VIDERE
V. 19, N. 38, JAN - JUN. 2026.1
ISSN: 2177-7837

Recebido: 16/04/2025
Aprovado: 25/06/2026

Páginas: 105 - 123

DOI: 10.30612/videre.v17i36.20014

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA FISICAMENTE INVASIVA NO BRASIL: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA INTERNACIONAL PARA DISPUTA DO DIREITO À UM PARTO SEM INTERVENÇÕES MÉDICAS VIOLENTAS

PHYSICALLY INVASIVE OBSTETRIC VIOLENCE IN BRAZIL: AN ANALYSIS FROM AN INTERNATIONAL PERSPECTIVE ON THE DISPUTE OVER THE RIGHT TO A BIRTH WITHOUT VIOLENT MEDICAL INTERVENTIONS

VIOLENCIA OBSTÉTRICA FÍSICAMENTE INVASIVA EN BRASIL: UN ANÁLISIS DESDE UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL SOBRE LA DISPUTA POR EL DERECHO A UN PARTO SIN INTERVENCIONES MÉDICAS VIOLENTAS

Laura Lombas Ferreira*
Pedro Pulzatto Peruzzo**

*
Mestre
Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Laura.lombasf@gmail.com
OrcidID: 0009-0001-2425-5003

**
Doutor
Pontifícia Universidade Católica de Campinas
pedro.peruzzo@puc-campinas.edu.br
OrcidID: 0000-0001-5270-8674

RESUMO
O presente artigo científico é resultado de uma pesquisa de Mestrado realizada dentro do Programa de Pós-graduação em Direito da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Assim sendo, ele 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 intervém no corpo da mulher sem consentimento ou razão médica durante o trabalho de parto), pode ser considerada uma forma de mutilação genital feminina e, portanto, passível de ser analisada com base em *standards* internacionais de direitos

humanos aplicáveis às práticas culturais que se valem, ainda hoje, desse procedimento? Partindo da hipótese de uma resposta positiva, foi possível evidenciar a possibilidade de incidência desta legislação internacional específica na prática da violência obstétrica, ampliando o arcabouço normativo aplicável a eventuais discussões jurídicas relativas à reparação integral de mulheres submetidas a esse tipo de violência.
Palavras-chave: Cooperação internacional em direitos humanos; Mutilação genital feminina; Violência obstétrica.

ABSTRACT
This scientific article is the result of a Master's research project carried out within the Postgraduate Program in Law at Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Therefore, it aims to answer the following question: can obstetric violence, in its physically invasive forms (episiotomy, excessive vaginal suturing, Kristeller maneuver, and any other forms of physical treatment that intervene in a woman's body without consent or medical reason during labor), be considered a form of female genital mutilation and, therefore, subject to analysis based on international human rights standards applicable to cultural practices that still employ this procedure today? Assuming a positive answer, it was possible to demonstrate the potential application of this specific international legislation to the practice of obstetric violence, expanding the normative framework applicable to any legal discussions regarding full reparation of women subjected to this type of violence.
Keywords: International cooperation on human rights; Female genital mutilation; Obstetric violence.

RESUMEN
Este artículo científico es resultado de un proyecto de investigación de maestría realizado en el marco del Programa de Posgrado en Derecho de la Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Por lo tanto, busca responder a la siguiente pregunta: ¿puede la violencia obstétrica, en sus formas físicamente invasivas (episiotomía, sutura vaginal excesiva, maniobra de Kristeller y cualquier otro tratamiento físico que intervenga en el cuerpo de una mujer sin consentimiento ni razón médica durante el parto), considerarse una forma de mutilación genital femenina y, por lo tanto, ser objeto de análisis con base en los estándares internacionales de derechos humanos aplicables a las prácticas culturales que aún emplean este procedimiento en la actualidad? De ser afirmativa la respuesta, fue posible demostrar la posible aplicación de esta legislación internacional específica a la práctica de la violencia obstétrica, ampliando el marco normativo aplicable a cualquier discusión legal sobre la reparación integral a las mujeres sometidas a esta violência.
Palabras clave: Cooperación internacional en materia de derechos humanos; Mutilación genital femenina; Violencia obstétrica.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo nasceu de uma pesquisa em nível de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Direito da PUC-Campinas a respeito da Mutilação Genital Feminina (MGF) como uma prática mundialmente reconhecida como violenta, ao mesmo tempo em que parcela considerável da população convive com a indicação de intervenções cirúrgicas ou médicas desnecessárias durante o processo de parto, bem como de manobras invasivas no corpo das mulheres, sem prévio consentimento, aqui denominadas Violência Obstétrica (VO). Essa reflexão foi feita com base num estudo iniciado com a análise do documentário "O renascimento do parto", das recomendações feitas pelo Comitê das Nações Unidas para a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher no caso Alyne da Silva Pimentel vs. Brasil e nos elementos que orientaram a criação da "Rede Cegonha" como política de redução da VO e prematuridade no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Assim, foram analisadas a MGF e a VO, duas práticas que possuem em seus aspectos centrais a violência de gênero, que evidenciam e auxiliam a manutenção de uma sociedade edificada com base na submissão das mulheres aos homens, reforçando ainda mais a assimetria do poder em sociedades patriarcais. Ainda que sejam práticas distintas e que predominam em locais geográficos com distintas manifestações culturais, ambas refletem o caráter profundamente machista e patriarcal da objetificação dos corpos das mulheres e sinalizam para uma agenda que, se considerarmos as mulheres como cidadãs do mundo, pode ser fortalecida nacional e internacionalmente e contribuir para as lutas por direitos empreendidas por grupos de mulheres e instituições que se dedicam à formulação de estratégias pata a eliminação de todo tipo de violência de gênero.

