 1 [Acessado 12 Novembro 2024], e60361. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n160361>>. Epub 09 Mar 2020. ISSN 1806-9584. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n160361>.

CEREJO, Dalila et al. Contextos socioculturais, discursos e percepções sobre a mutilação genital feminina. *Faces de Eva. Estudos sobre a Mulher*, Lisboa, n. 37, p. 83-103, jun. 2017. Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-8852017000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 out. 2020.

CEDAW – Committee on the Elimination of Discrimination against Women. CEDAW/C/49/D/17/2008. 10 ago. 2011. Disponível em: <https://www2.ohchr.org/english/law/docs/cedaw-c-49-d-17-2008.pdf>.

DECLARAÇÃO Conjunta para Eliminação da Mutilação Genital Feminina – realizada pela OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, Associação para o Planeamento da Família [APF]. Lisboa, 2009.

DIAS, Renato Duro et al. Violência obstétrica e o paradigma do discurso hegemônico na área da saúde. *Revista de Direito Sanitário*, v. 21, p. e0011, 2021. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2021.159259. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/159259>. Acesso em: 6 jul. 2024.

DIRIE, Waris. Desert Flower Foundation. Disponível em: <https://www.desertflowerfoundation.org/en/home.html>. Acesso em: 02 mar. 2023.

DOS REIS, Júlia; JUNQUEIRA, Larissa Silva; DE SOUZA AZEVEDO, Maria Júlia. Episiotomia e complicações associadas: Uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, v. 13, n. 5, p. e3713545718-e3713545718, 2024.

Escola Nacional de Saúde Pública. Ensp/Fiocruz. Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento (2011 a 2012). Grupo de Pesquisa Saúde da mulher, da criança e do adolescente – determinantes sociais, epidemiologia e avaliações políticas, programas e serviços. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil. Acesso em: 08 maio 2023.

FLORES, C. A.; MELLO NETTO, V. de. “É para o seu bem”: a “violência perfeita” na assistência obstétrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 33, e33057, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333057>.

FRIAS, A.; GOMES DA COSTA, F. Mutilação genital feminina: segredos para revelar. In: PIMENTEL, A.; FRANCO, V. (Coord.). *Dimensões sociais da Saúde em Psicologia Clínica*. Évora: Aloendro, 2014. p. 93-104.

FIOCRUZ. (2012). **Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre o parto e o nascimento.** [Relatório]. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil>.

FIOCRUZ. Pesquisa Nascer no Brasil II: Inquérito Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento. Dados preliminares. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil-2>. Acesso em: 08 de ago. de 2024.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Quem espera, espera. Brasília: UNICEF, 2017. Disponível em: <www.unicef.org/brazil/media/3751/file/quem_espera_espera.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2024.

FURTADO, Rafael Nogueira; CAMILO, Juliana Aparecida de Oliveira. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 34-44, dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692016000300003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 set. 2024.

GABRIEL, Alice de Barros; SANTOS, Breno Ricardo Guimarães. A injustiça epistêmica na violência obstétrica. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 28, n. 2, e60012, 2020.

GERBALDO, M. V. (2023). Violencia obstétrica y derechos humanos: reflexiones en torno a la sentencia Brítez Arce y otros vs. Argentina, de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Revista Derecho y Salud*, 7(8), 8-XX. [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2023\)16](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2023)16)

GIANNATTASIO, Arthur Roberto Capella. Direito Internacional em Perspectiva Transcivilizacional de Yasuaki Onuma. *Revista de Direito Internacional*, Brasília, v. 15, n. 2, p. 468-471, 2018.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

LARAIA, Roque de Barros. *Cultura: um conceito antropológico*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

LUGONES, María. Colonialidade e gênero. *Tabula Rasa*, Bogotá, n. 9, p. 73-101, jul.-dez. 2008.

MATTIO, Eduardo. “¿De qué hablamos cuando hablamos de género? Una introducción conceptual”. In: MORÁN FAÚNDES, José et al. (Org.). *Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad Editorial, 2012. p. 85-102.

MONTEIRO, Nadesda Augusto. Fanadu das mulheres na Guiné-Bissau: uma discussão sobre ritos de passagem e sexualidade feminina. 2022. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Ciências Sociais) – Instituto de Humanidades e Letras dos Malês, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2022.

NETWORK, The End FGM European. What is FGM?: types of FGM. 2009-2020. Disponível em: <https://www.endfgm.eu/female-genital-mutilation/what-is-fgm/>. Acesso em: 21 abr. 2024.