Para contextualizar, as pesquisas "Nascer no Brasil" e "Nascer no Brasil 2", realizadas pela Fiocruz, apontam para dados alarmantes. 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 um dos 266 hospitais de médio e grande porte selecionados, 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, muitas delas sem qualquer evidência de necessidade (Fiocruz, 2012, p. 04-05). Outro dado alarmante da pesquisa foi a existência ou não de boas práticas ou intervenções com os bebês e as mães no ambiente hospitalar. Assim, do total das entrevistas, apenas 26,6% tiveram a possibilidade de contato pele a pele com o bebê logo após o nascimento, 14,7% dos bebês puderam ser amamentados na sala do parto, 40,9% mamaram na primeira hora de vida e 64,2% tiveram alojamento conjunto com a mãe (Fiocruz, 2012, p. 05).

Em termos de intervenções, 71,7% dos bebês 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, 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, p. 05).

Ainda, quando analisamos as intervenções durante o trabalho de parto, 74,9% fizeram uso de cateter venoso periférico, 36,4% fizeram uso de ocitocina sintética, 33,9% fizeram uso de analgesia epidural e 39,1% foram submetidas a amniotomia (rompimento por procedimentos médicos do saco amniótico). Além disso, 36,1% fo-

ram submetidas à Manobra de Kristeler e 53,5% foram vítimas da episiotomia (Fiocruz, 2012, p.05).

O problema de pesquisa pode ser apresentado com 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 intervém no corpo da mulher sem consentimento ou razão médica durante o trabalho de parto), pode ser considerada uma forma de mutilação genital feminina se considerarmos os *standards* internacionais de direitos humanos aplicáveis às práticas culturais que se valem, ainda hoje, desses procedimentos que alteram a estrutura vaginal da mulher e, como consequência, violam a integridade física e a dignidade?

Partindo da hipótese de que existem elementos comuns entre a VO e a MGF que permitem aplicar à primeira prática ferramentas jurídicas de defesa e garantia de direitos humanos construídas internacionalmente para a erradicação da segunda prática, optamos por um foco na VO fisicamente invasiva. Isso pelo fato de que a VO pode se dar na forma física, psicológica e/ou verbal, não ficando restrita, necessariamente, ao aspecto de violação da integridade corporal de meninas e mulheres. Por isso, para que fosse possível conduzir a pesquisa aqui proposta dentro do prazo de um curso de mestrado, foi necessário limitar o objeto de estudo na modalidade da violência física.

O estudo foi realizado, portanto, sob a perspectiva dos *standards* internacionais de proteção aos direitos humanos, através de revisão bibliográfica análise de documentos para a definição da VO e da MGF, para o acesso a dados relativos ao Brasil, bem como para fixar os parâmetros e pressupostos jurídicos para o estudo. A pesquisa também foi pautada no direito comparado e na metodologia comparativa. Para Marconi e Lakatos (2017), o método comparativo significa uma verdadeira "experimentação indireta". Isso porque o referido método visa explicar os fenômenos analisados, no caso em tela a MGF e a VO, extraindo elementos gerais, abstratos e constantes de ambas as práticas.

Ou seja, a metodologia comparativa aplicada à pesquisa tem a finalidade de localizar, dentro de ambas as práticas, pontos de convergência ou divergência, de modo a permitir uma possível comparação entre ambas. Importante deixar claro que não pretendemos comparar práticas culturais com o objetivo de criar escalas de "melhores ou piores" manifestações culturais. A perspectiva comparativa foi aplicada para que fosse possível identificar, dentro dos *standards* internacionais de proteção de direitos humanos, elementos normativos, portanto cogentes, que abordam a MGF e que sejam aplicáveis em eventuais questões jurídicas em torno da VO. Nesse sentido, os pontos de comparação elegidos foram os seguintes: 1) definição conceitual, 2) classificação e tipos e 3) consequências oriundas da MGF e da VO. A partir do resultado obtido com a análise comparativa, apresentamos um resultado da análise de conteúdo (Bardin, 1977).

Nesse sentido, foram analisados documentos[1] produzidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), Organização dos Estados Americanos (OEA), União Africana (UA) e Conselho da Europa (CE), buscando a ocorrência dos seguintes termos: 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 analisado apenas em inglês, foram utilizados os seguintes stermos: *mutilation; genital; genital mutilation; obstetric violence; childbirth; violence; obstetric; pregnancy; pregnant; gender; woman; women; girl/girls; e female.*

2 DOS REFERENCIAIS TEÓRICOS APLICADOS À PRESENTE PESQUISA – DAS MANIFESTAÇÕES CULTURAIS AO ESTIGMA

O presente artigo não pretende realizar uma análise sociológica ou antropológica da VO ou MGF, pois entendemos que não nos cabe julgar essa ou aquela outra manifestação cultural. Apesar disso, entendemos ser necessário evidenciar o peso das manifestações culturais para a perpetuação de práticas violentas e como o direito pode servir de ponto de apoio para a eliminação de fatores de discriminação.

Roque de Barros Laraia (2001, p. 45) diz o seguinte a esse respeito:

> 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.

A Convenção sobre a Proteção e Promoção da Diversidade das Expressões Culturais, promulgada no Brasil pelo Decreto 6.177 de 2007, traz os conceitos de diver-

1 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.

sidade cultural, conteúdo cultural e expressões culturais. Sendo assim, diversidade cultural seria o conjunto das diferentes formas que diferentes grupos e sociedades encontram para manifestar suas expressões próprias, que são transmitidas internamente aos grupos e/ou sociedades (Brasil, 2007).

Conteúdo cultural, por sua vez, é o caráter imaterial significativo, ou simbólico, que compõe as expressões identitárias (artística e valores culturais) daquele determinado grupo ou sociedade. 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).

Nesse sentido, consideramos que uma prática cultural não é, necessariamente, estática, pois nasce dos primeiros agrupamentos sociais e segue assimilando significados, 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 (muitas vezes, ressignificando). Assim, reafirmamos, com Laraia (2001, p. 45), que "a manipulação adequada e criativa desse patrimônio cultural permite as inovações e as invenções", o que, quiçá, pode ser impactado por normas e políticas públicas como estratégias de câmbio de fenômenos violadores da dignidade de grupos específicos. As práticas analisadas são entendidas pelas normas de proteção de direitos humanos como violações aos marcos civilizatórios da humanidade, o que evidencia, ademais, que o presente estudo não se confunde com mera fantasia jurídica ou incômodo pessoal dos pesquisadores que o conduziram.

Conceito importante para a presente pesquisa e que merece atenção logo na introdução é o "estigma". Segundo Erving Goffman (1980), o termo estigma tem um sentido original, que consistia nos sinais corporais que diferenciavam os normais, aqueles dentro de um padrão social aceitável – dos anormais – aqueles que fogem do padrão, e que hoje tem sido utilizado para fazer referência à "própria desgraça" do indivíduo.

Nas palavras do autor Erving Goffman (1980, p. 06):

> 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.

Para Nunes (2009), Goffman apresenta três tipos de estigmas: as deformidades físicas (abonações corporais), culpa de caráter individual (vontade franca, desonestidade, crenças falsas, e outras) e os estigmas de religião, raça e nação. Nesse sentido,

Goffman nos fornece elementos essenciais para entender a identidade, pois nela se cruzam os três elementos constitutivos, ou seja, o pessoal, o social e o ego, pois 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, p. 181).

Assim, para Assensio e Soares (2022, p. 02), seria possível dizer que o estigma caracterizaria um momento de ruptura para os indivíduos, isso porque nossas interações sociais são marcadas por expectativas de identidade e aderência a determinados padrões e condutas tidos como "esperados". Seria, nas palavras de Assensio e Soares (2022, p. 02), justamente a discrepância entre um atributo e uma expectativa que produziria o estigma.