NIY, Denise Yoshie. Discurso sobre episiotomia nos livros populares sobre gravidez e parto comercializados no Brasil. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.6.2012.tde-10092012-105011>. Acesso em: 06 nov. 2024.

NUNES, E. D. Goffman: contribuições para a Sociologia da Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1, p. 173-187, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100009>.

OS DESAFIOS ÉTICOS DA MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA E DA CIRCUNCISÃO MASCULINA. *Revista Bioética (Impr.)*, [S.l.], v. 21, n. 3, 2013. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/804. Acesso em: 16 maio 2024.

ONUMA, Yasuaki. *Direito Internacional em Perspectiva Transcivilizacional*. Belo Horizonte: Arraes, 2016.

O RENASCIMENTO DO PARTO. Direção de Eduardo Chauvet. [S.l.]: Masterbrasil Filmes, 2013. (90 min.), son., color.

PALHARINI, L. A. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cadernos Pagu*, n. 49, e174907, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/18094449201700490007>.

PEÑA, S. R.; DE GODOY GOMES, C. R. Episiotomia e suas implicações. *Arquivos do Mudj*, v. 20, n. 1, p. 25-37, 22 set. 2016.

PERES, Bruna Lopes; PERUZZO, Pedro Pulzatto. O caso Alyne Pimentel na jurisprudência do Tribunal Regional Federal da 3ª Região e tribunais de Justiça de São Paulo e Mato Grosso do Sul. 2021.

QUÊNIA. Suprema Corte do Quênia. Julgamento nº 244 of 2019. *Republic of Kenya*, Nairóbi, 2019. p. 1-81.

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. *Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais*, v. 24, n. 24, p. 27-57, 2006. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/6600>. Acesso em: 16 out. 2024.

ROCHA, Júlio Cesar de Sá da; HALE BACIAO, Domingos Nhamboca. O sistema africano de proteção de direitos humanos: uma análise crítica. *INTER: Revista de Direito Internacional e Direitos Humanos da UFRJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 45-67, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/inter/article/view/31448>. Acesso em: 11 jul. 2024.

RUIZ, I. J.; MARTÍNEZ, M. P.; BRAVO, M. del M. Impacto de la mutilación genital femenina en los objetivos del milenio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 36, Spec No, p. 254-261, 2015. doi: 10.1590/1983-1447.2015.esp.56724.

SAÚDE EM FOCO: mutilação genital coloca a vida de mulheres em risco. [S.l.]: Voa Português, 2024. (15 min.), son., color. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=E91n4-8hFSQ>. Acesso em: 28 ago. 2024.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE. *Violência Obstétrica*. Campo Grande: Governo do Estado do Mato Grosso do Sul, 2021. 8 p. Disponível em: https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/livreto_violencia_obstetrica-2-1.pdf. Acesso em: 21 maio 2023.

SILVA, Emílio Mendonça Dias da; BUENO, Elen de Paula; OLIVEIRA, Victor Pereira. “PLURALIDADE E DIVERSIDADE CULTURAL NO DIREITO

INTERNACIONAL: A PERSPECTIVA TRANSCIVILIZACIONAL À LUZ DA TEORIA DE YASUAKI ONUMA.” 2018.

TEMPESTA, G. A.; FRANÇA, R. L. de. Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 27, n. 61, p. 257–290, 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000300009>.

SOUZA, J. P.; GULMEZOGLU, A.; LUMBIGANON, P.; LAOPAIBOON, M.; CARROLI, G.; FAWOLE, B. et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Medicine*, v. 8, p. 71, 2010. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-71>.

UNIÃO AFRICANA (Etiópia). *Iniciativa Saleema: iniciativa da União Africana sobre a eliminação da mutilação genital feminina – programa e plano de ação de 2019-2023*. Quarta Sessão Ordinária do Comitê Técnico Especializado em Desenvolvimento Social, Trabalho e Emprego (Cte-Sdle-4), Adis Abeba, p. 1-22, abr. 2022. Disponível em: https://au.int/sites/default/files/newsevents/workingdocuments/41106-wd-Saleema_Initiative_Programme_and_Plan_of_Action-PORTUGUESE_0.pdf. Acesso em: 15 fev. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook*. Genebra: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/272429>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS POPULATION FUND; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*. Genebra: World Health Organization, 1997. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/41903>. Acesso em: 10 out. 2023.

ZORZAM, B., et al. *Violência obstétrica: a voz das brasileiras*. 2012. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>. Acesso em: 20 out. 2024.