Na MGF, o estigma pode aparecer nos casos de recusa (quando a mulher tem essa possibilidade) de se submeter ao procedimento, o que pode ser encarado como negação das crenças, práticas culturais e religiosas, com potencial de desencadear segregação da menina ou mulher. Em relação à VO, o estigma pode ocorrer com a não conformação com o atual paradigma médico do parto, marcado por partos cirúrgicos sem necessidade ou recomendação médica, o 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.

A percepção de como o estigma opera em relação às mulheres, em especial em relação aos corpos femininos, sinaliza para distinções e aproximações importantes nos contrastes realizados entre a VO e a MGF como violações a direitos humanos, proporcionando maior rigor na comparação entre ambas as práticas e na perspectiva de fortalecimento de estratégias de eliminação de ambas as formas de violência.

3 DA ANÁLISE COMPARATIVA: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA X MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

Conforme esclarecido na introdução, foi feita uma análise comparativa entre a MGF e a VO, utilizando-se como pontos de comparação os seguintes critérios: 1) definição conceitual; 2) classificação e tipos; e 3) consequências oriundas da MGF e da VO.

4.1 DA ANÁLISE COMPARATIVA: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA X MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

Inicialmente, é importante ressaltar que não foi esperada uma identidade entre os conceitos de MGF e VO, uma vez que são práticas distintas. Contudo, foi necessário fixar pontos de conexão entre ambas as práticas, de modo a viabilizar o enfrentamento do problema de pesquisa.

A violência obstétrica não tem uma definição conceitual precisa, não havendo, a título de exemplo, uma referência expressa a esse tipo de violência na ficha do SINAN (Sistema de Notificação de Agravo de Informação) sobre violência contra a mulher. Nesse sentido, é possível afirmar que a VO não tem uma definição estática, nem da perspectiva teórica, nem da perspectiva normativa. A MGF, por sua vez, já conta com um conceito estabelecido internacionalmente, inclusive sendo considerada como forma de violência contra a mulher. Segundo a declaração conjunta da Organização Mundial da Saúde, do Fundo das Nações Unidas para a Infância e do Fundo de População das Nações Unidas (1997), a MGF consiste na retirada total ou parcial dos órgãos genitais femininos sem qualquer indicação médica.

A violência obstétrica, seja por não ser conhecida e discutida socialmente, seja pela permissividade social em relação às práticas que a constitui, não possui uma definição conceitual fixa e amplamente difundida. Inclusive, pode ser considerado um termo de certa forma inédito, na medida em que as discussões e debates sobre a VO começam a aparecer apenas no final da década de noventa. Para Dias *et al* (2021, p. 04) "o silêncio sobre o tema foi rompido por uma reportagem da revista norte-americana, chamada *Ladies Home Journal*, que foi intitulada "Crueldade nas Maternidades".

Ademais, reforçando o entendimento de que a discussão sobre VO é algo recente, Peres e Peruzzo (2021) chamam a atenção para o fato de que no *site* do DATASUS não existem registros específicos sobre a VO no Brasil dentro do sistema público de atendimento à saúde. Inexistindo, como dito acima, campo específico para a notificação dessa violência na ficha do SINAN sobre violência contra a mulher, as pesquisas a respeito do assunto e políticas de tomada de consciência ficam ainda mais prejudicadas.

Considerando a dificuldade de fixação de um conceito taxativo para a VO, Zanardo *et al* (2017, p. 05) fixaram alguns parâmetros gerais, considerados importantes para a fixação de parâmetros gerais para a presente pesquisa "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". No próximo tópico, serão especificados alguns tipos de VO, sem o propósito de esgotar, com buscando dar maior concretude ao termo dentro das discussões deste trabalho.

Dentro do percurso metodológico traçado, portanto, tanto a VO como a MGF podem ser entendidas como práticas decorrentes de manifestações culturais fixadas no imaginário coletivo como necessárias para o pertencimento de meninas e mulheres a uma determinada sociedade (MGF) ou necessárias para que a mulher se torne mãe dentro de um sistema onde o médico tem o controle do ato de dar à luz (VO). Em ambos os casos, ficam evidentes elementos que remetem a "rituais de passagem", tidos como necessários dentro de uma perspectiva patriarcal que relega às mulheres papeis específicos, exercidos sem protagonismo na tomada de decisões sobre os desti-

nos 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, mas apenas de reproduzir um sistema de dominação.

4.2 CLASSIFICAÇÃO E TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA.

Uma vez fixadas algumas balizas e pressupostos das práticas sob análise, o próximo ponto elencado dentro da análise comparativa é o da classificação dos diferentes tipos de MGF e VO.

Em relação à MGF é possível citar os diferentes tipos elencados pelos órgãos internacionais de proteção aos direitos humanos. Segundo a declaração conjunta da Organização Mundial da Saúde, do Fundo das Nações Unidas para a Infância e do Fundo de População das Nações Unidas (1997), o tipo 01, chamado clitoridectomia, consiste na remoção total ou parcial da glande do clitóris; o tipo 02 chamado de excisão, consiste na remoção total ou parcial da glande clitoriana e dos lábios menores; o tipo 03, denominado de infibulação, tem como consequência o estreitamento da entrada do canal vaginal através da criação de uma barreira sobreposta; e o tipo 04, que engloba toda e qualquer prática prejudicial aos órgãos genitais femininos, sem qualquer indicação médica. Podem ser citados como exemplos: incisões, raspagens, cauterizações e perfurações. Vale ressaltar que dentro dos tipos de MGF é possível notar subdivisões que englobam os diferentes tipos e as extensões dos cortes realizados na genitália feminina.

Por sua vez, a VO não se materializa apenas através de uma lesão física no corpo da mulher, podendo ocorrer na modalidade verbal, física e psíquica. Para Palharini (2017, p. 06-07), a violência obstétrica pode ser 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 pa-

> cientes 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 n° 11.108, de 07/04/2005).

Contudo, conforme anotado no início deste artigo, a proposta é abordar as modalidades fisicamente invasivas da VO, em especial a episiotomia, o chamado "ponto do papai" ou "ponto do marido" e a manobra de Kristeller. Assim, a episiotomia pode ser definida como um corte cirúrgico realizado no períneo da parturiente (região localizada entre a vagina e ânus). Ainda que justificada dentro da literatura médica para casos específicos e excepcionais, a episiotomia não pode ser praticada de forma recorrente e involuntária com a finalidade de acelerar a fase expulsiva do parto vaginal.

O "ponto do marido", por sua vez, é o excesso de sutura vaginal pós-episiotomia, com a finalidade de estreitar o canal vaginal da mulher e aumentar o prazer masculino na relação sexual após o parto vaginal. Por último, a manobra de Kristeller, que consiste na aplicação de pressão, pelo profissional que está acompanhando a mulher durante o trabalho de parto, na parte superior da barriga da gestante, também com a finalidade de acelerar a fase expulsiva do trabalho de parto, podendo ocasionar laceração vaginal e fortes dores abdominais, também não podendo ser praticado como estratégia para aceleração do trabalho de parto.

Dessa forma, para além do que representam, tanto a MGF como a VO configuram práticas que ocasionam a alteração da estrutura do órgão sexual reprodutivo feminino sem qualquer justificativa ou razão médica que as fundamente ou justifique e, em muitos casos, deixam lesões duradouras ou permanentes que causam dor, que atrapalham a vida sexual e reprodutiva da mulher e que podem, em muitos casos, desencadear problemas relacionados à autoestima e à saúde mental. Consequentemente, dentro da análise comparativa, ainda que não sejam idênticas, é possível vislumbrar uma relação entre ambas as práticas, especialmente no que diz respeito às lesões delas resultantes e no fato de ambas configurarem violência contra a mulher.

4.3 CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DA MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

Considerando a metodologia comparativa e fixados os pontos de distinção entre ambas as práticas em análise, são nas consequências da MGF e da VO que residem os principais pontos de aproximação. Ou seja, os resultados práticos na saúde da mulher que é submetida a qualquer dessas formas de violência de gênero, seja na esfera física como na psicológica, é o que confirma a hipótese de que existem elementos comuns entre a VO e a MGF que permitem aplicar à primeira, ferramentas e estratégias jurídicas de defesa e garantia de direitos humanos construídas internacionalmente para a erradicação da segunda.

Segundo a obra clínica publicado pela Organização Mundial da Saúde (2018, p. 87), "*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.

Como consequências de curto prazo, segundo a Organização Mundial da Saúde (2018), a MGF pode causar dores, rompimento de tecido, infecções, inchaço do tecido genital, dificuldades na menstruação, dor crônica durante a relação sexual e ao urinar. Nesse sentido, é importante ressaltar que as consequências podem ser de curto e longo prazo. Outro ponto, que por vezes pode ser negligenciado, é o impacto da MGF na saúde mental de suas vítimas. Segundo Alidost *et aI* (2023, p. 285), o maior impacto na saúde mental da mulher mutilada é a depressão, a ansiedade e o estresse pós-traumático. Além disso, importante anotar as consequências de cunho social e os estigmas impostos às mulheres, o que pode agravar ainda mais o quadro de saúde mental. Por isso, segundo Frias e Costa (2024, p. 98), ações que impedem que a voz das mulheres reverbere como força contrária a essas práticas e que lançam titulares de dignidade à mera posição de vítimas podem afastar qualquer possibilidade de aproximação, inviabilizando os aspectos de reconhecimento da dor física e psíquica da mutilação, o que impede avanços no enfrentamento à prática.

Lançando luz sobre a VO, importante relembrar que se trata de prática com conceito não taxativo, cujos estudos e políticas públicas de enfrentamento não são tão avançadas e amplamente divulgadas, como ocorre com a MGF. Quando analisamos especificamente a episiotomia e o "ponto do marido", segundo Dos Reis *et al* (2024, p. 9), 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 (conexão entre órgãos, tecidos ou vasos sanguíneos que não existiam anteriormente) retovaginais".

Por fim, em relação à manobra de Kristeller, podemos citar como consequências, conforme Becerra-Chauca e Failoc-Rojas, (2019, p. 3): 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 nas costas; 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.

Evidente, pois, que ainda que algumas práticas, como a episiotomia, possam ser utilizadas com a finalidade de salvar a vida do bebê e/ou da mãe, não existem evidências de que o uso reiterado, involuntário e com a finalidade de aceleração do

processo de parto resultem em qualquer benefício para a saúde integral da mulher ou da criança, assim como a MGF, tendo ficado evidenciado, pelos efeitos de curto e longo prazo, que meninas e mulheres que são sujeitadas a MGF e VO carregam suas consequências na esfera física, social e psicológica para os restos de sua vida.

Assim, na comparação entre as consequências de ambas as práticas, fica claro que tanto a VO como a MGF prejudicam a saúde integral da mulher e, como ficará demonstrado no tópico seguinte, configuram violações graves a direitos humanos.

5 DAS NORMAS INTERNACIONAIS DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS – ANÁLISE JURÍDICA DE CONTEÚDO

Como parte da pesquisa necessária para enfrentar o problema e testar a hipótese levantada, foi feita a análise de convenções internacionais de proteção de direitos humanos relacionadas ao tem. Além disso, o estudo buscou identificar se são temas em evidência internacionalmente e, nesse sentido, buscou constatar a existência ou não de menção expressa nos documentos internacionais à VO e à MGF e se a proteção do direito da mulher se daria de forma mais generalista ou se consideraria a dignidade e a integridade física, mental e social.

A compreensão e a consideração de *standards* internacionais, segundo Ferreira (2024, p. 71), têm a ver exatamente com o fato de que muitas práticas, por serem culturalmente aceitas, (...) "encontrarem nos sistemas de justiça nacionais um bastião para a perpetuação de práticas de violação aos direitos humanos". No entanto, os seres humanos e, mais especificamente as mulheres, além de cidadãos nacionais, sujeitos a regras emanadas de estados soberanos, também devem ser considerados como cidadãos e cidadãs globais, (...) "cuja dignidade encontra amparo em um conjunto de determinantes normativos construídos com o esforço de toda a humanidade" (Ferreira, 2024, p. 71). E isso tendo em vista não apenas o monopólio da força de uma entidade conformada no seio de uma estrutura capitalista e patriarcal (o Estado), mas considerando que todo indivíduo existe independentemente do fato de pertencer a um estado nacional.

A partir dos resultados obtidos, foi possível constatar que a discussão e o enfrentamento da MGF podem ser encontrados de forma bastante evidente nos documentos produzidos no âmbito do sistema africano de direitos humanos, com repercussões em outros documentos de organismos internacionais.

A União Africana (UA), fundada em 2002, conforme o Ato Constitutivo da União Africana, assinado na República de Togo em julho de 2000, é um dos três sistemas regionais de proteção dos Direitos Humanos ao lado da Organização dos Estados Americanos (OEA) e do Sistema Europeu (Conselho da Europa – CE). Estes

sistemas não são excludentes entre si e existem em razão das distintas manifestações culturais existentes no mundo.

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, podem ser citados como documentos chave para o enfrentamento da MGF 1- o Protocolo da Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos sobre o Direito das Mulheres na África (Protocolo De Maputo) e 2- a Carta Africana da Juventude.

O Protocolo de Maputo, por sua vez, é um protocolo à Carta Africana dos Direitos dos Homens e dos Povos, tendo foco especial na situação das mulheres africanas, afirmando o direito da mulher à dignidade (art. 3º); à vida, integridade e segurança (art. 4º); à eliminação de práticas prejudiciais às mulheres (art. 5º); ao direito à participação política e no processo de tomada de decisões (art. 9º); direito à saúde e direitos reprodutivos (art. 14).

A Carta Africana da Juventude, por sua vez, adotada em 1990, 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), como é o caso da MGF.

Ainda dentro da UA, outro documento importante indicando formas de enfrentamento da MGF é o relatório "*Getting to Zero Female Genital Mutilation in Africa: Strengthening Human Rights, Accelerating Efforts and Galvanizing Accountability*" (2022). Este documento, além dos dados de prevalência da MGF dentro do continente Africano, traz uma definição da MGF, tipos, fatores que contribuem para a perpetuação da prática, os riscos, as consequências e os custos.

Já dentro do Sistema Global de proteção de Direito Humanos, a Organização das Nações Unidas (ONU), foram identificados documentos com potencial de fortalecer a construção de agendas globais para o enfrentamento e à erradicação da MGF e, por consequência e pelas aproximações entre as práticas, também da VO. Apesar do potencial, merece destaque a ausência de referências expressas à MGF e à VO no corpo de tratados da ONU.

Dentro da ONU, podemos citar a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), a Declaração de Pequim, 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, trazendo logo no artigo primeiro o conceito de discriminação contra a mulher, entendido como a (...) "distinção, a exclusão ou a restrição baseada no sexo".

Em que pese a CEDAW ter sido publicada com um conceito de discriminação baseado no sexo biológico, a definição foi expandida para abarcar o conceito de gênero, de acordo com o que consta nas Recomendações Gerais (RG) 28 e 36 do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher. Apesar de não existir nenhuma referência explícita à MGF no texto da referida convenção, existem orientações normativas muito consistentes para a construção de uma agenda no sentido da erradicação não apenas da MGF, mas também da VO. No artigo 12 da convenção consta que os Estados-Partes devem adotar medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos, bem como garantir à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, assegurando, ademais, nutrição adequada durante a gravidez e a amamentação.

No Relatório da IV Conferência das Nações Unidas Sobre a Mulher, ocasião em que foi publicada a Declaração de Pequim, de 1995, existem referências expressas à necessidade de erradicação da prática da utilização genital feminina (ONU, 1995, p. 14, p. 35, p. 42, p. 48). Além disso, na Declaração, consta o compromisso de "fazer avançar os objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz para todas as mulheres, em todos os lugares e no interesse de toda a humanidade", bem como o (...) "reconhecimento explícito e a reafirmação do direito de todas as mulheres de controlar todos os aspectos de sua saúde, em particular sua própria fertilidade, é básico para seu fortalecimento" e a garantia de (...) "igualdade de acesso e a igualdade de tratamento de mulheres e homens na educação e saúde e promover a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e sua educação".

Em relação aos ODM, que teve como marco fundador a Resolução nº 55/2 da Assembleia Geral da ONU, foram estabelecidos oito[2] grandes objetivos a serem desenvolvidos e implementados pelos Estados-membros com a finalidade de desenvolver as nações do mundo. Segundo Ruiz, Martínez e Bravo (2015, p. 255), os ODM teriam relação com a MGF, na medida em que a extrema pobreza reforça e incentiva a prática, gerando um ciclo vicioso na medida em que recursos estatais são destinados ao enfrentamento das consequências dela advindas.

No mesmo sentido, importante compreender que a desigualdade de gênero não pode ser desassociada da prática da MGF (e, dentro da reflexão que estamos fazendo neste trabalho, da VO), 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.

2 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 sentido é possível verificar a relação 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).

O problema, aqui, reside na implementação dos planos de ação e enfrentamento aos obstáculos, evidenciando que, dentro do sistema Global de Proteção dos Direitos Humanos, existem ferramentas e diretrizes normativas para o enfrentamento da prática da MGF e, como é possível sustentar com os resultados desta pesquisa, também da VO. Contudo, ainda há um longo caminho a ser percorrido, especialmente se considerarmos a relevância da construção de uma agenda específica não apenas para a MGF, mas também para a VO.

Como formas atuais de enfrentamento da MGF existem ainda importantes orientações no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018, p. 01-418), como as constantes no relatório "*Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook*". Outro documento importante é o "*Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*" (1997, p. 01-24) que, além de fixar um conceito de mutilação genital feminina, aborda as complicações imediatas e de longo prazo, como danos à saúde sexual e psicológica da mulher, consequências da medicalização, bem como acordos internacionais que tratam da MGF.

Em relação à VO, portanto, apesar de existir um conjunto de documentos que tratam do tema da violência contra a mulher nos sistemas de proteção aos direitos humanos, a prática sequer foi mencionada por qualquer dos sistemas internacionais estudados, o que demonstra uma proteção das mulheres através de prescrições generalistas, sem o enfrentamento direto desse tipo de violência, sinalizando para uma agenda internacional ainda por construir.

Apesar da lacuna no âmbito internacional e da ausência de uma definição legal e médica da prática com vistas à sua identificação, combate e erradicação, o Brasil possui leis federais que, ainda que não sejam expressas nesse sentido, têm a finalidade de, junto com as diretrizes internacionais incorporadas, pôr fim a práticas reconhecidas como violência obstétrica. É o caso da Lei Federal nº 11.108/2005, que alterou a Lei nº 8.080/1990 para permitir que a parturiente esteja acompanhada por uma pessoa de sua livre escolha durante o trabalho de parto em ambientes hospitalares, bem como a 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 no-

vembro de 1996 e Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, além Portaria 353/2017 do Ministério da Saúde, que fixa as Diretrizes Nacionais de Assistência do Parto Normal, que desaconselha o uso de ocitocina de rotina após analgesia regional (p. 20), a amniotomia precoce em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem (p. 24), desaconselha a manobra de Kristeller (p. 26), bem como o uso da episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo (p.28).

Assim, conforme evidenciado na introdução, a análise comparativa entre a MGF e a VO no Brasil não teve a finalidade de estigmatizar uma conduta em detrimento da outra, ou identificar manifestações culturais "melhores" ou "piores", mas sim de evidenciar pontos de encontro entre ambas as práticas para que, dentro dos *standards* internacionais de direitos humanos construídos para a erradicação da MGF, fosse possível trabalhar agendas para a erradicação da VO.

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, cabendo articular as proteções "especiais"[3] existentes em documentos internacionais para caso da MGF com as extensões pertinentes para os casos de VO.

6 CONCLUSÃO

O presente artigo teve como finalidade sistematizar parte do resultado obtido na pesquisa de Mestrado realizada dentro do Programa de Pós-graduação em Direito da PUC-Campinas (Ferreira, 2024). Assim, foi proposta a realização de 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 comparação esteve centrado na definição conceitual dessas práticas com o objetivo de delimitar e deixar claro o que ambas representam. Identificamos que, em ambas as práticas, existe a supressão da autonomia da mulher sobre o próprio corpo.

Num segundo momento, analisamos os diferentes tipos de MGF e VO, o que permitiu reforçar o paralelo entre ambas as práticas, especialmente em algumas delas, a exemplo do "ponto do marido", que 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 única e exclusiva de aumentar o prazer masculino no ato sexual.

3 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.

Quando analisamos a episiotomia, ainda que não exista uma modalidade de MGF que possa ser diretamente relacionada 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 possível considerar que, pelas consequências do corte vaginal, a alteração da estrutura fisiológica dos órgãos reprodutivos femininos, como na MGF, ocorre de forma ilegítima.

Por fim, quando analisamos as consequências práticas, temos que em ambos os casos ocorrem dores imediatas e/ou crônicas, infecções, hemorragias, inchaços, dores nas relações sexuais, além de consequências psicológicas como depressão e ansiedade. Logo, após os estudos realizados, é possível afirmar pontos de conexão entre ambas as práticas, na medida em que, apesar de diferentes, encontram pontos de congruência quando falamos da conceituação, tipos e, especialmente, de consequências. Nesse sentido, também é possível afirmar que as agendas já estabelecidas para a erradicação da MGF podem ser tomadas como pontos de partida e apoio para as agendas de erradicação da VO no Brasil e no mundo.

REFERÊNCIAS

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.

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.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

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.

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.

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.

FERREIRA, Laura Lombas. **A violência obstétrica em suas modalidades fisicamente invasivas no Brasil: uma análise comparativa com a mutilação genital feminina**. 2024. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2024. Orientador: Pedro Pulzatto Peruzzo.

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]>. Acesso em: 12 de out. de 2023.

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.

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.

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.

MARCONI, MA; LAKATOS, EM. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2016.

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.

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.

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. **Revista Gênero**. v 21. n2. 2021.

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.

UNICEF. **Getting to Zero Female Genital Mutilation in Africa: Strengthening Human Rights, Accelerating Efforts and Galvanizing Accountability**. [S.l.], 2019. Disponível em: https://www.unicef.org/documents/getting-zero-female-genital-mutilation-africa. Acesso em: 17 mar. 2023.

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.

ZANARDO, GLP, CALDERÓN, M, NADAL, AHR, HABIGZANG, LF. **Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa**. Psicol Soc [Internet]. 2017; 29: e155043. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf.