



**FACULDADE BAIANA DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

SARA VITÓRIA CONCEIÇÃO GONZAGA SANTOS

**PRÁTICAS ABUSIVAS EM OBSTETRÍCIA E ESFERAS DA RESPONSABILIDADE
PROFISSIONAL: UM OLHAR INTERSECCIONAL A PARTIR DAS
PERSPECTIVAS GÊNERO E RAÇA**

Salvador
2024

SARA VITÓRIA CONCEIÇÃO GONZAGA SANTOS

**PRÁTICAS ABUSIVAS EM OBSTETRÍCIA E ESFERAS DA RESPONSABILIDADE
PROFISSIONAL: UM OLHAR INTERSECCIONAL A PARTIR DAS
PERSPECTIVAS GÊNERO E RAÇA**

Monografia apresentada ao curso de graduação,
Faculdade Baiana de Direito, como requisito parcial
para obtenção do grau de bacharel em Direito.

Salvador
2024

TERMO DE APROVAÇÃO

SARA VITÓRIA CONCEIÇÃO GONZAGA SANTOS

TÍTULO DO TRABALHO MONOGRÁFICO

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito,
Faculdade Baiana de Direito, pela seguinte banca examinadora:

Nome: _____

Titulação _____ e
instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação _____ e
instituição: _____

Salvador, ____ / ____ / 2024.

Dedico este trabalho a minha avó, Maria Helena, minha maior incentivadora, que teve o prazer de me ver entrar na faculdade, mas infelizmente não está aqui para me ver concluir. Nós conseguimos, vovó!

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus por toda força e sabedoria que me deu para que eu pudesse chegar até aqui e pela imensa oportunidade de iniciar e concluir meu tão sonhado curso de direito, não há palavras para descrever a bondade de Deus sobre a minha vida, mas apenas ressaltar que “Ebenazer, até aqui me ajudou o Senhor”.

Agradeço imensamente a minha mãe, a mulher mais forte e guerreira que eu conheço, que foi peça essencial para que eu pudesse alcançar os meus sonhos. Que mesmo sem oportunidades no passado, percorreu um caminho longo sob o sol para que hoje eu pudesse chegar ao meu lugar desejado sob a sombra. Obrigada, mãe, por todas as renúncias, toda oração e por vibrar comigo em todos os momentos.

Agradeço ao meu pai por sempre me ensinar que o estudo é o melhor e maior caminho para vencer na vida quando se vem do baixo. Obrigada por todo incentivo, Pai.

Agradeço ao meu melhor amigo e namorado por acreditar tanto em mim, pelas noites em claro me auxiliando em tudo que estava ao seu alcance dentro desse processo, obrigada por ser tão parceiro.

Agradeço aos meus demais familiares e amigos por celebrarem junto a mim nesse momento, por sonharem os meus sonhos junto comigo e por se alegrarem com as minhas vitórias.

Por fim, agradeço ao meu orientador Caio Lage por toda paciência, dedicação, disponibilidade e didática impecável, foi uma imensa honra ser sua orientanda, serei eternamente grata pelo seu trabalho.

“Eu é que sei que pensamentos tenho a respeito de vocês, diz o Senhor. São pensamentos de paz e não de mal, para dar-lhes um futuro e uma esperança”.

Jeremias 29:11

RESUMO

Este trabalho, por meio da análise de livros, periódicos, teses, jurisprudência, dentre outros mecanismos bibliográficos, utilizando o método hipotético-dedutivo para chegar a um resultado, busca analisar a violência obstétrica destacando como práticas abusivas durante o parto refletem as desigualdades de gênero e raça. A análise se inicia com uma reflexão sobre o contexto histórico, abordando conceitos como gênero, violência, dominação masculina, e a medicalização do parto, que transformaram um processo natural em um evento controlado por profissionais de saúde, muitas vezes desconsiderando a autonomia das parturientes, ademais, a pesquisa explora ainda as diferentes formas de manifestação da violência obstétrica, bem como suas repercussões na vida da estante. Sob uma perspectiva interseccional, o estudo evidencia que mulheres negras e de baixa renda estão entre as mais vulneráveis a essas práticas, devido ao racismo institucional e às desigualdades, isso se demonstra sob a análise de casos emblemáticos sobre o tema e análise doutrinária, por fim, essa pesquisa busca trazer como resultado a urgência de políticas públicas e regulamentações específicas para enfrentar a violência obstétrica, sobretudo, em seu viés racial, e da necessidade de responsabilizar, de forma específica, os profissionais de saúde, considerando a urgência de práticas mais humanizadas e respeitadas. Isso implica não apenas em mudanças legais, mas também na promoção de uma cultura de cuidado que valoriza a dignidade e a autonomia das mulheres.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Gênero; Raça; Responsabilidade profissional.

ABSTRACT

This work, through the analysis of books, periodicals, theses, jurisprudence, among other bibliographic mechanisms, using the hypothetical-deductive method to reach a result, seeks to analyze obstetric violence, highlighting how abusive practices during childbirth reflect gender and racial inequalities. The analysis begins with a reflection on the historical context, addressing concepts such as gender, violence, male domination, and the medicalization of childbirth, which transformed a natural process into an event controlled by health professionals, often disregarding the autonomy of parturients. In addition, the research also explores the different forms of manifestation of obstetric violence, as well as its repercussions on the life of the shelf. From an intersectional perspective, the study shows that black and low-income women are among the most vulnerable to these practices, due to institutional racism and inequalities. This is demonstrated by analyzing emblematic cases on the subject and doctrinal analysis. Finally, this research seeks to bring as a result the urgency of public policies and specific regulations to address obstetric violence, especially in its racial bias, and the need to hold health professionals specifically accountable, considering the urgency of more humane and respectful practices. This implies not only legal changes, but also the promotion of a culture of care that values the dignity and autonomy of women.

Keywords: Obstetric violence; Gender; Race; Professional responsibility.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 VIOLÊNCIA DE GÊNERO	15
2.1 BREVES NOTAS ACERCA DAS VULNERABILIDADES	15
2.1.1 Gênero	18
2.1.2 Violência	20
2.1.3 Violência de gênero	22
2.2 ESTRUTURA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO	24
2.2.1 Formação patriarcal da sociedade	25
2.2.2 Imagem construída para a mulher: algumas notas	28
2.3 REFLEXOS DAS TEORIAS DE DOMINAÇÃO DE GÊNERO NAS VIOLÊNCIAS ATUALMENTE SOFRIDAS PELA MULHER NO PARTO	30
2.3.1 Tese do Matriarcado	31
2.3.2 Teoria Biológica	34
2.3.3 Teoria da Dominação Aprendida	35
2.4 RELAÇÃO DAS TEORIAS COM ÀS VIOLÊNCIAS SOFRIDAS PELA MULHER DURANTE O PARTO	36
3 PLANO DE PARTO ENQUANTO UM DIREITO FUNDAMENTAL DA GESTANTE	39
3.1 PRINCIPAIS DIREITOS REGULAMENTADOS CONSTITUCIONALMENTE PARA A GESTANTE	44
3.2 REGULAMENTAÇÕES INFRACONSTITUCIONAIS QUE TRATAM DOS DIREITOS DA GESTANTE	46
3.2.1 Portaria 569/2000 Ministério da Saúde	46
3.2.2 Portaria 371/2014 Ministério da Saúde	48
3.2.3 Portaria 1.016/1993 Ministério da Saúde	50
3.2.4 Projeto de Lei 2313/2022	51
4 PRÁTICAS ABUSIVAS EM OBSTETRÍCIA E RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL	52
4.1 ALGUMAS FORMAS DE VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS	54

4.1.1 Manobra de Kristeller	55
4.1.2 Proibição do Acompanhante	56
4.1.3 Episiotomia	57
4.1.4 Indução do Parto por Ocitocina	59
4.1.5 Violências Morais/Psicológicas	60
4.2 INCURSÕES SOBRE GÊNERO E RAÇA	62
4.3 INCIDÊNCIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB O RECORTE RACIAL E SOCIAL	64
4.4 RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL DOS PROFISSIONAS DE SAÚDE	73
4.5 RESPONSABILIZAÇÃO CRIMINAL DOS PROFISSIONAS DE SAÚDE	78
4.5.1 Projeto de Lei 422/2023	83
4.5.2 Projeto de Lei 2082/2022	85
4.5.3 Projeto de Lei 2589/2015	86
5 CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS	91

1 INTRODUÇÃO

É inegável que o histórico social brasileiro, desde os primórdios, esteve marcado pelas ideias patriarcais, que tinham como principal intuito estabelecer uma distinção clara, baseando-se em características biológicas, na tentativa de justificar a ideia de superioridade dos homens em detrimento das mulheres.

De acordo com alguns estudiosos, esses pensamentos de superioridade de gênero estavam pautados nos ensinamentos das instituições sociais, outros, porém, apontavam como sendo um aspecto natural e inerente ao ser. Desse modo, existem múltiplas concepções acerca dessa temática, dentre elas, há uma perspectiva que compreende esse desejo de dominação enquanto oriundo do período de surgimento das estruturas de poder e estratificação das classes. Apesar dessa multiplicidade, há em comum entre essas conjecturas o entendimento sobre a necessidade de poder e o suposto direito de gestão que os homens estabeleceram sobre o corpo feminino.

Ademais, mesmo com os avanços sociais decorrentes de diversos movimentos feministas visando igualdade de direitos, reconhecimento dos direitos humanos da mulher, direitos das parturientes, ainda assim é possível notar que esse grupo permanece sofrendo violências nos diversos âmbitos sociais e vivendo sob constantes violações de direitos, dentre eles o de gestar com segurança e autonomia.

A violência obstétrica é uma realidade crescente no Brasil, e isso se dá, sobretudo, pelo caráter histórico de medicalização do parto, em que houve a substituição das parteiras, devido à exigência de profissionais de demonstrassem habilidades específicas para realização dessa atividade, distanciando-o de uma perspectiva natural e aproximando-o de uma noção mais institucional, marcado pela medicalização de todo esse processo, haja vista que agora somente homens, únicos à época com acesso aos estudos, médicos, poderiam realizá-los.

Destaca-se ainda o fato de que a incidência de algumas vulnerabilidades torna determinadas mulheres mais expostas a violações em seu ciclo puerperal do que outras, isso se evidencia quando observamos que mulheres pretas e pardas, majoritariamente, são menosprezadas dentro desse contexto, sendo mais afetadas pela violência institucional obstétrica do que mulheres brancas.

A mulher, como um ser gestacional, é um sujeito com garantias amplamente conhecidas e consideradas fundamentais, tais como o direito de ter acompanhante no seu processo de parto, de ser assistida nos hospitais e ter o acompanhamento médico correto durante o trabalho de parto. Além deles, assegura-se também a livre escolha e autonomia sobre o seu corpo e o método escolhido, que melhor corresponda suas necessidades de concepção.

Ocorre que todas as violações a esses direitos se enquadram como violências do ramo obstétrico. Sendo assim, quando uma mulher é violada em seus direitos gestacionais, seja física, psicológica ou emocionalmente, ela está legitimada a buscar junto ao judiciário medidas capazes de repará-la em todos os danos sofridos.

No entanto, não é incomum a ausência de respaldo direcionado, utilizando de interpretações extensivas dos dispositivos jurídicos já existentes. Sendo assim, a discussão sobre o tema nasce a partir de problemáticas cruciais, quais sejam: as lacunas legislativas que tratem de forma específica, em âmbito federal, da violência obstétrica, bem como o cenário em que essas violências mais se manifestam, que são entre mulheres racializadas, em sua maioria de baixo poder aquisitivo.

Como foi retro mencionado, o arcabouço jurídico carece de normas particulares já aprovadas que tipifiquem a violência obstétrica como um crime com pena própria, ou, na esfera cível, como um delito com um grau de especificidade no seu enquadramento para possíveis danos civis. Diante disso, os principais problemas que se pretende responder ao longo do trabalho são: Quais são as dimensões da responsabilidade dos profissionais de saúde frente às práticas abusivas em obstetrícia? Como a intersecção entre gênero e raça pode modificar ou amplificar as condições de abuso? Qual a forma encontrada pelo judiciário para sanar as lacunas legislativas quanto ao tema e responsabilizar os agentes violadores dos direitos gestacionais?

Desse modo, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar, sob o viés de gênero e raça, como as violências estruturais e históricas contra a mulher se refletem atualmente nas violações aos seus direitos gestacionais e como se dá a regulamentação sobre a conduta transgressora e a responsabilização dos agentes que cometeram esses atos por parte da legislação vigente.

Ademais, possui como objetivos específicos: identificar o conceito de violência de gênero; demonstrar como as teorias de dominação de gênero refletem os abusos sofridos pelas mulheres na atualidade; analisar o conceito de violência obstétrica e as suas implicações físicas, psicológicas e emocionais na vida da gestante; identificar os marcadores de sociais capazes de amplificar essas violências para certos perfis de mulheres; averiguar como o poder judiciário brasileiro disciplina a violação aos direitos gestacionais da parturiente; identificar quais são os agentes responsáveis majoritariamente por essas violências; analisar se violência obstétrica tem tipificação própria na esfera.

A reflexão sobre o tema é essencial para que a sociedade entenda a proteção aos direitos da parturiente como fundamentais à dignidade da mulher. Ante a isso, observa-se também a necessidade de uma discussão mais acentuada sobre o assunto, haja vista que, mesmo sendo

identificada a importância dessa questão, a mulher, em sua condição de gestante, permanece sendo violada durante todo o seu ciclo gravídico.

Desse modo, é essencial trazer à baila o debate acerca das violências enfrentadas pela mulher durante toda a sua história e que se reflete também na gravidez e no de parto, com o controle sobre o seu corpo por meio do poder obstétrico. Explicar sobre as violações de direitos sofridas nesse processo proporciona o amplo acesso das gestantes e demais membros da sociedade à informação, e, conseqüentemente, possibilita o empoderamento das parturientes a partir do momento em que tomarão conhecimento dos seus direitos e saberão reivindicar um tratamento justo, digno e autônomo em suas escolhas reprodutivas.

Ademais, considerando as vulnerabilidades da mulher em seu período gestacional e o agravamento do caso, quando submetida às violências obstétricas das mais diversas ordens, é imprescindível que os agentes sociais estejam envolvidos nesses debates a fim de criar formas de amenizar tais violações. Além disso, também se faz importante a oferta de centros capazes de acolher e fornecer todo apoio emocional e físico, quando houver a violação desses direitos.

Diante do exposto, é possível notar que por ser um tema que envolve o direito fundamental à vida, gera muita repercussão e, por isso, precisa ser discutido em larga escala, uma vez que a falta de informação gera o desconhecimento. Portanto, tratar dos direitos gestacionais da mulher e as repercussões judiciais decorrentes de sua violação é essencial para a sociedade, pois é um assunto que remete a realidade vivida por milhares de mulheres que decidem engravidar, mas são surpreendidas durante todo o processo por incongruências que ferem seus direitos fundamentais.

No que tange a importância teórica, o referido tema apresenta discussões robustas e interseccionais acerca da necessidade de proteção aos direitos da parturiente, as implicações da sua violação à saúde e dignidade da mulher, bem como busca trazer um mapeamento dos padrões das vítimas mais afetadas pela violência e a análise da existência ou não de possíveis tipificações em esfera cível e criminal.

Ademais, visualizar esse tema sob uma ótica de jurídica em razão das transgressões aos direitos da mulher gestante gera a necessidade sanar as lacunas legislativas com a criação de regulamentação específica para os casos de responsabilização sobre o tema.

Em termos de metodologia, o presente trabalho se vale, predominantemente, de análise bibliográfica e da utilização de artigos, livros, doutrina, jurisprudência, monografias, periódicos (revistas), teses, entre outros. O tipo de pesquisa escolhida para abordar o tema foi a qualitativa, pois o objetivo do trabalho é observar, descrever, interpretar e compreender as questões que

giram em torno da violação aos direitos gestacionais da mulher e os reflexos das violências estruturais de gênero nesse processo.

O método utilizado é o método hipotético-dedutivo, pois se pretende desenvolver uma pesquisa partindo de hipóteses e utilizando-se de premissas verdadeiras, com base em livros, doutrina, jurisprudência, artigos, dispositivos legais, para que se possa chegar a uma conclusão.

Para melhor visualizar a estrutura no do trabalho, o segundo capítulo conta com a apresentação de conceitos introdutórios essenciais para a compreensão do tema, como a definição de vulnerabilidade e a maneira que se manifesta nos diferentes contextos sociais, de gênero, violência e violência de gênero, além de traçar um panorama histórico que relaciona a influência do patriarcado e das teses de dominação social com esse contexto de violações.

O terceiro capítulo explora as dimensões dos direitos fundamentais, destacando como as garantias das gestantes são protegidos pela Constituição, além disso, analisa o plano de parto sob a ótica desses direitos fundamentais, demonstrando a sua relevância. O capítulo também apresenta regulamentações do Ministério da Saúde que visam garantir a proteção durante todo o ciclo gravídico-puerperal, além de discutir um projeto de lei que busca ampliar as garantias e proteções para as gestantes.

O capítulo quatro põe em foco a estrutura da violência obstétrica, as suas diversas formas de manifestação, além de trazer um olhar sob a perspectiva da interseccionalidade de gênero e raça, como destaque para as a incidência dessas práticas abusivas de forma mais acentuada para algumas mulheres.

Por fim, nesse mesmo capítulo analisa-se como são disciplinados os aspectos da responsabilidade civil e penal dos profissionais de saúde bem como apresenta os projetos de lei que visam regular o tema.

2 VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A violência de gênero é intrinsecamente ligada a outras formas de opressão, como o racismo e o classismo, que se espalharam ao longo da história para sustentar e promover as ideologias patriarcais. Quando as crenças sobre o masculino e o feminino foram estabelecidas, surgiu um sistema de hierarquia baseado no gênero, posicionando o homem como detentor do poder e as mulheres, especialmente as negras e pobres, como fruto dessa dominação tornando-as ainda mais vulneráveis (Araújo, 2008).

Além disso, também é importante ressaltar o papel decisivo do processo de colonização no reforço das opressões referentes ao gênero visto que ao interseccionar essas questões, com fatores raciais e socioeconômicos, é possível notar que a colonização também submeteu os corpos femininos, principalmente os das mulheres negras e pardas, a um nível de precariedade ainda mais significativo, as sujeitando a inúmeras formas de opressão (Petra *et al.*, 2024, p.4).

Nesse aspecto, a biologização do corpo feminino acelerou a naturalização da desigualdade de gênero, permitindo a exploração e a violência em relação às mulheres que eram justificadas por sua natureza anatômica, como a violência doméstica e o assédio sexual, chegando à violência obstétrica. Ocasionalmente assim a desnaturação da autonomia do corpo da mulher para perpetuar um sistema de dominação (Petra *et al.*, 2024, p.4).

Para além das ideias já citadas, é importante fazer a intersecção com as noções de capas de vulnerabilidades e observar as suas repercussões no que tange as suas influências nos modos de violência que tem por base as perspectivas de raça e gênero.

2.1 BREVES NOTAS ACERCA DAS VULNERABILIDADES

Antes de perpassar os conceitos de vulnerabilidade, é importante estabelecer a sua relação com os princípios bioéticos e as influências que ele exerce nas relações das parturientes e as possíveis violações de direitos em decorrência de fatores sociais e de gênero.

O conceito de bioética, introduzido por Van Rensselaer Potter na década de 1970, mudou a forma como entendemos a relação entre ciência e ética, de modo que este novo conhecimento procura resolver problemas que colocam em risco a vida humana, combinando a biologia com o comportamento e as relações entre os indivíduos. Assim, a bioética está amplamente relacionada aos problemas da atualidade, e a relação entre as pessoas e o ambiente em que estão inseridos (Petra *et al.*, 2024, p.2-3).

A bioética funciona como um manual ético de sobrevivência, que ao se referir a temas como a eugenia, direitos reprodutivos e sexualidades, se conecta com as críticas feitas pelos grupos marginalizados dos anos 60, promovendo questionamentos de sua aplicação e de suas consequências sociais, principalmente para os mais vulneráveis, mostrando-se essencial entender como a conexão entre essas ideias são capazes de promover a justiça social e os meios para dirimir as desigualdades (Petra *et al.*, 2024, p.2-3).

Ademais, no que tange a relação bioética e a sua conexão com as noções de vulnerabilidades, as autoras Ana Thereza Meireles e Livia Alegria (2018, p.11) ressaltaram a importância Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos de 2005 e dos avanços representados por esse marco ao reconhecer a existência de diferentes tipos de vulnerabilidade, fazendo a distinção entre a ‘vulnerabilidade humana’, genérica e a vulnerabilidade de ‘indivíduos e grupos “particularmente vulneráveis” além de promover a ampla compreensão desse conceito.

As autoras compreendem a existência de dois grupos de vulnerabilidades, sendo um de forma primária e intrínseca a condição da vida humana em sua essencialidade, e a outra forma que é a secundária, que se relaciona com os fatores sociais e históricos, dissociados da condição de sua humanidade, que conduzem certas parcelas sociais a um maior nível de vulnerabilidade em comparação com outros (Araújo, Alegria, 2018, p.11).

Em razão da sua complexidade, os estudos que compreendem as vulnerabilidades precisam ser construídos levando em conta os mais diversos ramos do conhecimento, como a medicina, o direito, a filosofia, a psicologia, dentre outros, a fim de interrelacionar seus fundamentos para permitir conhecer as razões das vulnerabilidades nos mais diversos contextos de acordo com seus aspectos de objetividade e subjetividade (Araújo, *et al.*, 2022, p.115).

Nesse contexto, a vulnerabilidade envolve elementos subjetivos, considerando as características pessoais de cada grupo, suas interações e experiências sociais., que, para além de uma categorização simples, reflete as nuances das relações humanas e o impacto que elas podem ter, dependendo do contexto em que ocorrem (Araújo, *et al.*, 2022, p.116).

Além disso, outros autores defendem que a vulnerabilidade humana é um conceito complicado, composto por duas dimensões diretamente relacionadas, estando em primeiro lugar a sua natureza adjetiva, com ressalvas as diferenças decorrentes de questões particulares de cada indivíduo ou grupos, identificando aqueles que estão mais expostos a riscos e danos, e em segundo, o caráter subjetivo, em que confirma a vulnerabilidade como uma condição inerente à própria experiência humana e sujeita a afetar a todos, em algum sentido, em algum momentos da vida (Araújo, *et al.*, 2022, p.118).

Empregando a metáfora das camadas, a filósofa Florencia Luna propõe uma nova maneira de visualizar a vulnerabilidade, que, segundo ela, não pode ser vista como uma característica isolada, mas sim como um conjunto de fatores que se combinam de maneira singular em cada pessoa (Araújo, *et al.*, 2022, p.116).

Portanto, conforme o entendimento da metáfora das camadas é possível compreender a vulnerabilidade enquanto um aspecto complexo e que se fragmenta em múltiplas dimensões já que cada indivíduo carrega diferentes níveis de vulnerabilidade, que se expressam de diversas maneiras ao longo da vida e que estão diretamente associadas a uma variedade de fatores, como condições sociais, econômicas, culturais, de saúde, entre outras (Luna, 2008, p.7).

Para ilustrar a unicidade de cada camada de vulnerabilidades e a forma como interagem de modos diferentes em cada nicho social, a autora utiliza o exemplo pessoas de baixa renda, que, em razão da sua condição social mostram-se mais propensas as exposições de doenças, e, em mesmo sentido menciona também pessoas portadoras de deficiências, as quais se deparam com barreiras em relação a acessibilidade. Partindo dessas premissas, Luna ressalta que essas vulnerabilidades podem se relacionar uma com a outra, podendo um mesmo indivíduo ser alvo de mais de uma camada, ou, até mesmo, haver a sobreposição de em relação à outra (Luna, 2008, p.8).

Diante dessa reflexão, é possível constatar que pessoas vinculadas a um número vastos de grupos comumente marginalizados, a exemplo das mulheres negras, indígenas, pessoas da comunidade LGBTQIA+, estão predispostas a mais camadas de opressão e a enfrentar um nível maior de fragilidades em razão de diversos marcadores sociais como questões de gênero, raça, classe social e orientação sexual. (Luna, 2008, p.8).

Conforme menção anterior, por se tratar de um conceito abstrato, as vulnerabilidades podem se evidenciar de forma distintas em circunstâncias jurídicas diversas a cada grupo ou indivíduo alcançado por essas camadas de vulnerabilidade é essencial que haja uma análise de cada caso em específico para que se possa assegurar a proteção jurídica (Araújo, *et al.*, 2022, p.121).

Frente a isso é importante ponderar que as manifestações de vulnerabilidades estão condicionadas os diferentes contextos sociais em que se apresentam, de modo que uma pessoa pode ser vista como vulnerável em um determinado cenário, no entanto, essa mesma característica não ser suficiente para qualificá-lo enquanto vulnerável em outro situação, isso se dá em razão da associação da vulnerabilidade enquanto um produto da interação dos indivíduo com os ambientes em que estão expostos (Luna, 2008, p.8).

Além disso, é fundamental que seja assegurado a cada grupo vulnerabilizado a possibilidade de ver os seus direitos juridicamente tutelados de modo que seja capaz de promover a sua autonomia e funcione como um meio de superação das desigualdades sofridas (Araújo, *et al.*, 2022, p.121).

Nesse contexto, trazendo o olhar acerca das vulnerabilidades das mulheres grávidas, essas decorrem, principalmente, do próprio processo gestacional que, naturalmente, fragiliza a mulher devido a alterações hormonais e fisiológicas, fato que se intensifica quando são submetidas a práticas médicas violentas. Além disso, outra questão que corrobora com essa sistemática é o excesso de confiança depositada nos profissionais de saúde, somada à falta de conhecimento técnico sobre o parto, fato que as expõe a violências obstétricas que podem lhe causar danos físicos e emocionais irreparáveis (Pereira, Paiva, 2023, p.1391).

Por fim, para transformar a realidade, colocando a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos no centro das discussões, é necessário considerar a complexidade das relações humanas associando-as aos diversos marcadores sociais existentes, assim, a interseccionalidade enquanto abordagem, desempenha papel fundamental de revelar como o capitalismo, o racismo, o sexismo e outras formas de opressão se interligam se fundam na vida em sociedade, indicando as inúmeras barreiras que os indivíduos sujeitos a esses abusos enfrentam (Petra *et al.*, 2024, p.2-3).

Para melhor compreender a amplitude do assunto abordado e a forma como este se reverbera na sociedade e no sistema jurídico, torna-se imprescindível conhecer, a priori, conceitos basilares capazes de nortear parte considerável do estudo do recorte temático, como a definição de gênero, violência e violência de gênero.

2.1.1 Gênero

Inicialmente cabe destacar que a divisão social dos indivíduos consiste em classificá-los enquanto "homens" e "mulheres", de modo que o termo gênero pode ser entendido como um conceito capaz de explicar, baseando-se em crenças, costume e valores, a forma como foi construído historicamente esse modelo de segmentação da sociedade. Além disso, compreende-se ainda que a percepção desse termo transcende os aspectos definidos biologicamente, reconhecendo que a construção das noções de masculinidade e feminilidade não são características naturais, mas sim ideias moldadas culturalmente (Carvalho, 2004, p.1).

Ao longo dos anos foi atribuído ao conceito de gênero novas percepções e significados, especialmente, em razão do enorme crescimento da influência das teorias feministas em 1980,

as quais tinham por objetivo precípua demonstrar que as diferenças entre homens e mulheres não são naturais, mas sim construídas pela sociedade. Diante disso, é irrefutável que, apesar de as concepções sobre gênero derivarem de aprendizados e reproduções nos mais diversos meios sociais ao longo da vida adquirindo caráter de veracidade, não se pode considerar fatores biologicamente estabelecidos como determinantes de quem somos, dos comportamentos que transmitimos, tampouco dos papéis sociais atribuídos aos sujeitos tidos como machos e fêmeas (Carvalho, 2004, p.1).

Nesse sentido, Joan Scott (2017, p.86) define o gênero como “um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre o sexo, sendo o gênero uma forma primeira de significar as relações de poder”. Sob esse prisma, há um fortalecimento da ideia de gênero enquanto objeto de construção social que ultrapassa as noções biológicas e dos limitantes binários, sendo produto das construções e interações sociais.

Judith Butler (2018, p.21) também contribui para o debate ao destacar a importância de diferenciar a concepção de sexo e gênero, ressaltando que essa distinção surge com o objetivo de comprovar que as variáveis biológicas não são capazes de determinar o padrão de vida ou o destino de um indivíduo. Assim, essas diferenças reforçam a tese de que, embora o sexo pareça imutável do ponto de vista biológico, o gênero é construído culturalmente, fato que o torna diferente do sexo em termos de origem e flexibilidade.

Isto posto, ao invés de considerar o gênero como uma consequência direta do sexo biológico, podemos compreendê-lo como uma construção social moldada por diversas influências culturais. Diante desse entendimento podemos reconhecer também que as identidades de gênero não são inatas ao ser, mas sim produtos da interação entre o indivíduo e o meio em que vive e que a construção social do gênero se manifesta através de normas, valores, expectativas e comportamentos que variam de acordo com o contexto histórico e cultural (Butler, 2018, p.21).

Pierre Bourdieu (2012, p.23), por sua vez, em seu livro “dominação masculina”, definiu gênero como o compilado de compreensões advindas de estruturas que tem por principal intuito impor a dominação simbólica nas relações, sobrepondo a figura masculina sobre a feminina, de modo que "o princípio masculino é tomado como medida de todas as coisas". Partindo dessa premissa, o referido autor entende que a maneira como a sociedade visualiza o corpo é a partir de uma manifestação sexuada a qual é regida por princípios de visão e divisão dos sexos, e, esse sistema de percepção se revela em todas as relações constituídas mundialmente, inclusive, no nosso próprio corpo, ainda que na realidade biológica (Bourdieu, 2012, p.18- 20).

Desse modo, o corpo é a base fundamental da diferença entre os sexos biológicos, sustentando-se, principalmente, no argumento em relação a anatomia dos órgãos sexuais, que são frequentemente utilizadas como justificativa natural para as disparidades socialmente estabelecidas entre gêneros configurando-os conforme uma visão idealizada do mundo, sendo esta responsável por reforçar a perspectiva dominadora masculina sobre os corpos femininos, algo que pode ser exemplificado na forma como se organiza socialmente a divisão do trabalho e da socialização nos diferentes contextos (Bourdieu, 2012, p.18- 20).

Por fim, diante dessa lógica, os autores Saffioti e Almeida (1995, p.15), tecem críticas no que tange a divisão dos papéis sociais, críticas essas que se baseiam, unicamente, na lógica da complementaridade, a qual compreende a mulher enquanto ser adicional ao homem, fator que reforça a ótica da falocracia, e a ideia de que a mulher nasceu para assumir os papéis rejeitados pelo homem já que isso é tudo que as resta.

Diante de tudo quanto exposto, não há como estudar as noções de gênero e todo seu processo de dominação sem perpassar os conceitos de violência visto que a discussão sobre gênero se torna incompleta sem a análise da violência que a acompanha.

2.1.2 Violência

Inicialmente é importante destacar que de acordo com Cybele Crossetti de Almeida (2018, p.21), a violência, é um fenômeno multiforme que repercute em sua forma física, verbal ou psicológica sendo, portanto, um problema universal que se dissemina ao longo da humanidade e uma realidade cruel que não se limita ao reino humano, mas também se manifesta no mundo animal.

Nessa perspectiva, assim como entre os humanos, essa violência animal muitas vezes tem raiz na incessante busca pelo poder e na ambição de impor a própria vontade sobre a dos demais indivíduos, expressando-se num cenário em que o mais forte e dominante assume o controle, subjugando os mais fracos ao seu domínio em uma luta pela sobrevivência e para assumir o controle (Almeida, 2018, p.21).

No âmbito da sociologia clássica, os conceitos e estudos acerca da violência se entrelaçam com os princípios de controle social e do papel estatal. Sob essa ótica, o Estado assume o papel de agente central de controle, detendo o poder legítimo de exercer a violência para reprimir distúrbios sociais e defender a propriedade privada (Bandeira, 2014, p.450).

Amparados pela teoria do Estado, esses estudos sobre a violência revelam uma frequente negligência na análise de outras formas de suas manifestações, principalmente, no que diz

respeito as relações interpessoais cotidianas, denominadas como “violência interpessoal”. Essa forma de violação é marcada pelos desequilíbrios de poder, comumente observados nas relações entre homens e mulheres, tanto na esfera privada quanto na pública, ademais, o marco de conexão entre violência e o os aspectos de gênero ganharam força sob a inspiração das demandas e reivindicações vindas do movimento feminista (Bandeira, 2014, p.450).

Conforme entendimento de Maria Cecília Minayo e Edinilsa de Souza (1998, p.514) a violência, em suas variadas formas, se configura como um objeto de estudo polissêmico e controverso, gerando diversas teorias que se manifestam, singularmente, com suas lentes e perspectivas. Assim sendo, cabe definir violência como um conjunto de ações humanas, realizada por indivíduos, grupos, classes e nações, capazes de causar a morte ou ferir a integridade física, moral, mental ou espiritual de outros.

Nesta senda, a Organização Mundial de Saúde define que violência representa o uso direcionado da força física ou do poder, de forma real ou por meio de ameaça, contra grupos, comunidades, outros ou a si mesmo, que, ou venha a resultar, ou seja provável que resulte em trauma, morte, dano psicológico, desenvolvimento deficiente ou privação. Logo, a violência envolve a intencionalidade, independente de quais sejam os seus resultados (OMS, 2002, p.5).

Já na concepção de Saffioti (2015, p.18), a violência é a ruptura de qualquer forma de integridade da vítima, seja ela física, psíquica, sexual ou moral. Destarte, é importante salientar que, entre essas categorias, apenas a integridade psíquica e moral transcende o plano material, no entanto, quando levadas ao extremo, estas podem resultar em consequências físicas palpáveis, um exemplo disso é a trágica tortura por motivos políticos ou no cárcere privado, em que a vítima é isolada de qualquer contato humano e acesso à informação, levando-a à loucura, o que demonstra que, nesses casos, a violência psíquica se manifestou de forma concreta e inegável.

A violência enquanto conceito é amplamente estudado em suas diversas manifestações e para sua melhor compreensão foram desenvolvidas teorias. Esse primeiro grupo que teoriza a violência a compreende como um fenômeno atemporal, universal e que não está atrelada a classe social ou períodos históricos específicos, mas a entende como instrumento de análise e compreensão da sociedade e das relações sociais, sendo um fator inato às experiências humanas (Minayo, Souza, 1998, p.515).

Uma segunda parcela de estudiosos das teorias põe como foco de suas pesquisas as raízes sociais da violência, de modo a defini-la como resultado dos efeitos disruptivos das mudanças sociais aceleradas, a exemplo de fenômenos como a industrialização e a urbanização. Cabe destacar que o referido entendimento é resultado da análise de uma das principais

correntes desse segundo grupo. Por fim, a terceira teoria compreende a violência como um fenômeno de sobrevivência criado pelas camadas mais pobres da sociedade impulsionados pelas desigualdades decorrentes do sistema capitalista, deixando claro como a marginalização desses grupos fomentam a ação violenta (Minayo, Souza, 1998, p.518).

Partindo dessas premissas, a violência enquanto problema social perpassa por diversas classes sociais, raças, mas, no que tange ao gênero, o maior nível de incidência, indubitavelmente é contra mulheres, ocasionando, portanto, a violência de gênero.

2.1.3 Violência de gênero

A violência contra a mulher se ergue como um dos pilares mais antigos e persistentes da desigualdade entre os gêneros, tornando evidente os aspectos que correlacionam a ideia de poder e violência. Essa realidade, infelizmente, não é novidade visto que, desde as origens da humanidade a estreita relação entre poder e violência se faz presente, inclusive, na própria definição de Estado o qual figura como entidade detentora do monopólio de controle legítimo (Almeida, 2018, p.21).

No final da década de 1970, os homicídios contra mulheres praticados por seus cônjuges, ex-cônjuges ou companheiros, majoritariamente nas camadas de classe média, pautavam-se no argumento da legítima defesa da honra, fato que gerou notoriedade na mídia e entre as autoridades, e, frente a isso, o movimento feminista impulsionou às mobilizações e passou a exigir políticas públicas para o enfrentamento da violência contra a mulher (Bandeira, 2014, p.456).

Ainda nos dias atuais, lamentavelmente, as manifestações de feminicídio seguem ocorrendo e se intensificando, e, apesar de já não existir mais a tipificação dos crimes contra a honra, illogicamente, as motivações formais que mantêm a existência da violência de gênero permanecem praticamente inalteradas, centrando-se na ideia de que a mulher, por estar envolvida com outras atividades da vida, não cumpre adequadamente seus papéis de mãe, dona de casa e esposa, desonrando assim o papel social que lhe foi atribuída (Bandeira, 2014, p.456).

Diante disso, é possível compreender que a violência de gênero está diretamente ligada a relações de poder desequilibradas, entrelaçadas às categorias de gênero, classe e raça/etnia as quais se manifestam como uma forma específica de violência global, amparada pela ordem patriarcal, e, a partir dessa estrutura, aos homens é concedido o poder de dominar e controlar as mulheres, inclusive através da violência (Araújo, 2008).

A partir dessas premissas são estabelecidas as bases do patriarcado, o qual se configura como um pilar fundamental para reprodução da violência de gênero, tendo em vista que, ao ditar as normas e valores socialmente estabelecidos, ele funciona como um legitimador das desigualdades e todas as formas de dominação masculina, internalizadas por ambos os sexos, refletindo, portanto, a noção de superioridade masculina (Araújo, 2008).

No Brasil, a violência ainda é bem presente sobre a vida de milhões de meninas e mulheres. Segundo dados disponibilizados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, a pesquisa "Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil", de 2023, demonstrou que quase 30% das mulheres brasileiras foram vítimas de algum tipo de violência ou agressão no ano de 2022, já em sua quarta edição, realizada em 2023, a pesquisa revela um cenário alarmante o que evidencia o aumento substancial das violações contra mulheres no país, rompendo com a estabilidade observada nas três primeiras edições, realizadas a cada dois anos desde 2017 (IPEA, 2023, p.41).

Apesar dos números preocupantes que revelam a gravíssima realidade da violência contra a mulher no Brasil, ainda há um desconhecimento sobre a magnitude desse problema. Além disso, é possível notar que ocorrem falhas reiteradas por parte dos governos na tentativa de realização de pesquisas nacionais abrangentes e confiáveis, utilizando-se de pesquisa domiciliar com metodologia robusta, amostragem aleatória e os requisitos técnicos adequados para garantir a veracidade das respostas sobre a violência de gênero (IPEA, 2023, p.41).

Em termos de conceituação sobre o tema, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher de 1994, em seu artigo 1º, entende por violência contra 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.”.

Em seu artigo 2º esta mesma convenção diz que a violência contra a mulher compreende todo ato de violação física, psíquica e emocional contra a mulher em seu âmbito doméstico, quando esta cultiva qualquer relação com o agressor, no aspecto social, cometida por qualquer pessoa ou produzida ou tolerada pelo Estado por seus agentes representantes.

De acordo com a definição de Sardenberg e Tavares (2016, p.9), a violência de gênero refere-se a qualquer forma de violência seja ela física, simbólica ou social baseada na organização social, direcionada aos indivíduos em razão do sexo, identidade de gênero ou orientação sexual, desse modo, ela pode afetar tanto homens quanto mulheres, como observado nos casos de violência contra indivíduos da comunidade LGBTQIA+, que frequentemente sofrem diversos tipos de violações em sua existência.

No entanto, historicamente, é a violência masculina contra as mulheres que tem tido maior destaque, especialmente por meio de agressões doméstica e ela não apenas reflete a estrutura social de gênero nas sociedades contemporâneas, mas também atua como um elemento fundamental na constituição dessas sociedades (Sardenberg, Tavares, 2016, p.9).

A violência de gênero, infelizmente, não se limita aos atos físicos brutais, ela também se manifesta de forma sutil com base nos entendimentos culturais enraizados e reproduzidos ao longo da história que se exteriorizam através de comportamentos despercebidos que aprendemos. Desse modo, é notório que essas condutas violentas se perpetuam em diversas instituições sociais e cada uma delas, à sua maneira, contribui para a opressão masculina sobre a feminina e para a manutenção de estereótipos e desigualdades (Gomes; Balestero; Rosa, 2016, p.13).

Saffioti (2015, p.74-75) reconhece que embora seja um termo que abrangente, cada uma de suas manifestações possuem características e impactos específicos que merecem atenção individualizada, ou seja, ao invés de simplesmente agrupar todas as violências sob um único rótulo, o autor se dedica a destacar as particularidades de cada tipo.

Assim, a opressão numa perspectiva de gênero se configura como um conjunto de atos que visam subjugar mulheres, causando sofrimento físico, sexual e psicológico, incluindo ameaças, e essas violências se caracterizam pela imposição do controle masculino sobre o feminino (Saffioti, 2015, p.74).

Nesse sentido, pesquisas feministas acerca do assunto identificam que embora existam múltiplos fatores que corroboram com o cenário violentador, o patriarcado, e conseqüentemente a posição de dominação masculina, são tidos como principais pilares dessa problemática. Contudo, vale destacar que estes, analisados isoladamente, não seriam explicações suficientes para a violência contra a mulher, mas atrelado a todos os demais fatores, eles são os que se mostram mais evidentes (Bandeira,2014, p.457).

Diante disso, faz-se necessário, mais uma vez, frisar que a violência de gênero não é um fenômeno atual ou que surgiu do nada, contudo, para que se estabelecesse na sociedade e apresentasse suas infelizes manifestações, precisou de bases histórica para a sua construção.

2.2 ESTRUTURA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Violência de gênero, apesar de ser um termo novo, que teve notoriedade e discussões acentuadas de forma mais recente, é um tipo de agressão que vem se manifestando negativamente sobre a vida de milhares de mulheres e meninas ao longo da história, deixando

rastros destruidores, sobretudo, como elucidado acima, pela noção de gênero estabelecida socialmente, e, conseqüentemente, o estabelecimento dos papéis sociais que foram atribuídos a figura masculina e feminina.

Isso se dá, principalmente, pela forma em que foi constituída a sociedade, com base nas noções do patriarcado e da sobreposição dos homens em detrimento das mulheres.

2.2.1 Formação patriarcal da sociedade

Conforme breves menções anteriores, a violência de gênero, não está restrita a fronteiras culturais ou a níveis de desenvolvimento, ela pode se manifestar em graus variados e permeia os diversos modos de vida de diferentes grupos étnicos ao redor do mundo e está arraigado em comportamentos aprendidos ao longo da história. Ante a isso, é importante destacar que um dos fatores contribuintes para a difusão dessas ideias são as instituições sociais, tais como igrejas, escolas, famílias e o próprio Estado que, muitas vezes, serve como plataforma para a reprodução dessas opressões (Gomes; Balestero; Rosa, 2016, p.13).

No início da formação das sociedades estas se organizavam sob a égide da cultura da coleta e da caça de pequenos animais, nesse contexto as mulheres, em razão da sua capacidade de gerar, eram veneradas como seres sagrados e detinham um lugar central na comunidade por sua capacidade de cuidar da terra e dos animais, havendo uma divisão harmoniosa de trabalho e governo entre homens e mulheres, as quais ainda não possuíam as manchas de desigualdade (Burckhart, 2017, p.207).

Pioneiros na investigação das sociedades antigas, Morgam, Bachofen e Engels propuseram as primeiras noções acerca da construção de uma sociedade matriarcal, a qual tinha a mulher como figura principal e de acordo com o entendimento levantado por esses estudiosos, antes da dominação de classe, as mulheres teriam ocupado uma posição de poder central (Gomes; Balestero; Rosa, 2016, p.13).

Em contraste a essas ideias, os entendimentos de Marx propõem que o surgimento do poder e a divisão em classes sociais são as raízes da dominação, de modo que a exploração econômica anda de mãos dadas com a opressão de gênero, criando um sistema cheio de injustiças e desigualdades que se conectam (Gomes; Balestero; Rosa, 2016, p.13).

Diante disso, surge a necessidade de identificar como se deu a formação do sistema social falocêntrico, que, em seus primórdios, se manifestou como um sistema arcaico, tendo como base fundamental a família patriarcal, mas, com o passar do tempo, esse cenário serviu

como palco para a incessante reprodução de regras e valores, capazes de moldar a sociedade de forma profunda (Lerner, 2019, p.289-290).

Simone Beauvoir (2009, p.78), em sua obra “Segundo sexo”, também estabelece um breve panorama acerca da evolução do sistema patriarcal, retomando aos tempos pré-históricos, quando a terra era considerada um bem comum de todos os membros do clã, e as atividades agrícolas eram realizadas predominantemente pelas mulheres. Dito isso, enquanto o homem se dedicava à caça e à pesca, a mulher tinha como função os cuidados com o lar e a agricultura simples, e, nessa divisão primitiva do trabalho, os dois sexos já formavam, de certa forma, duas classes distintas, no entanto, havia igualdade entre elas.

Contudo, com o advento da metalurgia e da charrua, a agricultura se expandiu consideravelmente, havendo a necessidade de um trabalho árduo de desmatamento e preparação do solo para o cultivo, ante a isso, para suprir essa demanda por mão de obra, houve a dominação dos homens por meio da escravidão, e, decorrente desse processo, o surgimento da propriedade privada. Nesse cenário, a figura masculina, detentora de escravos e da terra, também se apropriou da mulher, utilizando de todo o seu poder social dentro do seu lar para subjugar suas companheiras e demais mulheres do seu contexto (Beauvoir, 2009, p.78).

Esse episódio representa a grande derrota do gênero feminino, tendo em vista que, a alteração na distribuição das tarefas, ocasionada pela criação de novas ferramentas, é a raiz dessa inversão de papéis, e, a partir disso, a mesma causa que antes concedia à mulher sua autoridade doméstica, agora garantia a supremacia do homem. Nesse contexto há a substituição da autoridade da mãe pela do pai, além da modificação do modelo de transmissão de bens, que antes era feita da mulher para o seu grupo, sendo agora realizada de pai para filho, marcando assim o surgimento da família patriarcal, fundamentada na propriedade privada (Beauvoir, 2009, p.78-79).

Cabe salientar que as definições de gênero vigentes nesse período tiveram um impacto significativo na formação do Estado de modo que a figura masculina era vista como detentora do poder e da autoridade, enquanto a mulher ocupava uma posição subordinada, dessa forma, a assimetria de poder exerceu enorme influência sobre diversas esferas da vida social, organização política, econômica e jurídica (Lerner, 2019, p.289-290).

Ademais, a formação do patriarcado está diretamente relacionada com as ideias do sociólogo Max Weber no que tange a dominação, que é definida por ele como uma realidade concreta em que os dominadores impõem as suas vontades aos dominados que as aceita como se fossem produto de sua própria escolha (Weber, 1991, p.190).

De acordo com Saffiotti (2015, p.63), há estudos que visam traçar com mais precisão o período em que as bases patriarcais se instalaram na sociedade, remontando ao ano 3100 a.C. como data de início, e sua efetiva consolidação em 600 a.C. Diante do exposto é notório que esse sistema de dominação tem bases sólidas e é uma estrutura social que se configura como um caso singular nas relações de gênero por se tratar de um sistema de dominação masculina profundamente arraigado historicamente, e que se manifesta de diversas formas, incluindo violências, discriminações, separações e inferiorizações, perpassando todas as esferas sociais (Gimenez, Hahn, 2018, p.4).

O ambiente doméstico é um dos locais onde essa forma de poder se manifesta de modo mais evidente, no entanto, o princípio para que essas relações de força sejam mantidas, tanto materialmente quanto de forma simbólica, são aprendidas e internalizadas em instituições como a Igreja, escola ou até mesmo pelo próprio Estado e suas ações políticas, podendo se apresentar por meio de ensinamentos mais evidentes ou sugestões mais sutis (Bourdieu, 2012, p.138).

O trabalho de reprodução esteve garantido, até época recente, por três instâncias principais, a Família, a Igreja e a Escola, que, objetivamente orquestradas, tinham em comum o fato de agirem sobre as estruturas inconscientes. É, sem dúvida, a família que cabe o papel principal na reprodução da dominação e da visão masculinas; é na família que se impõe a experiência precoce da divisão sexual do trabalho e da representação legítima dessa divisão, garantida pelo direito e inscrita na linguagem. Quanto à Igreja, marcada pelo antifeminismo profundo... ela inculca (ou inculcava) explicitamente uma moral familiarista, completamente dominada pelos valores patriarcais e principalmente pelo dogma da inata inferioridade das mulheres... Por fim, a Escola, mesmo quando já liberta da tutela da Igreja, continua a transmitir os pressupostos da representação patriarcal (baseada na homologia entre a relação homem/mulher e a relação adulto/criança) e, sobretudo, talvez, os que estão inscritos em suas próprias estruturas hierárquicas, todas sexualmente conotadas, entre as diferentes faculdades, entre as disciplinas ('moles ou duras) entre as especialidades, isto é, entre as maneiras de ser e as maneiras de ver, de se ver, de se representarem as próprias aptidões e inclinações (Bourdieu, 2012, p. 103).

Nesse sentido Bourdieu defende ainda que o Estado também desempenhou um papel fundamental para ratificar e fortalecer as normas e proibições do patriarcado privado, agregando um patriarcado público, presente em todas as instituições responsáveis pela gestão e regulamentos na vida cotidiana das famílias (Bourdieu, 2012, p.105-106).

A família patriarcal, possui uma notável capacidade de adaptação, assumindo assim formas distintas ao longo da história e em diferentes culturas. No oriente ela se manifestava por meio de comportamentos poligâmicos e reclusão das mulheres nos haréns, já na antiguidade clássica e em seu desenvolvimento europeu, a monogamia tornou-se norma, contudo, ambos os padrões sexuais, que colocavam a mulher em desvantagem, permanecem em vigor (Lerner, 2019, p.295-296).

Nos países industrializados modernos como os Estados Unidos, as relações económicas dentro das famílias estão a tornar-se cada vez mais igualitárias, o que contrasta fortemente com o poder absoluto do pai no passado. Apesar dessas mudanças internas, a dominação masculina persiste como um pilar inabalável nas mais diversas instituições sociais e governamentais, e, mesmo diante da sua adaptabilidade ela segue sendo um fator determinante para a perpetuação das desigualdades de gênero, mesmo quando assume novas faces (Lerner, 2019, p.295-296).

Logo, é possível compreender que a subordinação feminina, triste realidade em diversos momentos históricos, é sustentada por um sistema complexo constituído por valores particulares, transmitidos e repetidos de forma inconsciente, que alimentam essa engrenagem opressora, muitas vezes com objetivos velados (Gomes; Balestero; Rosa, 2016, p.13).

Fator importante a se destacar é que o patriarcado só consegue funcionar com a cooperação das mulheres, e essa cooperação é garantida de várias maneiras, dentre elas está a doutrinação de gênero, a falta de acesso à educação, negação às mulheres do conhecimento de sua própria história, divisão entre as mulheres baseada na noções de "respeitabilidade" e "desvio" conforme suas atividades sexuais, através da discriminação no acesso aos recursos econômicos e ao poder político e pela concessão de privilégios de classe às mulheres que obedecem (Lerner, 2019, p.296).

Por fim, cabe mencionar que as ideias difundidas na formação patriarcal da sociedade foram determinantes para a construção da imagem da mulher na sociedade impondo uma visão única e estereotipada da feminilidade e moldando-a em um papel submisso e limitado.

2.2.2 Imagem construída para a mulher: algumas notas

Em tempos passados, a sociedade era regida por uma visão patriarcal rígida, em que o papel das mulheres era cuidadosamente delimitado, tendo como crença predominante a maternidade, o casamento e a dedicação ao lar como destinos naturais do sexo feminino. À vista disso, essas coisas eram consideradas a essência da feminilidade, havendo ainda a falsa noção de que as mulheres não possuíam história ou capacidade de contestação, enquanto a iniciativa, participação no mercado de trabalho, força e espírito aventureiro eram características atreladas a figura masculina (Pinsky, 2015, p.609-610).

Nos anúncios dos anos 50 e início dos anos 60, as mulheres eram representadas como a "moça prendada moderna", uma figura que conciliava a dedicação ao lar, aos filhos e ao marido com a beleza impecável. Essa imagem idealizada exigia que as mulheres estivessem sempre preparadas para atender às demandas da casa, desde a limpeza e organização até a preparação

das refeições e como forma de auxílio nesse árduo trabalho, a indústria oferecia diversos eletrodomésticos inovadores que prometiam facilitar nas tarefas domésticas e liberar tempo para que se dedicassem ainda aos cuidados com a aparência, atribuindo uma mensagem clara: a mulher moderna deveria estar sempre bela e atraente, mesmo após um dia inteiro de trabalho doméstico (Miguel, 2008, p.4).

A família, no século XIX considerada como a base da sociedade, era estruturada de forma hierárquica e patriarcal, sendo os homens os detentores da autoridade e do poder, e os responsáveis pelo sustento do lar, nesse cenário, a parceira ideal era definida com base nos papéis tradicionais que desempenhava, como cuidar da casa, dos filhos e do marido. Essa visão de mundo era reforçada pela moral dominante, em que as mulheres eram vistas como seres puros e frágeis, que precisavam ser protegidas pelos homens, resultando, portanto, numa estrutura familiar prejudicial as suas vivências, já que não tinham autonomia sobre suas vidas e eram submetidas à vontade dos maridos (Pinsky, 2015, p.608-609).

Há de se considerar também a enorme influência do cristianismo dentro desse contexto, conforme bem leciona Simone de Beauvoir (2009, p.121):

A ideologia cristã não contribuiu pouco para a opressão da mulher. Há, talvez, no Evangelho um sopro de caridade que se estende tanto às mulheres como aos leprosos; são os pequenos, os escravos e as mulheres que se apegam mais apaixonadamente à nova lei. Logo no início do cristianismo, eram as mulheres, quando se submetiam ao jugo da Igreja, relativamente honradas; testemunhavam como mártires ao lado dos homens; não podiam, entretanto, tomar parte no culto senão a título secundário; as “diaconisas” só eram autorizadas a realizar tarefas laicas: cuidados aos doentes, socorros aos indigentes. E se o casamento é encarado como uma instituição que exige fidelidade recíproca, parece evidente que a esposa deve ser totalmente subordinada ao esposo: com São Paulo afirma-se a tradição judaica ferozmente antifeminista. São Paulo exige das mulheres discricção e modéstia; baseia, no Antigo e no Novo Testamento, o princípio da subordinação da mulher ao homem. “O homem não foi tirado da mulher, e sim a mulher do homem; e o homem não foi criado para a mulher, e sim esta para o homem.” E ainda: “Assim como a Igreja é submetida a Cristo, em todas as coisas submetam-se as mulheres a seus maridos.” Numa religião em que a carne é maldita, a mulher se apresenta como a mais temível tentação do demônio. Tertuliano escreve: “Mulher, és a porta do diabo. Persuadiste aquele que o diabo não ousava atacar de frente. É por tua causa que o filho de Deus teve de morrer; deverias andar sempre vestida de luto e de andrajos.

Essa perspectiva da época colocava o homem branco europeu, burguês e colonial como o centro da sociedade o considerado como um ser racional, civilizado e que detinha influência de decisão na vida pública e no governo, já a mulher branca europeia burguesa era vista como reprodutora da raça e do capital, devendo manter sua pureza sexual, passividade e submissão ao homem branco, ficando restrita ao lar. Desse modo, essa visão reforçava as desigualdades de gênero e raça, limitando as mulheres a um papel submisso e sem autonomia (Lugones, 2014, p.936).

A primeira função social das mulheres, definida pelo gênero, era ser moeda de troca em casamentos arranjados, já aos homens cabia o papel de executor da troca ou de quem definia os termos do acordo. Outro papel muito comum era o de esposa "substituta", frequente entre mulheres de elite que, nessa posição, possuíam alguns privilégios, mas precisavam se associar a um homem de poder e cumprir deveres sexuais e reprodutivos exigidos, de maneira que, se não atendessem às expectativas, eram facilmente substituídas, perdendo todo o seu status (Lerner, 2019, p.292).

Considerando todas essas pontuações, resta evidente que os limites impostos à feminilidade eram, na verdade, construções sociais artificiais e limitantes que, por meio da comparação com os papéis masculinos, torna-se ainda mais claro que a "natureza social" de ambos os sexos é fluida e está em constante transformação, não justificando, portanto, as definições rígidas de papéis, imagem, identidade e códigos de comportamento feminino, haja vista que estas são fruto de um constante confronto entre os valores dominantes, que muitas vezes perpetuam a desigualdade, e os anseios de mudança por parte das mulheres, que lutam por uma sociedade mais justa e igualitária (Giulani, 2004, p.543).

Além disso, as teorias tradicionalistas demonstram que a dominação masculina é uma manifestação natural e universal, que se baseia em termos religiosos que preveem a submissão feminina sob a justificativa de ser assim por instituição divina. Essa teoria foca, principalmente, na reprodução e na maternidade como a essência da feminilidade rotulando como desviantes as que não seguem esse caminho, de modo que é perceptível aqui a desconsideração das funções femininas em outros âmbitos da sociedade (Lerner, 2019, p.39).

Ademais, essas teorias perpetuam também o pensamento acerca da divisão sexual do trabalho baseada em diferenças biológicas, que limitada e ignora as diversas possibilidades de realização feminina e reforça estereótipos prejudiciais (Lerner, 2019, p.39). Ademais, para além das teorias já comentadas, existem as de dominação de gênero que, unidas, são responsáveis por grande parte das noções de violência de gênero estabelecidas atualmente, e, ao analisar o papel de instituições sociais, fatores históricos e biológicos, revelam como essas estruturas reforçam os padrões de desigualdade e legitimam a violência contra as mulheres.

2.3 REFLEXOS DAS TEORIAS DE DOMINAÇÃO GÊNERO NAS VIOLÊNCIAS ATUALMENTE SOFRIDAS PELA MULHER NO PARTO

As teorias de dominação de gênero tiveram forte influência nos mais diversos cenários sociais, sendo elas essenciais para compreender a forma como a sociedade se organiza e,

sobretudo, os argumentos utilizados como forma de justificar a dominação masculina sobre os corpos femininos e como isso é levado ao momento do parto.

2.3.1 Tese do Matriarcado

Inicialmente é necessário fazer a distinção de conceitos basilares para a compreensão do tema, quais sejam: matrilinearidade e matrifocalidade, termos que, embora possam soar semelhantes, carregam distinções importantes. A matrilinearidade define a organização social em que a linhagem e a herança são traçadas através da linha materna, já a matrifocalidade se refere à estrutura familiar na qual a mãe assume o papel central, enquanto o pai ocupa uma posição secundária ou, em alguns casos, está ausente. É valioso destacar que na matrifocalidade, a centralidade da mãe não implica na ausência de poder paterno, aqui, pais e mães compartilham os espaços de poder e responsabilidades na criação dos filhos, e a distinção reside na figura materna ter um papel mais proeminente na organização familiar e social (Té, 2021, p.14).

Desse modo, em sociedades matrilineares, as mulheres assumem papéis múltiplos, com sua produtividade e capacidade reprodutiva voltadas para seus clãs de origem, mesmo após o casamento. Contudo, apesar da linhagem ser definida pela matrilinearidade, alguns estudos indicam que o poder real das mulheres nesses sistemas é limitado, sendo muitas vezes simbólico e sem influência concreta na esfera do poder formal, dominada pelos homens (Yusuf, 2003, p.14).

Historicamente o matriarcado foi um sistema de sociedade que se mostrou eficiente e trouxe importantes contribuições para a evolução da sociedade, e três historiadores se destacaram na escrita sobre o tema, sendo eles: Bachofen, Morgan e Engels. A teoria de Bachofen sustentou-se na premissa de que no início dos tempos a humanidade vivia em um estado de barbárie e promiscuidade, conhecido como afroditismo ou promiscuidade afrodita, de modo que, nesse período as relações sexuais eram livres e a linhagem uterina era a única forma de determinar a filiação, pois a paternidade era incerta já que o casamento não existia como instituição social limitadora dessas relações (Diop, 2014, p.13).

Como resultado do afroditismo, surge a segunda era, denominada ginecocracia ou matriarcado e aqui nessa fase o casamento se estabelece, mas a mulher assume um papel central na sociedade, detendo o poder e a linhagem uterina que ainda define a filiação. Já a terceira etapa da história é marcada por uma profunda transformação social, o patriarcado, que representa um estado de elevação da estrutura social, e se caracteriza com hegemonismo masculino que substitui a figura central feminina das fases anteriores, havendo aqui também a

existência de um novo modelo de casamento, em que o homem é o responsável pela gestão familiar e a mulher aos poucos vai restringindo as suas atividades a atividade doméstica e de criação de filhos (Diop, 2014, p.13-14).

A tese de Morgan, embora tenha trilhado diferentes caminhos da de Bachofen, convergiram para uma conclusão similar: a existência de um período histórico marcado pelo matriarcado e pela filiação uterina, tendo este se inspirado no sistema de parentesco dos índios iroqueses do estado de Nova York para tecer sua teoria e, através dessa análise, propôs a existência de fases primitivas na organização familiar humana, culminando no matriarcado (Diop, 2014, p.16).

Em sua análise Morgan propôs uma jornada através da história da família, identificando quatro tipos distintos que se sucederam ao longo do tempo, sendo o primeiro em um período marcado pela promiscuidade primitiva, resultando na família consanguínea, nessa estrutura, o casamento era proibido apenas entre pais e filhos, abrindo espaço para uniões entre todos os homens e mulheres de uma mesma geração, inclusive irmãos e irmãs. O segundo tipo de família era marcado pela presença pela reflexão acerca do desequilíbrio social ocasionado pela união entre irmãos, de modo que, a partir desse novo sistema as mulheres e homens de uma família só se casariam com irmãos/irmãs e primos/primas, advindos do estrangeiro, chamados de “punaluana” (Diop, 2014, p.17).

Nesse sentido, os estudos de Engels (1884, p.55) se inspiram nas ideias de Morgan:

Se o primeiro avanço da organização consistiu em excluir pai/mãe e filhos/filhas da relação sexual recíproca, o segundo consistiu na exclusão de irmã e irmão. Por causa da maior igualdade etária dos implicados, esse avanço foi infinitamente mais importante, mas também muito mais difícil do que o primeiro. Ele se consumou aos poucos, começando provavelmente [j] com a exclusão dos irmãos biológicos (isto é, os do lado materno) da relação sexual, primeiro em casos isolados e, gradativamente, tornando-se a regra (no Haváí houve exceções ainda neste século), terminando com a proibição do casamento até entre irmãos colaterais, isto é, de acordo com a nossa nomenclatura, filhos e filhas de irmãos e irmãs, netos/netas e bisnetos/bisnetas de irmãos e irmãs; segundo Morgan, esse avanço constitui “uma excelente ilustração de como atua o princípio da seleção natural.

Importante destacar que com o aumento das restrições matrimoniais, os casamentos em grupo se tornaram inviáveis, dando lugar à família de um par, e, nessa estrutura, um homem vivia com uma mulher, mas a poligamia e a infidelidade masculina eram toleradas, já às mulheres se exigia fidelidade absoluta durante a união, sendo o adultério punido com severidade. Uma característica de grande destaque presente nesse período é a facilidade de divórcio, que pode ser iniciado por qualquer um dos cônjuges, contudo, os filhos permaneciam sob a guarda da mãe (Engels, 1884, p.64).

Nessa perspectiva surge o terceiro modelo familiar, conhecido como “sindiásmica” caracterizado pela monogamia, com divórcio fácil e recíproco, e aqui a filiação era matrilinear e o homem concedia um dote à mulher, que, por sua vez, permanecia em seu clã. Caso o marido não providenciasse o sustento necessário, a mulher podia excluí-lo do seu meio, e os filhos, independentemente do motivo da separação, permaneciam sob os cuidados do grupo familiar materno (Diop, 2014, p.18).

Por fim, última etapa da história familiar, segundo Morgan, é marcada pela família monogâmica patriarcal, em que o divórcio se torna extremamente difícil ou até mesmo impossível, e a mulher se submete à total dependência do marido, tanto em termos de autoridade jurídica quanto de linhagem, que passa a ser patrilinear (Diop, 2014, p.18).

Ao analisar a organização clânica dos iroqueses, Morgan identifica a presença de um matriarcado dominante. Essa forma de organização familiar, segundo ele, representou uma fase universal na história da humanidade, prevalecendo em todas as sociedades em um determinado momento de sua evolução (Diop, 2014, p.19).

Por fim, para formular sua Tese Engels partiu das abordagens de Morgan e Bachofen, a fim de utilizá-los como demonstrativo da transacionalidade das formas de organização social, demonstrando a superação de uma estrutura em razão do surgimento da subsequente, complementando esse entendimento com a análise da identidade familiar dos povos celtas e germanos (Diop, 2014, p.20).

Importante destacar que o continente africano também representou grande expressividade da construção matriarcal, de modo que, em contraste com a visão imposta pelos colonizadores europeus, o matriarcado africano representava, antes da invasão colonial, um elemento fundamental, permeado por valores como liberdade e organização familiar onde as mulheres não eram subjugadas. Essa perspectiva, incompatível com os dogmas patriarcais europeus, foi implacavelmente reprimida pelo sistema colonial, que tinha como objetivo aniquilar qualquer expressão da cultura e identidade africana (Té, 2021, p.14-15).

Sob o jugo do patriarcado colonial, o corpo da mulher negra foi patologizado, visto como inferior e necessitando de "civilização" pelas lentes distorcidas dos opressores com visão deturpada que buscava justificar a exploração das mulheres africanas, silenciando suas vozes e apagando sua rica história (Té, 2021, p.14/15).

Diante do exposto, em que pese o matriarcado tenha sido crucial para a organização familiar de diversas sociedades, esta é frequentemente alvo de visão distorcida por estudiosos etnocêntricos ocidentais em razão da incapacidade de se encaixar ao modelo familiar eurocêntrico, e por ter a mulher como figura central, o matriarcado é tido como primitivo por

essa corrente de pensamento, e, na tentativa de impor sua visão de mundo como única e superior, esses estudiosos promovem a universalização do patriarcado, defendendo-o como organização familiar mais avançada e evoluída (Té, 2021, p.16).

Essa postura, marcada por preconceitos e falsos argumentos científicos, ignora a riqueza e diversidade das culturas africanas, perpetuando estereótipos e invisibilizando a importância do matriarcado na história e na identidade de diversos povos (Té, 2021, p.16).

Paralela à teoria do matriarcado, outra teoria de grande impacto difundida desde a antiguidade, pautada em valores biológicos para trazer distinções entre os sexos e justificar a dominação da mulher é a teoria biológica, aqui a biologia é utilizada como justificativa para a imposição de papéis sociais e a manutenção de hierarquias de poder.

2.3.2 Teoria Biológica

As vantagens biológicas permitiram que os homens se definissem, desde a formação das sociedades, como os únicos seres com alto nível poder e inúmeros privilégios, a mulher, contudo, sempre esteve condenada a ser a "outra", sem autonomia e sem chance de deliberar sobre seu próprio destino (Beauvoir, 2009, p.121).

Partindo dessa premissa, as teorias de base genética argumentam que o determinismo biológico se origina no "dimorfismo sexual e nas particularidades de gênero na função reprodutiva da espécie" (Martín, Pessis, 2005, p.17), e, segundo essa perspectiva, as mulheres teriam uma racionalidade inferior à dos homens e, em comparação, maior afetividade, o que "condicionaria seu comportamento a padrões desiguais e inferiores aos dos homens" (Martín, Pessis, 2005, p.17) (Gimenez, Han, 2018, p.2).

Essa ideologia, ao atribuir à mulher menor racionalidade e maior emotividade, cria um estereótipo de inferioridade que a limita a atividades simples e dependentes do homem, de modo que essa visão ignora a capacidade intelectual feminina relegando-a a um papel submisso, desqualificando a sua capacidade de tomar decisões importantes, inclusive, sobre sua própria sobrevivência (Martín, Pessis, 2005, p.17).

As teorias biológicas que sustentam a inferioridade da mulher foram duramente criticadas, principalmente no século XX, sob o argumento de que a desigualdade entre os gêneros é resultado de construções sociais e culturais, não de diferenças biológicas inatas entre homens e mulheres, que de fato existem, mas não justificam a subordinação feminina. Assim, é importante reconhecer a diversidade humana e defender a igualdade de oportunidades para todos, independentemente de gênero (Gimenez, Han, 2018, p.2).

Saffioti (2015, p.124) reforça essa ideia ao defender que é necessário compreender que as diferenças biológicas entre homens e mulheres existem, contudo, não determinam suas práticas sociais, já que são as experiências históricas que moldam os papéis de cada gênero, criando desigualdades que se manifestam em diferentes áreas da vida.

Outrossim, a marginalização da figura feminina em diversos setores aprofunda essas disparidades, dessa forma, superar essas desigualdades exige um salto qualitativo, colocando as mulheres em pé de igualdade com os homens e essa transformação não se baseia apenas na eliminação das diferenças biológicas, mas também na construção de uma sociedade justa e igualitária para todos (Saffioti, 2015, p.124).

Em mesmo sentido Bourdieu defende que a sociedade molda a percepção do corpo como algo "sexuado", utilizando-o para justificar a divisão do trabalho e a dominação masculina, desse modo, essa visão distorcida, baseada em mitos e crenças, ignora as diferenças biológicas entre os sexos e as distorce para criar uma hierarquia artificial, uma vez que, na realidade, as diferenças biológicas não determinam os papéis sociais de homens e mulheres, e a divisão do trabalho e a subordinação feminina são construções sociais que perpetuam a desigualdade (Bourdieu, 2012, p.18-20).

Por fim, o referido autor complementa ainda que a sociedade cria a ideia de diferença anatômica entre os sexos e, em seguida, utiliza essa diferença para justificar a própria visão social que a originou. Essa relação circular aprisiona o pensamento em um ciclo de dominação, que se reforça mutuamente impedindo a percepção crítica da realidade, naturalizando a desigualdade de gênero (Bourdieu, 2012, p.20).

Não obstante as ideias elencadas por essa tese tenha sido ponto norteador de grande parte do pensamento antigo e contemporâneo para justificar o sistema de dominação dos homens em detrimento das mulheres, amparadas por fatores biológicos, a teoria da dominação apreendida, por sua vez, aprofunda essa análise ao demonstrar como as relações de poder são internalizadas pelos sujeitos, tornando esse controle invisível e naturalizado.

2.3.3 Teoria da Dominação Apreendida

Renata Gomes, Gabriela Balestro e Luana Rosa (2016, p.19), em sua obra, fundamentam a teoria da dominação apreendida amparando-se nas ideias trazidas por Bourdieu, de modo a compreender a dominação masculina como um aprendizado dos homens e um ato de internalização realizado pelas mulheres de forma inconsciente através da repetição e da

naturalização de comportamentos. Essa aprendizagem se dá principalmente através da observação e da imitação, moldando a percepção de cada um sobre seu papel social.

Bourdieu (2012, p.49-50) reforça ainda que os efeitos de dominação não se manifestam de forma pura, mas através de hábitos de construções sociais, sendo necessário ainda que a submissão feminina contribua para o fortalecimento desses ideais, que estão além das decisões conscientes e do controle da vontade, e isso cria uma dinâmica em que a própria pessoa dominada não tem plena consciência de sua situação e por isso permanece nesse contexto desfavorável.

Seguindo essa lógica ele compreende que “O poder simbólico não pode se exercer sem a colaboração dos que lhe são subordinados e que só se subordinam a ele porque o constroem como poder” (Bourdieu, 2012, p 52). No que se refere a à violência simbólica, esta se manifesta de forma sutil e persuasiva, através da comunicação e do conhecimento, perpetuando a desigualdade de gênero sem que as vítimas se deem conta (Gomes; Balestero; Rosa, 2016, p.19).

Por fim, a lógica da dominação masculina e da submissão feminina, pode ser considerada um paradoxo pois há a presença de uma manifestação espontânea e, em mesma medida, uma imposição, e isso se dá pelo fato dos indivíduos sujeitos a esses processos estarem inseridos em um sistema no qual não possuem ciência das abusividades que ali estão envolvidas e que só pode ser compreendida se atentarmos para os efeitos duradouros que as influências histórico-sociais exercem sobre as mulheres, majoritariamente, e aos homens as disposições naturalmente instituída a essa ordem que as impõe (Bourdieu, 2012, p.49-50).

2.4 RELAÇÃO DAS TEORIAS COM ÀS VIOLÊNCIAS SOFRIDAS PELA MULHER DURANTE O PARTO

A necessidade de reconhecimento dos direitos da mulher se dá, segundo Paula Colet Gimenez e Noli Bernardo Hahn (2018, p.53), precipuamente em razão das cargas patriarcais contidas no histórico brasileiro, que é vista como marco da desigualdade social, partindo de premissas biológicas, mentais e físicas do homem a fim de justificar a sua superioridade em detrimento das mulheres e perpetuá-la como algo cultural.

Como preceitua Gerder Lerner (2019), a noção de dominação histórica dos corpos femininos pelos homens passou a existir, pelo entendimento de estudiosos tradicionalistas, com base em três argumentos: O primeiro é a naturalização e universalização do poderio masculino, ou seja, aqui se entende que a dominação se dá pelo fluxo natural da vida humana. O segundo

argumento é a influência religiosa, que reforça a posição de submissão feminina e a grandeza masculina nas relações familiares e sociais, e, por fim, a assimetria sexual, que compreende que a composição biológica da mulher a torna mais vulnerável e passiva de violações.

Nessa perspectiva, leciona ainda Anne-Marie Pessis e Gabriela Martín (2005, p.17), que as inúmeras explicações propostas ao longo da história para estabelecer a origem da desigualdade de gênero, centradas em demonstrar a suposta superioridade dos homens sobre as mulheres, seja fisicamente ou mentalmente, possuem divergência entre as teorias biológicas e culturais, com a primeira defendendo um determinismo baseado no dimorfismo sexual e nas funções reprodutivas específicas de cada gênero.

As autoras argumentam ainda que essa diferenciação leva a um desenvolvimento de racionalidade apresentado inferior nas mulheres em comparação com os homens, favorecendo uma maior afetividade que influencia seu comportamento de forma desigual e inferior. Essa visão propõe uma imagem de inferioridade e irracionalidade na mulher, tornando-a incapaz de tomar decisões importantes, mas com habilidade para realizar tarefas simples, sem grandes responsabilidades (Martín, Pessis, 2005, p.17).

Essas violações à mulher e o caráter controlador sobre seus corpos refletiram em todas as camadas sociais, inclusive na sua autonomia gestacional, como bem leciona Artenira da Silva e Maiane Mesquita (2016, p.67-84) tendo em vista que antes da sua institucionalização, o parto era um evento feminino por natureza, em que as gestantes contavam com o auxílio de outras mulheres, as parteiras.

Contudo, o processo de medicalização, iniciado no século XVI, com consolidação em relação ao controle do parto nos séculos XVIII e XIX, experimentou grande influência das ideias de Foulcaut, que apresentava um novo olhar sobre os corpos e as doenças. Além disso, ficou evidente a crescente presença masculina nesse processo (Vieira, 2002, p.19).

Nesse sentido, Elisabeth Vieira (2002, p.21) acrescenta que o processo de reorganização das práticas médicas teve início ainda no século XVIII, em razão da emergência do capitalismo em ampliar a normatização sobre esse procedimento, que passa a tomar como campo da sua jurisdição, entre várias questões, a regulação dos nascimentos e da demografia. A partir disso, o corpo feminino passa a estar incluído nessa fiscalização, sobretudo, com o aparecimento da obstetrícia e da ginecologia que irão formar uma especialidade para a prática clínica que se propõe a atuar especificamente sobre o sofrimento.

Esse processo de institucionalização do parto visando maior controle reprodutivo e, conseqüentemente, populacional (Vieira, 2002, p.21), fez com que esse, antes fomentado como um evento feminino em sua própria natureza, fosse perdendo a sua forma originária, reduzindo

e restringindo a atuação das parteiras e introduzindo a presença de médicos. Diante desse cenário nota-se aqui a introdução da figura masculina, tendo em vista que a medicina era um campo de educação universitária e científica e apenas os homens possuíam acesso a esse setor da sociedade (Suaia, Serra, 2016, p.67-84).

Para Elisabeth Vieira (2002, p.23-24), o avanço do controle médico sobre o corpo feminino foi resultado do aprimoramento das tecnologias e do conhecimento cirúrgico que ocasionou a aproximação entre o saber médico e o parto, bem como a especialização dessa área, conhecida como obstetrícia, e outras áreas ligadas a reprodução feminina, como a ginecologia, sendo estas representantes de um controle reprodutivo, que, por meio deste, visa criar métodos de controle social.

Nessa perspectiva, compreende-se que a noção médica vigente à época tem como modelo saudável em relação ao corpo feminino os atos ligados a uma instituição familiar, por meio do matrimônio e que tenham, obrigatoriamente, o desejo procriatório, considerando errôneas todas as relações diferentes do modelo estabelecido, como o adultério, a masturbação, as quais eram associadas a distúrbios e doenças (Vieira, 2002, p.26).

Dentro desse contexto degradante, no que se refere aos direitos femininos, há de se considerar que houve o desenvolvimento de políticas públicas para mulheres por parte da Organização das Nações Unidas com a elaboração de normativas que visavam o desenvolvimento humano da mulher, dentre estas estavam: a criação da comissão sobre a situação de mulher, a década para mulheres, criada em 1975. Houve também, em 1979, a criação da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, em 1993, além da Declaração e Programa de Ação da Convenção de Viena, que preceitua os direitos humanos das mulheres e meninas, e em 1994, o advento da Convenção Interamericana para Prevenir Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Rocha; Sousa; Tavares, 2019).

Ademais, conforme entendimento da Organização Mundial de Saúde (2014, p.1-2), é garantia de todas as mulheres o direito ao mais alto padrão de atendimento à saúde possível, incluindo os cuidados com dignidade e respeito durante a gravidez e o parto, além da proteção às violências e discriminações. Tal como indicado nas normas e princípios de direitos humanos, o abuso, a negligência e o desrespeito durante o parto constituem uma violação às garantias fundamentais das mulheres, em particular, as grávidas que são alvos de direito à igualdade, dignidade, liberdade de procurar, receber e fornecer informações, sem discriminação, acerca da saúde física, mental, saúde sexual e reprodutiva.

Nesse sentido, visando assegurar o direito das mulheres gestantes o Ministério da Saúde apresenta algumas normativas sobre o tema, dentre elas a portaria 569/2000, que, em linhas gerais visa instituir o programa de humanização de parto no Sistema único de Saúde, com o desenvolvimento de ações que promovam proteção a saúde a saúde da gestante, através do implemento de um atendimento digno, acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério, dentre outras medidas previstas (MS, 2000).

Outra medida adotada pelo Ministério da saúde foi a Portaria 1.067/2005, que entende por dever dos profissionais e serviços de saúde o tratamento humanizado à gestante e ao recém-nascido, observando-os enquanto sujeitos de direitos que merecem respeito a sua autonomia e privacidade (MS, 2005).

É possível notar que os crescentes avanços nas regulamentações de garantias às parturientes, não impediram o crescimento conjunto das violências no parto, nesse sentido, vem à tona o termo “violência obstétrica”, que também abarca outras denominações igualmente empregadas para designar o mesmo evento, tais como: violência de gênero durante o parto e aborto, agressão no parto, negligência obstétrica, violência institucional de gênero durante o parto e aborto, agressão, brutalidade durante o parto, cuidados inumanos/desumanizados, transgressões dos Direitos Humanos das mulheres durante o parto, agressões, falta de consideração e abusos durante o parto, entre outros (Diniz, *et al.*, 2015, p.3).

O dossiê “parirás com dor”, apresenta algumas formas como a violência obstétrica pode se manifestar, e, em primeiro plano, traz a forma física, a qual se caracteriza através de atos, sem justificativa científica, que afetam o corpo da mulher e causam interferência, dor ou lesão, em diferentes intensidades, trazendo como exemplos a restrição de alimentos e mobilidade da gestante, a tricnomia, a manobra de Kristeller, o uso sistemático de ocitocina, cesariana eletiva sem justificção clínica e a ausência de administração de analgesia quando clinicamente recomendada (Ciello, *et al.*, 2012, p.60).

3 PLANO DE PARTO ENQUANTO UM DIREITO FUNDAMENTAL DA GESTANTE

Os direitos fundamentais funcionando como valores universais, aplicáveis a todos, em quaisquer lugar e tempo, e ao Estado, sem exceção, é incumbida a obrigação de respeitar e proteger esses direitos essenciais que ao longo da história foram conquistados para garantir que todas as pessoas possam viver com liberdade, igualdade e dignidade, sendo indispensável para uma convivência harmoniosa e justa em sociedade (Pinto, 2009, p.126).

Uma outra forma de entendê-los é como normas jurídicas que estão expressamente previstas na Constituição, e, por meio dessa perspectiva, conhecida como positivista, esses direitos adquirem força de lei ao serem incorporados ao texto constitucional (Oliveira; Gomes; Santos, 2015, p.30).

Esses direitos são como o eixo de sustentação de uma sociedade, pois protegem os valores mais importantes de cada pessoa e, para que essa proteção seja real, é preciso que o governo não se limite a declarar esses direitos, mas tome medidas concretas para garantir que eles sejam respeitados por todos, em todas as situações (Pinto, 2009, p.126).

As expressões "direitos do homem" e "direitos fundamentais" são frequentemente utilizadas de forma intercambiável, contudo, os direitos do homem têm uma origem mais abrangente, sendo considerados naturais de todos os seres humanos, independentemente de qualquer legislação específica, por outro lado, os direitos fundamentais são a concretização jurídica dos direitos do homem, ou seja, são esses mesmos direitos, mas positivados em leis, como as constituições dos países, que delimitam seu alcance e garantem sua proteção (Lamy; Roldan; Hahn, 2018, p.40).

Os direitos humanos e os direitos fundamentais compartilham características similares, tais como: fundamentabilidade, universalidade, inalienabilidade, indivisibilidade, interdependência e interrelação. Em primeiro plano vamos trazer a definição da fundamentabilidade do direito, que, como já descrito em linhas anteriores, são os alicerces sobre os quais se constrói a vida humana, sendo esta uma garantia tão essencial quanto a própria vida, pois é capaz de assegurar a dignidade e a autonomia de cada indivíduo (Oliveira; Gomes; Santos, 2015, p.30-33).

A origem dos direitos humanos está na própria natureza humana, conforme já mencionado, sendo eles universais e inalteráveis. Em contrapartida, os direitos fundamentais são a forma como essas garantias são reconhecidas e protegidas pelas leis de um determinado país, assim, os direitos fundamentais são uma espécie de "versão local" dos direitos humanos, adaptados às particularidades de cada sistema jurídico (Pinto, 2009, p.126).

A característica da universalidade nos direitos humanos e fundamentais garante que todos os indivíduos, em qualquer parte do mundo, tenham os mesmos direitos básicos, nesse sentido, cabe destacar que essa ideia não é contraditória com a existência de direitos específicos para determinados grupos, como mulheres ou pessoas com deficiência, na verdade, esses direitos específicos visam garantir que todos possam exercer seus direitos de forma igualitária, compensando desigualdades históricas e sociais (Oliveira; Gomes; Santos, 2015, p.33-34).

Já a inalienabilidade significa que essas garantias não podem ser vendidas, doadas ou perdidas, a não ser em casos muito específicos e seguindo regras muito rigorosas, de modo que são direitos que acompanham a pessoa durante toda a sua vida e só se extinguem com a morte. Por fim, os direitos humanos e fundamentais estão interligados, ou seja, um direito depende do outro para ser plenamente exercido e essa relação existe tanto nos direitos sociais, como o direito à educação, quanto nos direitos civis, como a liberdade de expressão (Oliveira; Gomes; Santos, 2015, p.34).

Os direitos fundamentais são classificados em gerações, e essa divisão nos permite compreender melhor a natureza e a importância de cada um deles, assim, os de primeira geração surgiram como uma forma de proteger os indivíduos da interferência do Estado em suas vidas privadas, sendo estes essenciais para garantir a liberdade individual e a democracia, funcionando como uma espécie de escudo protetor para os cidadãos, impedindo que o Estado invada suas esferas pessoais, e, ao exigir que ele se abstenha de determinadas ações, esses direitos garantem a autonomia e a liberdade individual (Pinto, 2009, p.129-130).

Os de segunda geração, como o direito à saúde, à educação e à moradia, vão além da simples não-interferência do Estado, eles são chamados de "liberdades positivas" porque, em verdade, eles exigem a atuação estatal de maneira ativa para garantir que as pessoas possam exercer seus direitos, ao contrário das liberdades negativas, que protegem as pessoas do Estado, as liberdades positivas exigem que ele faça algo em favor das pessoas (Pinto, 2009, p.130-131).

A terceira geração, que inclui o direito ao desenvolvimento e à paz, busca garantir o bem-estar de grupos e comunidades, promovendo a solidariedade internacional. Apesar de sua importância, esses direitos ainda carecem de reconhecimento e proteção em muitos tratados internacionais (Oliveira; Gomes; Santos, 2015, p.36).

Pondo em foco agora a análise do direito à saúde, é notório que, mais do que apenas um direito legal, ele é um direito fundamental ligado a proteção à vida, por isso, a Constituição garante que todos tenham acesso à saúde, e o governo deve tomar as medidas necessárias para dar acesso a essa demanda, assim, em seu artigo 196, a Constituição Federal afirma que a saúde é um direito de todos e que o governo deve criar políticas para garantir que todos tenham acesso a serviços de saúde, como prevenção de doenças e tratamento (SlaibiI, 2010, p.228- 229).

Ao longo do tempo a compreensão de direito à saúde se ampliou, abrangendo não apenas o tratamento de doenças, mas também a promoção do bem-estar e a busca por uma vida mais feliz, diante disso, ele pode ser classificado em diferentes gerações de direitos, a exemplo da primeira geração, ligada às liberdades individuais, ou como de segunda geração, relacionado

aos direitos sociais, ou até mesmo na terceira geração, atrelada à solidariedade e a proteção do futuro (Lamy; Roldan. Hahn, 2018, p.44).

Diante de sua tamanha importância o direito à saúde foi reconhecido internacionalmente desde a criação da Declaração Universal dos Direitos Humanos e consolidada no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que o define como um direito fundamental e essencial à vida humana (Lamy; Roldan, Hahn, 2018, p.49).

Embora seja universal, em razão das vulnerabilidades sofridas, muitas mulheres enfrentam dificuldades para ter acesso ao pleno exercício desse direito, de modo que é fundamental que o Estado implemente políticas públicas com enfoque de gênero e interculturalidade para garantir o acesso equitativo às ações e serviços de saúde dentro desse grupo (Sousa; Tavares; Rocha, 2019, p.25).

Em ratificação dessas ideias, de acordo com a OMS, todas as mulheres têm direito a um alto padrão de saúde, essa perspectiva, aliada à visão do Código de Defesa do Consumidor, que considera a mulher como consumidora de serviços de saúde, reforça a compreensão de que qualquer mulher tem o direito de exigir cuidados seguros e eficazes, priorizando a proteção de sua vida e saúde (Carvalho *et al.*, 2019, p.4).

Tendo em vista todo o exposto, é importante associar a discussão acerca dos direitos fundamentais e garantias no âmbito da saúde com a proteção aos direitos reprodutivos da mulher. Desse modo, cabe destacar que a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 226, § 7º, consagra o planejamento familiar como um direito fundamental, estabelecendo a obrigação do Estado em garantir o acesso a informações e recursos para sua prática.

Essa previsão legal reflete a importância do planejamento familiar no contexto da família brasileira, e essa garantia, fundamentada no princípio da dignidade da pessoa humana, permite que cada indivíduo possa decidir sobre sua vida reprodutiva de forma livre e responsável, sem ser submetido a situações que violem sua integridade física e psicológica (Yoshioka; Moraes; Bonini, 2020, p.2-4).

Assim, na condição de direitos da personalidade, os direitos reprodutivos certificam à parturiente o direito de ser informada sobre todos os procedimentos a serem realizados no parto, suas consequências, e a possibilidade de escolher livremente a forma como deseja parir, e, a violação desse preceito configura violência obstétrica, que, enquanto fruto da medicalização excessiva do parto e da perda de autonomia das mulheres, encontra no plano de parto uma ferramenta para resgatar o protagonismo da gestante durante todo processo de concepção e o nascimento do bebê (Yoshioka; Moraes; Bonini, 2020, p.1-5).

Logo, é possível definir que o plano de parto é um instrumento legal que confere à gestante o poder de decidir sobre o modo de sua concepção, garantindo que suas vontades e expectativas sejam alinhadas durante todo o processo, possibilitando a humanização da assistência, tornando o parto uma experiência mais personalizada e satisfatória, e, formalizando seus desejos, a gestante busca atestar a respeitabilidade de suas escolhas e reduz a possibilidade de sofrer violências durante o parto (Miguel, Krug, 2022, p.42).

Dessa forma, o plano de parto é um instrumento fundamental para promover uma concepção mais tranquila e humanizada, pois permite que gestante expresse seus desejos e expectativas em relação ao nascimento de seu filho, e, por meio desse mecanismo, ela assume o papel de sujeito ativo no processo, contribuindo para uma experiência mais positiva (Yoshioka; Moraes; Bonini, 2020, p.11).

É importante destacar que a satisfação das mulheres com a experiência do parto está intimamente ligada ao cumprimento de seus objetivos e escolhas expressas no Plano de Parto, de modo que, se a mulher sente que suas preferências não foram respeitadas, é mais provável que experimentem sentimentos de decepção e frustração. Porém, o sucesso de tal instrumento, depende da capacidade da mulher de adaptar suas expectativas à realidade do parto, considerando as possibilidades do serviço de saúde e reconhecendo a imprevisibilidade do processo gestacional (Correa, 2019, p.8).

Apesar de ser recomendado internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde, o plano de parto ainda não é amplamente utilizado nos serviços de saúde brasileiros e essa discrepância entre as diretrizes e a prática clínica demonstra a necessidade de maior incentivo ao uso dessa ferramenta durante a gestação (Lopes *et al.*, 2017, p.4).

Importante destacar também que muitos questionamentos foram feitos em relação a expressão 'Plano de Parto', a qual tem sido alvo de críticas por gerar a falsa impressão de que o nascimento é um evento totalmente controlável. Assim alguns estudiosos entendem que termos como “preferências de nascimento” ou “guia de nascimento” são mais adequadas, pois enfatizam a natureza dinâmica do parto e a importância da flexibilidade, e essas novas terminologias promovem um diálogo mais realista entre mulheres e profissionais de saúde, com o objetivo de construir um plano de cuidados individualizado e baseado em evidências científicas (Correa, 2019, p.8).

Por fim, outro ponto de grande destaque é a comunicação entre profissionais de saúde e gestantes, a qual é frequentemente deficiente, com falta de escuta ativa e diálogo construtivo, fato que não deveria ocorrer assim visto que o ensino acerca da saúde é fundamental desde o

início da gestação e toda negligência limita o acesso das mulheres a informações claras e precisas sobre a gravidez (Silva *et al.*, 2020, p.10151).

Portanto, visando prevenir a violência obstétrica, é fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados para utilizar o plano de parto como ferramenta para atender às necessidades específicas de cada gestante (Yoshioka; Moraes; Bonini, 2020, p.14).

Tendo em vista a necessidade de tratar esse problema, e assegurar uma gestação segura e com leve para as mulheres, foram instituídas algumas leis e portarias a fim de regular os direitos das gestantes.

3.1 PRINCIPAIS DIREITOS REGULAMENTADOS CONSTITUCIONALMENTE PARA A GESTANTE

A proteção à maternidade, como é conhecida hoje, tem suas raízes na Revolução Industrial, com o surgimento do trabalho assalariado e a intensificação da jornada laboral, nascendo assim a necessidade de garantir direitos às trabalhadoras gestantes (Lima, 2014, p.5). Essa proteção, antes vista como um benefício, foi elevada à categoria de direito social fundamental por meio de Constituições e Tratados Internacionais, impulsionada pelos movimentos sociais e pelas ideias do Estado Social, que buscavam garantir igualdade e vida digna aos cidadãos (Próni, 2012, p.3).

Os referidos movimentos históricos tiveram grande influência para a formulação das Constituições brasileiras, especialmente a de 1934 e a de 1988, que foram fundamentais para a evolução da proteção à maternidade no país, essas cartas magnas incorporaram os princípios do Estado de bem-estar social, elevando os direitos sociais, incluindo os da mulher, ao patamar constitucional. A Constituição de 1934 foi pioneira ao estabelecer, em seu artigo 138, a proteção à maternidade e à infância como dever do Estado brasileiro, essa diretriz, mantida nas Constituições posteriores, demonstra a importância da proteção integral à família e à criança no ordenamento jurídico brasileiro (Próni, 2012, p.3).

A Constituição Federal de 1988, por sua vez, representou um avanço significativo na proteção aos direitos sociais da gestante, garantindo, por meio do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, a estabilidade provisória no emprego por cinco meses após o parto (Lima, 2014, p.9), e essa garantia foi reforçada pela Súmula 244, III, de 2022, do Tribunal Superior do Trabalho que estendeu esse direito às trabalhadoras contratadas por tempo determinado.

Importante destacar que a garantia de estabilidade da gestante é tão importante que, mesmo quando o empregador desconhece a gravidez, a trabalhadora tem direito à reintegração no emprego ou à indenização por danos causados pela dispensa irregular. Essa medida determina que o contrato de trabalho por prazo determinado seja convertido em um contrato por prazo indeterminado a fim de estabelecer a permanência da empregada e impedir a sua demissão arbitrária, e, nos casos que não seja possível manter a gestante no mesmo cargo, o empregador deverá oferecer outro posto de trabalho ou indenizá-la (Derze, 2017).

Ademais, a Constituição Federal de 1988, ao eleger a proteção à maternidade como um direito fundamental e cláusula pétreia, impôs ao Estado o dever de garantir não apenas os direitos da gestante, mas também do nascituro, reconhecendo a necessidade de proteção integral à mãe e ao filho. Outra evolução proposta constitucionalmente foi o artigo 7º, XVIII, que estabelece a licença-maternidade de 120 dias, ampliando significativamente o período de afastamento do trabalho garantido a gestante, em comparação com a legislação trabalhista anterior, que previa apenas quatro semanas de repouso pré-natal e oito semanas de repouso pós-natal (Lima, 2014, p.9).

Além disso, o salário-maternidade, custeado pela Previdência Social, foi estendido pela Constituição Federal de 1988 a diversas categorias de trabalhadoras, incluindo empregadas domésticas avulsas e seguradas especiais, como as trabalhadoras rurais. Assim, a lei nº 8.213/91, com as alterações da lei nº 8.861/94, estabeleceu critérios específicos para a concessão do benefício a cada classe, excluindo estagiárias e autônomas (Prони, 2012, p.24).

Outra medida de grande valor foi o julgamento da ADI 5938/DF, que, em decisão unânime, o STF reconheceu a inconstitucionalidade da exigência de atestado médico para afastamento de gestantes e lactantes de atividades insalubres. Essa medida busca que as trabalhadoras não sejam expostas a riscos durante a gestação e a lactação, e afasta a incidência dos incisos II e III do art. 394-A da Consolidação das Leis do Trabalho, inseridos pelo art. 1º da lei 13.467/2017.

É imperioso destacar que historicamente as mães adotantes eram excluídas dos direitos à licença e ao salário-maternidade, benefícios concedidos apenas às mães biológicas. Entretanto, a lei nº 10.421/2002, resultado de discussões que se iniciaram com diversos projetos, como os de nº 1.733/96 e 3.822/00, equacionou essa desigualdade, estendendo esses direitos às mulheres que adotam crianças (Prони, 2012, p.65).

Ademais, após a concessão desse direito, ele ainda atribuía a licença-maternidade para adotantes limitada a idade da criança, no caso, penas para a adoção de menores de 8 anos, conforme redação anterior do artigo 392-A da CLT:

Art. 392-A. À empregada que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança será concedida licença-maternidade nos termos do Art. 392, observado o disposto no seu § 5o.

§ 1o - No caso de adoção ou guarda judicial de criança até 1 (um) ano de idade, o período de licença será de 120 (cento e vinte) dias.

§ 2o - No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 1 (um) ano até 4 (quatro) anos de idade, o período de licença será de 60 (sessenta) dias.

§ 3o - No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 4 (quatro) anos até 8 (oito) anos de idade, o período de licença será de 30 (trinta) dias.

Atualmente, o mesmo dispositivo possui uma nova roupagem, garantindo 120 dias de licença-maternidade para mulheres que adotam crianças de até 12 anos, no entanto, há propostas legislativas, como o Projeto de Lei 143/2016, que buscam ampliar essa faixa etária para 18 anos.

As alterações na legislação com intuito de ampliar a proteção à maternidade têm sido cruciais para melhorar a vida das mulheres e essas mudanças contribuem também para igualdade de gênero e para o desenvolvimento social (Proni, 2012, p.17). Por fim, tratar dos direitos à maternidade é algo de muita relevância tendo em vista seu caráter universal já que ao garantir a renovação das gerações, ela impacta diretamente a sociedade, desse modo tratar desse tema busca lembrar as garantias já conquistadas e orientar a criação de novas normas e políticas públicas que traga melhores condições para as mulheres durante a gestação e o pós-parto (Lima, 2014, p.14).

3.2 REGULAMENTAÇÕES INFRACONTITUCIONAIS QUE TRATAM DOS DIREITOS DA GESTANTE

Além das regulamentações estabelecidas pela Constituição Federal, foram formuladas diversas leis infraconstitucionais no Brasil com o intuito de detalhar e complementar o rol normativo capaz de instituir direitos as parturientes, garantindo uma proteção mais específica e abrangente que visam assegurar condições adequadas de trabalho, saúde e bem-estar para as mulheres durante a gestação e o período puerperal.

3.2.1 Portaria 569/2000 Ministério da Saúde

No panorama da saúde materna, a Portaria nº 569/2000, instituída pelo Ministério da Saúde, tem como propósito principal humanizar e qualificar a assistência à saúde da gestante e do recém-nascido no Brasil, para isso, ela institui o Programa de Humanização no Pré-natal e

Nascimento, o qual propõe-se a garantir o acesso a um atendimento digno e de qualidade em todas as etapas do processo gestacional e puerperal, além de reduzir as taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento surge como um farol de transformação, guiando as políticas públicas na busca por uma maternidade segura e respeitosa, transcendendo o paradigma tradicional do cuidado obstétrico, lançando-se em uma jornada que vai além da salvaguarda física, explorando as dimensões emocionais, psicológicas e sociais da gestação e do parto. Logo, o programa vislumbra redefinir não apenas a experiência do nascimento, mas também o apoio contínuo que as mulheres necessitam ao longo de sua jornada maternal (Barbosa *et al.*, 2024, p.5087).

Ele se alinha com outras iniciativas, como a Rede Cegonha, criada em 2011, pelo Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº 1.459, que no âmbito do SUS, e, junto aos princípios de regionalização e descentralização da saúde previstos na Constituição Federal, visa garantir a continuidade da assistência à saúde materno-infantil em regiões específicas. Essa rede tem se expandido ao longo dos anos e é regulamentada por diversas normativas disponíveis no site do Ministério da Saúde (Santos, 2022, p.16).

Nesse sentido, o PHPN objetiva transformar a experiência do parto em um momento mais humano e respeitoso defendendo que as maternidades e os profissionais de saúde devem priorizar o bem-estar da mulher e do bebê, oferecendo um atendimento acolhedor e evitando procedimentos médicos desnecessários, e, automaticamente ao criar um ambiente melhor, com respeito e atenção às necessidades da mulher e de sua família, o programa busca reduzir o sofrimento e aumentar a satisfação delas durante o parto e o pós-parto, promovendo um vínculo mais forte entre mãe e filho (MS, 2002, p.5).

Em outras palavras, sua finalidade central é melhorar a qualidade da assistência ao recém-nascido e à mãe no pós-parto no Sistema único de saúde se propondo a reduzir as altas taxas de mortalidade materna e infantil no país, garantindo maior acesso, cobertura e qualidade no acompanhamento pré-natal, parto e puerpério e, para isso, investe em qualificação de profissionais, melhoria da infraestrutura das unidades de saúde e promoção de práticas mais humanizadas, como o parto normal e o aleitamento materno (MS, 2002, p.5).

Como forma de efetivar esse processo, a presente portaria enfatiza a relevância das centrais de regulação para a qualificação e integração da atenção à saúde da gestante e do recém-nascido, fortalecendo a capacidade de resposta do sistema de saúde pública as demandas apresentadas. Por isso, em seu artigo 1º, ela institui um programa que visa ampliar o acesso,

melhorar a qualidade e organizar a assistência obstétrica e neonatal no âmbito do SUS, com o objetivo de promover a saúde de gestantes e recém-nascidos (MS, 2000).

Em seu artigo 2º estabelece que todas as gestantes têm direito a um atendimento digno e humanizado durante a gravidez, parto e pós-parto, incluindo o direito de ter acesso a maternidade e assistência de parto e escolher onde dar à luz e de receber cuidados adequados para o bebê que devem ser garantidos e assegurados pelos incentivos do poder público (MS, 2000).

Essa portaria visa instituir um programa abrangente para humanizar a assistência à gestante e ao recém-nascido no Brasil que se estrutura em três eixos principais: o incentivo ao pré-natal, a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, e a reestruturação da remuneração dos serviços de parto (MS, 2000).

Para tanto, o programa prevê a criação de mecanismos de regulação, o investimento em hospitais e a implementação de uma nova sistemática de pagamento que valorize a qualidade da assistência de estabelecer um conjunto de indicadores para avaliar a qualidade da assistência pré-natal, incluindo o percentual de gestantes que realizaram todas as consultas e exames, e a redução da mortalidade materna e infantil, demonstrando o compromisso com a melhoria dos resultados em saúde (MS, 2000).

Por fim, PHPN coloca o parto normal como uma prioridade, buscando evitar intervenções médicas desnecessárias e promovendo um parto mais fisiológico, de modo a valorizar o papel ativo da gestante nas decisões sobre a sua concepção, fornecendo informações claras e permitindo que ela tenha mais controle sobre o processo, e essa abordagem contribui para a segurança e o bem-estar da mulher durante o parto (Barbosa *et al.*, 2024, p.5091).

3.2.2 Portaria 371/2014 Ministério da Saúde

A Portaria nº 371/2014, instituída pelo Ministério da Saúde, estabelece diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde, assim, ela busca assegurar a todos os recém-nascidos o direito a cuidados de qualidade desde o nascimento, por meio da capacitação de profissionais, da melhoria da infraestrutura hospitalar e da promoção de práticas humanizadas (MS, 2000).

O artigo 1º da portaria estabelece que todos os estabelecimentos de saúde que realizam partos devem seguir regras específicas para garantir um atendimento integral e mais gentil ao recém-nascido, em outras palavras, a partir dessa norma, todas as maternidades precisam

oferecer cuidados completos e adequados aos bebês desde que nasçam, priorizando práticas que promovam o seu bem-estar o da mãe (MS, 2000).

O artigo também define que o atendimento ao recém-nascido deve ser realizado por profissionais de saúde qualificados, como médicos (pediatras ou neonatologistas) e enfermeiros (obstetras ou neonatais), desde o momento anterior ao parto até que o bebê seja encaminhado para o local adequado (MS, 2000).

Em seus artigos 2º e 3º a referida portaria destaca a importância da qualificação profissional e da adoção de práticas humanizadas no atendimento ao recém-nascido objetivando que todos recebam um atendimento de qualidade, com profissionais preparados para lidar com as diversas situações que podem surgir no momento do parto e nos primeiros minutos de vida (MS, 2000).

O artigo 4º da portaria estabelece as recomendações para o atendimento inicial ao recém-nascido a termo que não apresenta complicações. Nessa situação, é fundamental garantir o contato pele a pele imediato e contínuo entre a mãe e o bebê, colocando o recém-nascido sobre o corpo da mãe para regular sua temperatura e fortalecer o vínculo, além disso, o clampeamento do cordão umbilical deve ocorrer após cessarem as pulsações, a fim de permitir a passagem de sangue para o bebê e a estimulação do aleitamento materno na primeira hora de vida é altamente recomendada, e os procedimentos de rotina devem ser postergados para permitir esse momento crucial de vínculo entre mãe e filho (MS, 2000).

Já o artigo 5º aborda o atendimento a recém-nascidos prematuros ou com alguma complicação. Nesses casos, é necessário seguir o protocolo de reanimação neonatal estabelecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria, que define as condutas a serem tomadas de acordo com a condição clínica do bebê (MS, 2000).

O artigo 6º determina que, além de ter um enfermeiro capacitado em reanimação neonatal presente na sala de parto, o estabelecimento de saúde deve contar com um médico com a mesma qualificação disponível 24 horas por dia, desse modo, essa dupla presença garante que o recém-nascido receba atendimento médico imediato em caso de necessidade (MS, 2000).

O artigo 7º exige que o local do parto esteja equipado com todo o material necessário para realizar a reanimação neonatal, caso seja preciso e esses equipamentos devem estar prontamente disponíveis e em bom estado de funcionamento (MS, 2000).

Por fim, o artigo 8º atualiza a tabela de procedimentos do SUS, incluindo o atendimento ao recém-nascido como um procedimento específico, além de ampliar a lista de profissionais que podem realizar esse atendimento, incluindo médicos residentes, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e outros profissionais da área da saúde (MS, 2000).

3.2.3 Portaria 1.016/1993 Ministério da Saúde

A Portaria nº 1.016/1993 do Ministério da Saúde busca promover o aleitamento materno e o vínculo entre mãe e filho através do alojamento conjunto visando incentivar o contato precoce e contínuo entre mãe e bebê, reduzindo o risco de possíveis infecções, além de melhorar a qualidade da assistência e fortalecer o desenvolvimento infantil. Essa medida representa um avanço significativo na humanização da assistência obstétrica e neonatal no Brasil.

Com base em pesquisas e nas demandas de movimentos sociais feministas que lutavam pelo direito das mães de permanecerem com seus bebês após o parto, surgiu a iniciativa do alojamento conjunto, também conhecido como “*Rooming-in Unit*”. Esse modelo de cuidado visa humanizar o processo de nascimento e estimular a prática do aleitamento materno promovendo um vínculo mais estreito entre mãe e filho desde os primeiros momentos de vida (Pasqual; Braccialli; Volponi, 2010, p.335).

Segundo a Portaria 1.016/1993, todas as unidades de saúde que fazem parte do SUS devem seguir as regras do alojamento conjunto garantindo que mães e bebês fiquem juntos desde o nascimento, a não ser que haja alguma razão médica para separá-los. Dessa maneira, as recomendações presentes nas normas servem como um guia para que as unidades de saúde possam oferecer esse cuidado da melhor forma tendo por principal objetivo a garantia de que mães e bebês tenham todo o suporte necessário.

Essa prática permite um acompanhamento mais próximo da equipe médica, além de reduzir o risco de infecções e promover a saúde tanto da mãe quanto da criança, contudo, para participar do alojamento conjunto, o bebê precisa estar com bom estado de saúde e ter capacidade de se alimentar (Pasqual; Braccialli; Volponi, 2010, p.335).

Uma das principais vantagens do alojamento conjunto é a promoção do aleitamento materno. A proximidade física entre mãe e bebê, aliada à flexibilidade dos horários de amamentação, estimula a produção de leite materno e favorece o estabelecimento da amamentação exclusiva, a mais que isso, ao amamentar logo após o parto, ocorre um processo de contração uterina capaz de prevenir hemorragias e auxiliar na recuperação pós-parto, esses benefícios, reconhecidos desde a criação do alojamento conjunto, reforçam a importância dessa prática nos cuidados neonatais (Pasqual; Braccialli; Volponi, 2010, p.336).

O sistema de alojamento conjunto proporciona inúmeros benefícios para a saúde da mãe e do bebê que permite que mãe e filho permaneçam juntos desde o nascimento, facilitando o estabelecimento de um vínculo afetivo sólido, promove o aleitamento materno exclusivo e contribui para o desenvolvimento neurocomportamental da criança. Além disso, ele capacita a

mãe para cuidar do seu filho, reduz a ansiedade e aumenta a satisfação familiar, e essa nova abordagem exige uma atuação integrada da equipe de saúde, que passa a acompanhar de perto o binômio mãe-filho (Nascimento, Fulchignoni, 2004, p.32).

A discussão sobre os direitos das mulheres gestantes é cada vez mais relevante no cenário atual, diante disso, vem sendo propostos ao longo dos anos diversos projetos de lei que buscam fortalecer a proteção legal a essas mulheres, garantindo melhores condições de trabalho, saúde e bem-estar durante a gestação e o pós-parto, dentre eles, coube colocar em destaque o 2313/2022.

3.2.4 Projeto de Lei nº 2313/ 2022

A proposta legislativa nº 2313 de 2022 tem por objetivo proteger a saúde e a integridade da gestante, garantindo o exercício pleno de seus direitos fundamentais, previstos na Constituição Federal.

Os artigos 1º e 2º do projeto estabelecem a base legal para a proteção dos direitos da gestante, sendo o primeiro o que define o objetivo principal da lei, que é proteger a gestante, e o segundo o que determina que, ao interpretar essa lei, devem ser considerados os princípios sociais, os direitos fundamentais e a condição especial da mulher grávida e do bebê em desenvolvimento.

Ademais, os artigos 3º e 4º asseguram a gestante o direito a políticas públicas que promovam o pleno desenvolvimento da gestação, o parto seguro e o cuidado integral da criança, garantindo à família as condições necessárias para uma vida digna e o acompanhamento médico da gestante realizado por profissionais qualificados, que atuarão em conjunto para oferecer um cuidado integral à mãe e ao recém-nascido.

Cabe destacar esse projeto de lei proíbe qualquer tipo de discriminação, negligência ou violência contra mulheres grávidas e seus bebês, seja por causa de sua idade, raça, origem ou qualquer outra característica sendo assim garantia de toda gestante o atendimento respeitoso e livre de qualquer tipo de exploração e a exames realizados durante a gestação, que devem ter como objetivo principal proteger a vida e a saúde da parturiente e da criança, garantindo o desenvolvimento saudável da gravidez.

Por fim, o projeto de lei visa garantir que todas as gestantes tenham acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o pré-natal até o pós-parto, além disso, a proposta busca proteger as mulheres grávidas de qualquer tipo de violência, garantindo um ambiente seguro e acolhedor

durante a gestação, e ao fortalecer o papel do SUS, essa iniciativa contribui para reduzir a mortalidade materna e infantil e promover o desenvolvimento saudável das futuras gerações.

4 PRÁTICAS ABUSIVAS EM OBSTETRÍCIA E RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

Como abordado anteriormente, a violência de gênero contra as mulheres é um problema presente em diversos âmbitos da sociedade, incluindo o lar, espaços públicos e até mesmo instituições de saúde, onde a relação entre profissionais e pacientes pode se tornar abusiva (Almeida, Thomé, 2020, p.155).

As representações de gênero, interseccionadas com as relações de poder dentro das instituições de saúde, moldam a experiência da violência obstétrica tendo em vista que desconsideraram a parturiente como sujeito de direitos ocasionando a reprodução de desigualdades sociais e de gênero, submetendo-a a práticas invasivas e desumanizadas especialmente no que diz respeito à sua sexualidade, transformando-a em um objeto passivo de intervenções médicas (Silva, Serra, 2017, p.46).

A violência obstétrica, um problema global com graves consequências para a saúde física e mental das mulheres, persiste no Brasil (Matos; Martins; Santos, 2024, p.447) e ela pode ocorrer em todas as etapas do cuidado à gestante e à puérpera e envolve qualquer tipo de desrespeito praticado por profissionais de saúde ou pela equipe administrativa do hospital, esse desrespeito e negligência durante o parto podem causar traumas psicológicos duradouros, comprometendo a qualidade de vida das mulheres do bebê e pode recair também seus acompanhantes (Almeida, Thomé, 2020, p.155).

É cabível observar que essa violação é resultado de um conjunto de fatores, que incluem desde a falta de conscientização sobre os direitos das mulheres até falhas sistêmicas no âmbito da saúde. Nessa perspectiva, nota-se que aspectos socioculturais, somados à insuficiente qualificação dos profissionais, contribuem significativamente para a perpetuação desse tipo de violência (Matos, Martins, Santos, 2024, p.447).

A violência obstétrica, conforme definida pela Lei Argentina nº 26.485/2009, compreende qualquer conduta, ação ou omissão ocorrida durante a gestação, parto, puerpério e abortamento legal, que cause dano físico, sexual, psicológico ou reprodutivo à mulher. Esse ato é configurado por meio de práticas degradantes, tais como: abuso de medicalização, negação do direito à informação e à tomada de decisões, além de qualquer conduta que viole da mulher, baseada em uma relação de poder desigual (Almeida, Thomé, 2020, p.155).

Já a Lei Venezuelana nº 38.668/2007 define esse fenômeno como o controle indevido do corpo e da reprodução das mulheres por profissionais de saúde, caracterizado por tratamento desumano, excesso de procedimentos médicos e negação da autonomia feminina, resultando em prejuízos à qualidade de vida (Almeida, Thomé, 2020, p.155).

Nesse ínterim, é possível depreender essa prática como uma forma de violência de gênero que ocorre nos serviços de saúde, caracterizada pelo abuso de poder dos profissionais sobre as mulheres durante o parto além de envolver a utilização arbitrária de conhecimentos médicos para controlar os corpos e a sexualidade das mulheres, resultando em danos físicos e psicológicos (Silva, Serra, 2017, p.43).

Isso posto, é fundamental pensar em condutas éticas e humanizadas, em que a que a parturiente seja devidamente informada sobre todos os procedimentos, garantindo assim seu direito à autonomia e à liberdade de escolha. No entanto, esse direito deve ser ponderado com o princípio da beneficência, que busca evitar danos à paciente (Silva, Serra, 2017, p.44).

Ao analisar de maneira sincrônica o contexto do parto no Brasil, é possível notar o uso rotineiro de medicamentos, procedimentos invasivos, restrição da mobilidade, dentro outras medidas abusivas que contribuem para um modelo de parto centrado na figura médica e no ambiente hospitalar (Pontes, Soares, 2018, p.2). Desse modo, torna-se plausível refletir o modo como o conjunto dessas ações contribuem para o esvaziamento da autonomia feminina e para torná-la um sujeito passivo diante de um processo medicalizado e controlado por profissionais de saúde, corroborando com estruturas biopsicossociais.

Em contrapartida, há quem observe os avanços da medicina em relação ao ato de concepção apenas como uma situação benéfica. A partir dessa visão, desenvolve-se o entendimento de que um evento cada vez mais medicalizado e institucionalizado, afasta-se de sua natureza fisiológica positivamente, sendo essenciais para a redução da mortalidade materna. Porém, esse excesso de medicalização, o transformou em um processo patológico e intervencionista em que a mulher é reduzida à condição de paciente, submetida às decisões do profissional de saúde, sem ter voz ativa sobre seu próprio corpo nesse processo (Nunes, Estevão, 2019, p.6).

Nesse sentido, com avanços da medicina na área da obstetrícia e ginecologia trazem consigo dilemas de grande escala que dependem de uma ação pautada em princípios éticos, de modo que o modelo bioético de Beauchamp e Childress, com seus princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, serve como guia para a tomada de decisões em situações complexas (CREMESP, 2004, p.17).

Para melhor compreensão desse processo a partir de um olhar ético, é cabível a observância desses conceitos. A priori temos a autonomia, que reconhece o direito de cada indivíduo em tomar decisões sobre sua própria saúde, desde que seja capaz de compreender as implicações de suas escolhas, a beneficência, por sua vez, impulsiona os profissionais da saúde a sempre agir em prol do bem-estar do paciente, buscando o maior benefício possível e minimizando os riscos. Já princípio da não-maleficência proíbe que se cause algum dano intencional ao paciente, exigindo que os tratamentos sejam realizados com a maior segurança possível e, por fim, o princípio da justiça assegura que todos os indivíduos tenham acesso equitativo aos cuidados de saúde, independentemente de suas condições sociais ou econômicas (CREMESP, 2004, p.18).

De igual modo, para essa elaboração, se faz importante pensar as formas de manifestação da violência obstétrica. Em consonância com tal reflexão, é possível analisar o dossiê "Parirás com dor" (Ciello *et al.*, 2012) que apresenta uma categorização abrangente dos modos de manifestação da violência obstétrica que compreende a modalidade física, caracterizada por atos que causam dor, lesão ou interferem no corpo da mulher sem justificativa científica, como as práticas de restrição de alimentos e mobilidade, manobras invasivas e cesarianas eletivas desnecessárias. A psicológica que, por sua vez, engloba ações que visam minar a autoestima da mulher, como ameaças, humilhações e falta de informação adequada e a sexual, marcada pela violação da privacidade e da integridade sexual da mulher, pode ocorrer através de exames invasivos, incisões desnecessárias e imposição de posições durante o parto (Ciello *et al.*, 2012, p.60).

Além das formas mais diretas de violação, o dossiê destaca a violência estrutural, que se manifesta em políticas e práticas que dificultam o acesso da mulher aos serviços de saúde e a seus direitos reprodutivos. Há também a material, que se caracteriza pela exploração financeira da mulher durante o processo gestacional e, por fim, a violência midiática, que através de mensagens e imagens, contribui para a naturalização da violência obstétrica e a desvalorização do parto natural (Ciello *et al.*, 2012, p.61 e 65).

Em suma, o dossiê "Parirás com dor" evidencia a complexidade da violência obstétrica, que se manifesta em diferentes níveis e pode afetar a mulher física, psicológica, sexual, social e economicamente e a compreensão dessas diversas formas de violência é fundamental para a promoção de um parto humanizado e respeitoso aos direitos das mulheres.

4.1 ALGUMAS FORMAS DE VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS

No Brasil, há vultuosas discussões acerca dos métodos obstétricos invasivos e desrespeitosos, usados por profissionais. Essa realidade se contradiz à Portaria nº 353/2017, que preconiza o parto normal e o respeito às decisões das mulheres (Araújo *et al.*, 2021, p.277). É sabido, por exemplo, que, com o objetivo de acelerar o trabalho de parto, profissionais de saúde frequentemente recorrem a procedimentos como a administração de ocitócicos, a episiotomia, a manobra de Kristeller, dentre outros mecanismos sem uma justificativa médica clara promovendo uma indução artificial do organismo e expondo as mulheres a riscos desnecessários. (Araújo *et al.*, 2021, p.277). Para melhor entendimento da torpeza desses atos, cabe a contextualização deles.

4.1.1 Manobra de Kristeller

A manobra de Kristeller, descrita pela primeira vez em 1867 pelo ginecologista alemão Samuel Kristeller, consiste na aplicação de uma força externa sobre o fundo do útero durante a fase expulsiva do parto, com o objetivo de acelerar a saída do feto, no entanto, essa técnica tem sido alvo de críticas devido aos seus potenciais riscos para a mãe e o bebê, como a lacerações uterinas, o descolamento placentário e trauma fetal (Araújo *et al.*, 2021, p.277).

Originariamente desenvolvida sem base científica, a manobra de Kristeller era realizada com a aplicação de força direta sobre o abdômen materno e, apesar das evidências de seus graves riscos, essa prática persiste, sendo frequentemente executada de forma ainda mais agressiva, com profissionais exercendo peso sobre o útero da gestante (Ciello *et al.*, 2012, p.103).

Essa técnica é proibida por órgãos de saúde como o Ministério da Saúde e a OMS, e ela pode variar em sua intensidade, envolvendo desde o uso das mãos até a aplicação do peso corporal do profissional sobre o abdômen materno (Lima, Lopes, 2019, p.14). A manobra de Kristeller, embora proibida, faz parte de uma sequência de intervenções inadequadas que ocorrem durante o parto, como a transferência precoce para a mesa de parto e a imposição de posições prejudiciais. Essas práticas, muitas vezes não documentadas, aumentam os riscos para a mãe e o bebê (Ciello *et al.*, 2012, p.103-104).

Além de dolorosa e traumática para a mulher, é uma prática que não apresenta comprovação científica, restando clara a sua ineficácia para acelerar o parto de forma segura, acrescido a isso, representa total desrespeito ao tempo fisiológico do parto, motivada, muitas vezes, pela impaciência dos profissionais de saúde (Lima, Lopes, 2019, p.13).

Um estudo comparativo analisou dois grupos e revelou que mulheres submetidas à manobra de Kristeller apresentaram maior incidência de episiotomia, necessidade de analgesia epidural, dispaurenia, dor perineal, lacerações e incontinência anal e urinária. Esses resultados indicam que essa técnica aumenta significativamente os riscos para a saúde da mulher, dentre eles, o mais grave é a chance de ruptura uterina, uma complicação que pode levar à morte materna e neonatal (Araújo *et al.*, 2021, p.279).

Em relação ao nascituro pode-se considerar que por se tratar de uma prática obsoleta e violenta, ela o expõe a riscos significativos de modo que a força exercida sobre a cabeça do bebê pode causar diversas complicações, como “*caput succedaneum*”, uma lesão causada no couro cabeludo. Além disso pode ocasionar cefalematomas, hemorragias retinianas e, em casos mais graves, hemorragias epidurais, sendo possível ainda, a partir da pressão intracraniana aumentada, a ocorrência de danos cerebrais irreversíveis (Araújo *et al.*, 2021, p.280).

Outro estudo revela a relação entre a manobra de Kristeller e as complicações neurológicas em recém-nascidos, que é o caso de Adrienne Gonçalves da Silva Braz, que, sem conhecimento prévio sobre os procedimentos, foi submetida a ele no parto de seu filho Théo, e como consequência, a criança sofreu um AVC e apresenta, até hoje, sequelas graves, como atraso no desenvolvimento e crises epiléticas. Após um longo processo de investigação médica, a neurologista responsável por Théo estabeleceu uma relação direta entre o AVC e o trauma craniano sofrido pelo bebê durante o parto, atribuindo a causa à manobra de Kristeller (Formenti, Cambricoli, 2017).

A manobra de Kristeller, apesar de ainda ser utilizada em alguns casos, é considerada um procedimento invasivo e prejudicial, sem embasamento científico que ao invés de auxiliar aumenta o risco de complicações para a mãe e ao bebê, atrelado a isso, não há evidências que comprovem a sua eficácia na aceleração do parto (Araújo *et al.*, 2021, p.279).

Demostrou-se ainda que seu maior índice de utilização é em mulheres que não possuem acompanhante durante o parto. Sendo assim, a ausência ou privação de direito de um acompanhante pode tornar a mulher mais vulnerável a procedimentos invasivos e desnecessários (Araújo *et al.*, 2021, p.279).

4.1.2 Proibição do Acompanhante

De acordo com algumas pesquisas, constatou-se que, embora a maioria das mulheres chegue com acompanhante no hospital, este é, com frequência, impedido de permanecer junto a ela durante a internação em razão das políticas do hospital, ademais, revelou-se também que

a presença de acompanhantes durante o parto está associada a uma menor frequência de procedimentos invasivos, isso sugere que o apoio social proporcionado pelo acompanhante contribui para um parto mais seguro e humanizado, reduzindo a necessidade de intervenções médicas que podem trazer riscos para a mãe e o bebê (Assis; Meurer; Delvan, 2021, p.147).

As justificativas utilizadas para negar o direito ao acompanhante durante o parto, além de violar os direitos da mulher, demonstram como a violência obstétrica é um problema sistêmico, enraizado nas práticas e normas institucionais que legitimam práticas violentas e negligenciam a necessidade de garantir um atendimento humanizado e respeitoso às mulheres, de modo que, embora a lei 11.108 /2005 assegure o direito ao acompanhante durante o parto, essa garantia é frequentemente subvertida por práticas arbitrárias de hospitais e profissionais de saúde, que impõem restrições injustificadas à escolha e à presença do acompanhante (Ciello *et al.*, 2012, p.65-69).

A presença de um acompanhante de livre escolha pela gestante é essencial para a humanização do parto, o qual atuará como um fator crucial na promoção de uma experiência mais positiva e respeitosa, funcionando como um apoio emocional, físico e informativo, capaz de diminuir significativamente a sensação de vulnerabilidade e isolamento da mulher, tornando-a mais ativa e participativa no processo (Assis; Meurer; Delvan, 2021, p.147).

A ausência de acompanhamento durante o pós-parto, prática recorrente no Brasil, transforma esse momento em um período de sofrimento e abandono, conhecido por muitas mulheres como o momento de estar “largada no quartinho”, expressão que denota o sentimento de desamparo sofrido por essas vítimas em momento de extrema vulnerabilidade (Ciello *et al.*, 2012, p.64).

Para além das restrições já enunciadas, muitos hospitais realizam cobranças para que a gestante possa levar um acompanhante, configurando uma prática ilegal e um tipo de violência obstétrica que fere o direito à assistência humanizada e gratuita assegurada legalmente decorrente de uma forma de exploração que impõe um custo adicional à mulher em um momento de fragilidade, intensificando o sofrimento psicológico e financeiro (Ciello *et al.*, 2012, p.65-69).

4.1.3 Episiotomia

A episiotomia foi introduzida no final do século XIX e se reflete a evolução da medicina obstétrica, essa prática foi rapidamente difundida em diversos países, sendo incorporada à rotina dos hospitais brasileiros apenas nas últimas décadas do século XX. Ela consiste em um corte

no períneo realizado durante o parto com intuito de facilitar a recuperação em casos de laceração perianal, além disso, nos Estados Unidos essa prática se popularizou após 1920, graças às publicações dos médicos Pomeroy e De Lee, enquanto no Brasil, a episiotomia se tornou rotina nos hospitais apenas a partir dos anos 1970 (Progianti; Araújo; Mouta, 2008, p.46).

Quando esse procedimento foi inserido ela transformou o parto de um processo natural, a um evento patológico que requeria intervenção médica coincidindo assim com a crescente institucionalização do parto em hospitais (Pereira, Pinto, 2001, p.188).

A episiotomia, mencionada anteriormente, é definida como um procedimento cirúrgico realizado durante o parto, consiste em uma incisão na região perineal da mulher, com o objetivo de ampliar o canal vaginal e facilitar a passagem do bebê e essa prática, embora controversa, tem sido utilizada com a finalidade de prevenir lacerações espontâneas e facilitar a extração fetal e por ser um procedimento invasivo, deve ser realizada apenas quando houver uma clara indicação clínica que justifique os potenciais benefícios em relação aos riscos, com a primigestação e partos prévios com históricos de lacerações perineais de terceiro ou quarto grau (Murena *et al.*, 2023, p.4869).

Embora as diretrizes médicas no Brasil desaconselhem a realização rotineira de episiotomia, estudos revelam que mais da metade das mulheres submetidas ao parto vaginal ainda sofrem esse procedimento que, além de ser desnecessário, aumenta o risco de complicações pós-parto, como sangramento, infecções e disfunções sexuais, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres (Murena *et al.*, 2023, p.4869).

A literatura obstétrica, especialmente obras de referência como a de autores como Rezende, exerce grande influência na prática clínica, no entanto, é fundamental que os profissionais da saúde realizem uma revisão crítica das evidências científicas disponíveis, a fim de embasar suas decisões e evitar a perpetuação de práticas obsoletas (Pinto, 2001, p.187).

Cabe destacar que, do ponto de vista ético, a episiotomia é um procedimento controverso pois envolve a realização de uma cirurgia em uma mulher saudável, sem o seu consentimento livre e esclarecido, violando princípios fundamentais da bioética, como a autonomia e a dignidade da pessoa humana (Progianti; Araújo; Mouta, 2008, p.46).

A decisão unilateral dos profissionais de saúde em realizar episiotomia, sem oferecer à mulher a possibilidade de escolha, constitui uma clara violação dos seus direitos sexuais e reprodutivos, além de ser um ato de violência obstétrica que desumaniza a mulher e a priva de seu direito à autonomia sobre o próprio corpo, equiparado a uma mutilação genital (Carniel; Vital; Souza, 2019, p.6).

Nessa perspectiva, o consentimento informado é um direito fundamental de toda mulher e deve ser respeitado em todas as etapas do processo de parto, no entanto, a prática da episiotomia demonstra que, muitas vezes, esse direito é transgredido e a falta de informação adequada e a pressão exercida pelos profissionais de saúde para que sejam aceitas essas intervenções, contribuem para a persistência dessas crenças e configuram uma violação à autonomia e à dignidade da parturiente (Carniel; Vital; Souza, 2019, p.6).

Um estudo realizado em Minas Gerais revelou que muitas mulheres acreditam que a episiotomia é indispensável e serve para aliviar a dor e contribuir para aceleração do parto, no entanto, ela só deve ser indicada de forma individualizada e baseada em critérios clínicos específicos (Carniel; Vital; Souza, 2019, p.7).

É importante destacar que, embora o parto possa ser uma experiência positiva e enriquecedora para muitas mulheres, é fundamental considerar também os seus aspectos negativos, que podem ter um impacto significativo na sexualidade feminina (Progianti; Araújo; Mouta, 2008, p.47) haja vista que o tipo de laceração decorrente da episiotomia exerce um papel crucial na retomada da vida sexual das mulheres, e, quanto mais graves, maior a demora ao retorno das relações sexuais em razão das dores e desconfortos que podem perdurar meses após o parto (Carniel; Vital; Souza, 2019, p.7).

Por fim, muitas mulheres relatam que a dor durante as relações afetou negativamente sua sexualidade além do sentimento de insatisfação e ressentimento em relação ao desrespeito à sua integridade física, evidenciando o impacto psicológico e emocional do uso dessa técnica abusiva (Progianti; Araújo; Mouta, 2008, p.47).

4.1.4 Indução do Parto por Ocitocina

A partir do final do século XIX, observamos uma crescente medicalização da sociedade, incluindo na gestação, no parto e no nascimento, processos que antes eram considerados naturais, e passaram a ser cada vez mais dominados pela medicina. No Brasil, a partir de meados do século XX, essa tendência se intensificou com a hospitalização generalizada dos partos e a crescente mercantilização da saúde, além disso, o avanço tecnológico, como a reprodução assistida e o ultrassom, reforçou ainda mais esse cenário (Nucci; Nakano; Teixeira, 2018, p.980).

A visão do parto como um evento puramente fisiológico foi substituída por uma perspectiva médica, que o enquadra como um processo suscetível a complicações e que, portanto, requer intervenção médica. A partir dessa nova perspectiva, a ocitocina sintética,

introduzida na década de 1950, passou a ser amplamente utilizada para induzir ou acelerar o trabalho de parto em mulheres com colo do útero dilatado, tornando-se um dos principais medicamentos uterotônicos (Schincaglia *et al.*, 2017, p.76).

A indução do parto é um procedimento que visa acelerar o nascimento através da estimulação artificial das contrações uterinas e tem por objetivo principal promover a dilatação do colo do útero e a descida do bebê, buscando um parto mais rápido e eficiente, no entanto, é importante ressaltar que a indução pode alterar o padrão das contrações uterinas, aumentando o risco de hemorragias, infecções e trombose, tanto para a mãe quanto para a criança (Moraes *et al.*, 2022, p.17).

Um marco fundamental para o conhecimento sobre a ocitocina ocorreu em 1895, quando os pesquisadores ingleses George Oliver e Edward Sharpey-Schafer descreveram os efeitos da glândula pituitária em animais e, por meio desses estudos, revelaram que a injeção de extratos dessa glândula provocava um aumento da pressão arterial e uma redução na produção de urina, assim, essas descobertas iniciais foram cruciais para os avanços posteriores na compreensão dos efeitos e das funções da ocitocina (Nucci; Nakano; Teixeira, 2018, p.982).

Para além de induz e intensifica as contrações uterinas reduzindo os riscos de hemorragias, a ocitocina desempenha papel fundamental na lactação, estimulando a produção do leite materno. Já no âmbito neurobiológico, a ocitocina está envolvida na modulação de comportamentos sociais tais como a criação do vínculo afetivo entre mãe e filho, e na regulação de processos emocionais (Schincaglia *et al.*, 2017, p.79).

Contudo, apesar de possuir propriedades importantes que auxiliam o processo de parto, a utilização inadequada de ocitocina pode desencadear uma série de complicações para a mãe, incluindo contrações uterinas muito frequentes e intensas, que podem levar à ruptura do útero e a hemorragias, além de risco de lesões no períneo durante o parto, podendo resultar em lacerações ou na necessidade de realização de uma episiotomia (Moraes *et al.*, 2022, p.18).

Essas complicações se estendem também ao feto, causando-lhe sofrimento por meio de contrações muito fortes e frequentes, reduzindo o fluxo sanguíneo para o bebê através da placenta, o que pode levar a falta de oxigênio e nutrientes, vale destacar que a intensidade desse sofrimento depende da dose de ocitocina administrada, da rapidez com que ela é aplicada e do tempo de uso (Moraes *et al.*, 2022, p.18).

4.1.5 Violências Morais/Psicológicas

A violência obstétrica é um fenômeno multifacetado que afeta as mulheres de diversas maneiras, causando tanto danos físicos quanto emocionais. Diante da brutalidade das violações a que foram submetidas, as gestantes podem desenvolver traumas psicológicos profundos em decorrência da experiência dolorosa e humilhante do parto, o que pode ter consequências duradouras para sua saúde mental (Oliveira *et al.*, 2021, p.4).

A gravidez é um período de grandes transformações que impacta não apenas o corpo da mulher, mas também sua saúde mental, nesse sentido, a psicologia reconhece esse período como um momento turbulento devido às mudanças nas relações sociais e nas emoções da gestante, ocasionando um estado de vulnerabilidade emocional que pode levar ao desenvolvimento de quadros de tristeza ou até mesmo de doenças mentais mais graves. O pós-parto, por sua vez, é visto como um momento de alto risco para o surgimento de transtornos psiquiátricos, o que pode prejudicar o vínculo afetivo entre mãe e bebê (Dias, Pacheco, 2020, p.6).

Nesse mesmo sentido, compreende-se a necessidade de promover políticas de cuidado à saúde mental materna, a qual deve ser uma prioridade na assistência obstétrica, visando garantir o bem-estar tanto da mãe quanto do bebê (Assis; Meurer; Delvan, 2021, p.147-148).

Partindo dessa premissa, a violência moral no parto se caracteriza pela desvalorização da mulher e pela negação de sua autonomia, a partir do momento em que o poder decisório é transferido para o profissional da saúde, e a figura feminina é transformada em um objeto de intervenção médica, perdendo a capacidade de escolher o tipo de parto que deseja e de participar ativamente do processo. Além disso, essa prática contribui para a construção de uma imagem da mulher como passiva e dependente, reforçando estereótipos de gênero e perpetuando desigualdades (Oliveira *et al.*, 2021, p.4).

Com o objetivo de combater a violência obstétrica e garantir o bem-estar psicológico das mulheres durante a gestação e o pós-parto, o presidente Lula sancionou uma nova lei, a 14.721/23, que obriga hospitais e clínicas a oferecerem informações e suporte sobre saúde mental para gestantes e novas mães, desse modo, a partir de agora, esses estabelecimentos de saúde deverão realizar atividades que conscientizem sobre a importância de cuidar da saúde mental nesse período, no qual as mulheres estão mais vulneráveis a transtornos como ansiedade e depressão segura (Senado, 2023).

Ademais, a lei garante que as gestantes tenham acesso a acompanhamento psicológico pelo SUS, desde que seja recomendado pelo médico durante o pré-natal. Essa medida é um importante passo para proteger a saúde mental das mulheres e garantir que elas tenham uma experiência de parto mais positiva e segura (Senado, 2023).

4.2 INCURSÕES SOBRE GÊNERO E RAÇA

A desigualdade racial no Brasil tem suas raízes no período colonial, quando a escravização foi instituída como base do sistema econômico através da vinda forçada de milhões de pessoas do continente africano, originando assim condições de vida subumanas para a população negra que perduram até os dias atuais (Lira, 2018, p.2).

A abolição da escravidão no Brasil, embora formal, não significou a inclusão social dos negros então libertos, os quais não tinham terras, trabalho, ou acesso à educação, desse modo, eles foram marginalizados e relegados à pobreza. Em contraponto a isso, no mesmo período, o Estado brasileiro incentivava a imigração europeia, oferecendo aos recém-chegados condições melhores de vida e trabalho, logo, essa política, associada a um profundo racismo estrutural, segue perpetuando a desigualdade social e racial no país (Lira, 2018, p.3).

A interseccionalidade de raça, gênero e classe social impacta de forma singular as mulheres negras, submetendo-as a opressões em muitos sentidos, assim, a combinação do racismo, da pobreza e do sexismo gera uma série de consequências negativas para essa população, como danos à saúde mental, menor expectativa de vida quando comparada a mulheres brancas e limitações no mercado de trabalho, concentrando-as em ocupações de menor prestígio e remuneração (Carneiro, 2011, p.118).

Nesse sentido, o feminismo foi fundamental na luta por direitos das mulheres revelando as raízes materiais e simbólicas da subordinação de seus corpos e oferecendo um importante marco teórico para entender essas opressões direcionadas. Contudo, muito embora a sua análise tenha sido essencial em diversos aspectos, ainda é preciso associar a questão racial nos discursos feministas, tendo em vista que definições que se concentram apenas nas desigualdades de gênero tendem a invisibilizar as experiências de mulheres de diferentes etnias, que sofrem os impactos combinados do racismo e do sexismo (Hollanda, 2020, p.38-39).

Aqui surge a presença do feminismo negro brasileiro, no final da década de 1970, que emergiu como uma crítica ao feminismo hegemônico, que ignora a questão étnica e traz a universalização das demandas femininas. Assim, esse novo grupo surge argumentando que a experiência feminina é marcada por diferenças raciais e, ao analisar a interseção entre raça e gênero, esses movimentos revelaram como a opressão racial intensifica as desigualdades vividas pelas mulheres negras em sociedades sexistas (Gonçalves, 2021, p.28-32).

Desse modo, os movimentos feministas hegemônicos, centrados nas experiências de mulheres brancas de classe média, tendiam a universalizar suas demandas, considerando-as aplicáveis a todas as mulheres, enquanto os movimentos antirracistas, comumente liderados por

homens negros mais privilegiados, também não contemplavam integralmente as especificidades das mulheres negras, portanto, essa dualidade, ao desconsiderar as interseccionalidades de temas, dificultava as experiências das mulheres negras e a possibilidade de serem atendidas em seus direitos (Gonçalves, 2021, p.28-29). Assim, o feminismo negro desde sua origem tem como foco central promover a integração entre raça, gênero e classe, buscando desconstruir estereótipos e desafiar as estruturas de poder que perpetuam a opressão de mulheres negras (Akotirene, 2019, p.16).

A interseccionalidade, segundo Kimberlé Crenshaw (2002, p.177), é fundamental para compreendermos como diferentes formas de opressão se entrelaçam, gerando desigualdades complexas e múltiplas em suas formas de se manifestar, assim, ao analisar a interação entre raça, gênero, classe e outras categorias sociais, torna-se evidente quão limitadas são as análises que isolam cada uma dessas dimensões e essa perspectiva nos permite perceber que tanto o feminismo quanto o movimento negro, em suas formulações tradicionais, têm falhado ao desconsiderar as experiências conectadas das mulheres negras, reproduzindo, respectivamente, o racismo e o machismo.

Crenshaw utiliza a metáfora das ruas para ilustrar a interseccionalidade, desse modo, assim como as ruas se cruzam formando interseções, diferentes formas de opressão se entrelaçam, criando experiências únicas de discriminação. Portanto, indivíduos que ocupam essas interseções, como mulheres negras, por exemplo, sofrem o impacto simultâneo de múltiplas violações, vivenciando a colisão de diferentes sistemas de poder (Gonçalves, 2021, p.30).

A construção da teoria da interseccionalidade não se deu de forma isolada, mas sim por meio de um diálogo entre diversas autoras, tanto estrangeiras quanto brasileiras. Nomes como Patricia Hill Collins, Bell Hooks, Audre Lorde, Angela Davis, Sueli Carneiro, Luiza Bairros, Lélia Gonzales, Akotirene, entre outras, contribuíram significativamente para o desenvolvimento desse conceito, oferecendo diferentes perspectivas sobre as complexidades das opressões sociais (Santana, 2022, p.33).

Ao estabelecermos uma relação com as teorias interseccionais de Audre Lorde e Achille Mbembe, percebemos que os medos e as violências vivenciadas por mulheres negras e brancas são radicalmente distintos pois enquanto as mulheres brancas temem a perpetuação do patriarcado, as mulheres negras enfrentam a constante ameaça da morte violenta de seus filhos, resultado de necropolíticas que contradizem o discurso conservador sobre a valorização da vida (Akotirene, 2019, p.16)

Ademais, a análise sob o viés de raça, gênero e classe molda de forma distinta a experiência da velhice para as mulheres visto que, enquanto as mulheres brancas, em sua maioria, vivenciam a velhice como um período de aposentadoria e cuidado de si mesmas, as mulheres negras continuam a carregar o fardo do trabalho, seja dentro de casa ou no mercado informal demonstra como o racismo estrutural e o sexismo impede que as mulheres negras usufruam dos mesmos direitos e privilégios que as mulheres brancas, perpetuando uma desigualdade histórica (Akotirene, 2019, p.16).

No que tange a proteção jurídica destinada a esse grupo minoritário, a autora e pesquisadora soteropolitana Carla Akotirene (2019, p.35-36) evidencia a exclusão racial e de gênero no campo jurídico, argumentando que as políticas públicas, ao adotarem um enfoque universal, invisibilizam as experiências específicas das mulheres negras, que, ao estarem em interseção de múltiplos grupos marginalizados, sofrem violências específicas que não são capturadas por análises que se concentram apenas no racismo ou no sexismo. A autora demonstra ainda como os estereótipos sobre as mulheres negras as colocam em uma posição de vulnerabilidade e as responsabilizam individualmente por problemas sociais estruturais.

O processo de marginalização das mulheres negras tem consequências devastadoras, como demonstram os dados do Infopen, Ipea e IBGE. A alta taxa de encarceramento, a extrema pobreza e o limitado acesso à saúde revelam as disparidades raciais e de gênero no Brasil e esses dados evidenciam a necessidade urgente de políticas públicas que combatam o racismo e promovam a equidade (Casali; Pinel; Servo, 2023, p.801-802).

As categorias sociais, como gênero e raça, são construções históricas e sociais que moldam as experiências humanas, assim, a interseccionalidade nos mostra que essas categorias não são estáticas, mas se cruzam e se influenciam mutuamente, produzindo hierarquias e desigualdades. Portanto, a abordagem que faz essa separação distorce a realidade e obscurece as experiências das mulheres de cor visto que pensar sobre esses elementos isoladamente nos faz perder de vista a complexidade das opressões que as mulheres negras vivenciam (Hollanda, 2020, p.58).

4.3 INCIDÊNCIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB O RECORTE RACIAL E SOCIAL

A violência obstétrica, um problema sistêmico nos serviços de saúde, constitui uma violação grave dos direitos humanos das mulheres. A OMS alerta que essa prática não se limita ao desrespeito, mas também coloca em risco a vida, a saúde física e mental, e a dignidade das mulheres, além de violar o princípio da não discriminação (Santana, 2022, p.48).

Conforme entendimento de Diniz, apesar de o conceito de violência obstétrica ser relativamente novo, o sofrimento das mulheres durante o parto é um problema antigo, registrado em diferentes épocas e culturas sendo que no Brasil, os primeiros questionamentos sobre essas práticas surgiram na década de 1980 (Assis, 2017, p.4).

Embora a Constituição Federal garanta o direito à saúde para todos, os dados demonstram que negros e brancos no Brasil não possuem os mesmos acessos, logo, a desigualdade racial se manifesta em diferentes etapas da vida, desde o nascimento até a morte, impactando, inclusive, a qualidade de vida e as oportunidades de saúde (Magalhães, 2019, p.13).

Trazendo o olhar para a maternidade, esta, desde a escravidão até os dias atuais, foi marcada por uma trajetória distinta entre as mulheres negras e brancas, já que diferentes papéis sociais e imposições históricas fizeram com que a reivindicação pela maternidade voluntária não fosse uma prioridade para as mulheres negras (Prates, 2023, p.79), desse modo, é possível visualizar que esse período histórico reduziu seus corpos a um mero objeto de exploração de trabalho, sexual, reprodutivo, até mesmo para a amamentação dos filhos dos senhores, revelando a profunda desigualdade social e a desumanização a que eram submetidas (CONPEDI, 2024, p.274).

Angela Davis evidencia a brutalidade da escravidão ao destacar que as mulheres negras grávidas eram submetidas a condições de trabalho degradantes nas lavouras, além de castigos físicos, mesmo em estado avançado de gestação e a indulgência, quando ocorria, era motivada pela simples valorização econômica do futuro escravo e ao seu valor como mão de obra, sendo comparados a animais (Prates, 2023, p.79).

Historicamente, as mulheres negras são submetidas a um processo de infantilização que as silencia e nega sua autonomia, no contexto da saúde, essa dinâmica se manifesta de forma evidente durante o pré-natal, parto e puerpério. Nesse contexto são estereotipadas como irresponsáveis, incapazes de compreender orientações médicas e destituídas do poder de decisão sobre seus próprios corpos (Magalhães, 2019, p.14-15).

Outro fator que merece destaque nessa discussão é que a grande influência do conhecimento médico moderno está intrinsecamente ligada à exploração de mulheres negras escravizadas, personagens como James Marion Sims, considerado o "pai da ginecologia", conduzia experimentos cruéis em mulheres negras, sem anestesia, sob a falsa premissa de que elas possuíam uma maior tolerância à dor e essa narrativa, construída a partir de práticas racistas e desumanas, consolidou o mito da resistência da mulher negra à dor, servindo como

justificativa para as práticas agressivas no parto e o descaso com a saúde reprodutiva desse grupo (Santana, 2022, p.31).

Assim, é possível entender que a história da obstetrícia revela um cenário de profunda desigualdade racial, tendo em vista que enquanto mulheres negras eram submetidas a práticas cruéis e experimentações médicas sem consentimento, as mulheres brancas de classe média e alta tinham acesso a cuidados humanizados e métodos para alívio da dor, e essa disparidade histórica contribuiu para a construção de um sistema obstétrico marcado pela violência e pelo racismo, que persiste até os dias atuais (Santana, 2022, p.31).

Ante ao exposto, verifica-se que a medicina reprodutiva se instituiu sob uma base muito perversa que revela a objetificação dos corpos de mulheres negras, tratadas como “supercorpos” para experimentos, que foram alvo de explorações em benefício do avanço científico, sem que houvesse qualquer respeito à sua humanidade, remontando ao pensamento escravocrata, que se prolonga através de abuso reprodutivo contra mulheres e meninas negras até a atualidade (Davis, 2020, p.755).

O racismo institucional é um fator determinante da violência obstétrica sofrida por mulheres negras devido à falta de atenção, os estereótipos racistas e as práticas discriminatórias disseminadas nas instituições de saúde que contribuem para a desqualificação de suas experiências e necessidades, de modo que as disparidades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde reprodutiva reforçam as diferenças em razão de fatores de raça e gênero (Assis, 2017, p.6).

A pesquisadora Ellen Hilda Souza de Alcântara Oliveira (2018, p.47), visando analisar na prática a incidência dos fatores históricos e as intersecções de raça e gênero que subjagam mulheres negras e periféricas a situações degradantes no âmbito obstétrico, realizou um estudo em um hospital público de Feira de Santana, município a aproximadamente 108 quilômetros de Salvador.

O exame de campo concentrou-se na área Materno-Infantil de um grande hospital estadual, abrangendo os setores de pré-natal, centro obstétrico e alojamento conjunto, essa instituição, referência em gestantes de alto risco, também atende casos de menor complexidade devido à alta demanda, no entanto, o estudo focou exclusivamente nas mulheres com gestação de alto risco, cadastradas na rede estadual e amostra da pesquisa foi composta por 13 mulheres negras, com idades entre 18 e 45 anos, que estavam em diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal e foram entrevistadas gestantes de alto e baixo risco, tanto durante o pré-natal quanto no momento do parto e pós-parto (Oliveira, 2018, p.48-51).

Dessa forma, o resultado da pesquisa evidenciou a existência de falhas significativas no cuidado prestado às mulheres negras, caracterizado por descaso e situações de violência obstétrica. As participantes relataram sentimentos de solidão e abandono durante o processo gestacional e puerperal, revelando as desigualdades no acesso a um atendimento de qualidade, outro dado importante é que diante da naturalização dos maus tratos, baseados no preconceito ético, as mulheres negras vivenciam violências obstétricas, mas, em geral, não as associam diretamente ao racismo institucional (Oliveira, 2018, p.101-102).

Isto posto, compreende-se que as violências obstétricas sofridas por mulheres brasileiras, especialmente as negras e pobres, são produto de um processo histórico enraizado no período colonial, que moldou as desigualdades sociais e de gênero ainda presentes no sistema de saúde. De modo que a desumanização da mulher negra na gestação, herança do período colonial, legitima a crueldade obstétrica, que rebaixa o corpo feminino negro e exige que ele suporte a dor, negando-lhe o direito ao cuidado humanizado (CONPEDI, 2024, p.273).

Embora o conceito de violência obstétrica seja fundamental para analisar os abusos sofridos pelas mulheres durante a gestação e o parto, ele não captura de forma completa a dimensão racial desses abusos. (Davis, 2020, p.754). O conceito de racismo obstétrico, proposto por Dána-Ain Davis, evidencia como o racismo influencia diretamente os resultados reprodutivos das mulheres negras, impactando negativamente seus períodos gestacionais e de pós-parto. Essa análise demonstra a persistência do racismo institucional no campo da saúde, afetando até mesmo mulheres negras com melhores condições socioeconômicas, tornando-as submissas a práticas médicas humilhantes (Prates, 2023, p.105).

Essa prática, marcada por negligência, desrespeito e abusos médicos, se manifesta em lacunas diagnósticas, procedimentos não consentidos e coerção, tudo moldado por um histórico de racismo e segregação e essa violência obstétrica específica para mulheres negras tem graves consequências para a saúde materna e infantil (Santana, 2022, p.30).

Diante dessas falhas, milhares de mulheres negras são submetidas a procedimentos médicos desnecessários, partos que priorizam a conveniência dos profissionais de saúde e sofrem com comentários racistas e desrespeitosos sobre suas escolhas. Além disso, são negadas analgesias adequadas, baseadas no mito racista de que mulheres negras possuem maior tolerância à dor devido ao seu passado de escravidão (Silva *at al*, 2022, p.6).

Um exemplo claro da violência obstétrica contra mulheres negras é a desigualdade no acesso ao pré-natal, especialmente em gestações não planejadas, que mesmo com a recomendação de seis consultas, mulheres negras realizam um número significativamente menor, o que as priva de orientações importantes sobre o parto, expondo-as a práticas violentas

e dificultando o acesso a serviços de qualidade e essa desassistência é resultado da interseção entre racismo e violência institucional, gerando sofrimento psicológico e aumentando o risco de complicações durante a gestação e o parto (Silva *at al*, 2022, p.6).

É válido pontuar também outro exemplo dessa disparidade, que é a maior incidência de iatrogenias em mulheres negras durante o parto, como a realização de episiotomia com menor analgesia e o maior risco de parto pós-termo, ou seja, após as 42 semanas. Essa negligência na assistência, que prioriza procedimentos desnecessários em detrimento da saúde da mulher e do bebê, revela a falta de atenção à prevenção nesse grupo populacional, gerando uma urgência informacional as mulheres negras sobre esses riscos para que possam identificar e denunciar situações de violência obstétrica (Alencar *et al.*, 2022, p.6).

Como já mencionado, todo essa problemática tem impacto devastador na saúde materna e infantil, manifestando-se em altas taxas de mortalidade. Dados revelam que cerca de 60% das mortes maternas ocorrem entre mulheres negras, o que demonstra a urgência de garantir um atendimento adequado a esse grupo populacional e é fundamental ressaltar que a maioria dessas mortes poderiam ser evitadas com cuidados de saúde adequados (Silva *at al*, 2022, p.3).

Esse aumento significativo nas taxas foi objeto de audiência pública, que constatou que enquanto o índice de mortalidade materna diminuiu entre mulheres brancas no período de 2000 a 2012, elas aumentaram significativamente entre as mulheres negras (Assis, 2017, p.7).

Portanto, a violência obstétrica contra mulheres negras é um reflexo da lógica do necropoder, que naturaliza a morte dessas mulheres e as transforma em números e, ao negligenciar seus cuidados de saúde, o sistema perpetua uma violência institucional que se manifesta na forma de racismo, sexismo e classismo, tornando-as mais suscetíveis a complicações durante a gestação e o parto (Prates, 2023, p.110-113).

Apesar da existência de inúmeros dados que comprovam a ocorrência da violência obstétrica, parte da comunidade médica e entidades de saúde negam esse problema, difundindo narrativas que minimizam e invalidam a experiência das mulheres. Nesse sentido o governo federal, em diversas ocasiões, corroborou com essa postura, atacando o uso do termo "violência obstétrica" e desincentivando ações para combatê-la e, somente após forte pressão da sociedade civil, o Ministério da Saúde foi obrigado a reconhecer a legitimidade do termo (Lima, 2022, p.3).

Vale salientar também que o racismo obstétrico, não é um fato exclusivo que acomete somente o Brasil, muitos países, com a mesma cara histórica de colonialismo e a escravidão, marcado pela inferioridade negra e falsa supremacia racial branca, também refletem essa estrutura, fazendo com que atualmente indivíduos tenham a ideologia preconceituosa e

ignorante de que a população negra é inferior e buscam deletar as suas histórias (Silva *at al*, 2022, p.6).

No que tange ao recorte social, é notório que no Brasil, a experiência do parto é marcada por profundas desigualdades sociais, que restringem o poder de escolha das mulheres, especialmente as negras e as de baixa renda, o local de nascimento e as condições em que ele ocorre são determinados por fatores sociais e econômicos, e não por desejos individuais, revelando, por meio dessa realidade que o ato de dar à luz não é uma experiência igualitária, mas sim um reflexo das desigualdades presentes na sociedade (Urpia, 2020, p.144).

O acesso à informação e aos serviços de saúde que permitem às mulheres escolherem como dar à luz é desigual no Brasil, assim, mulheres negras e de baixa renda, em particular, enfrentam barreiras que limitam sua autonomia e seu poder de decisão sobre o próprio corpo (Urpia, 2020, p.144).

Apesar de ser um fator crucial e garantidor de muitos acessos, o nível socioeconômico elevado não garante uma experiência de parto livre de violência para mulheres negras, sendo o racismo obstétrico um fenômeno complexo que se manifesta de diversas formas e afeta mulheres negras de todas as classes sociais, embora de maneiras distintas (Santana, 2022, p.53).

Nesse aspecto, é fundamental analisar como a violência obstétrica se manifesta especificamente contra mulheres negras, tanto no sistema de saúde público quanto no privado. O SUS, apesar de ser um sistema de saúde universal e referência mundial, não está imune a essa realidade, e esse grupo, em particular, é muito atingido pelos reflexos das desigualdades. Nesse cenário, apesar da observação de alguns avanços, mulheres negras e pardas continuam a experimentar uma menor qualidade de assistência, com menor acesso à informação e aos cuidados adequados durante o pré-natal e o parto, além da peregrinação obstétrica, que demonstra a busca por outros serviços de saúde, em reflexo a insatisfação com a assistência recebida (CONPEDI, 2024, p.278).

Retomando a análise, agora tratando do sistema de saúde privado, em que pese este ofereça um modelo de assistência obstétrica mais individualizado, e um atendimento aparentemente mais humanizado, marcado por consultas mais detalhadas e pela possibilidade de elaborar um plano de parto, a prática da violência obstétrica nesse ambiente se manifesta de forma mais sutil e medicalizada, demonstrando-se por meio de indução do trabalho de parto, pela realização excessiva de intervenções médicas e as altas taxas de cesáreas, mesmo em gestantes de baixo risco, comumente justificada pela busca por um parto mais rápido e supostamente seguro (CONPEDI, 2024, p.279).

Essa medicalização excessiva, muitas vezes mascarada por um discurso de cuidado, revela a existência de uma cultura cesariana na rede privada, impulsionada por interesses econômicos e pela programação de partos (CONPEDI, 2024, p.279).

Frente a isso, uma situação emblemática de repercussão mundial, analisada pelo comitê da CEDAW, órgão vinculado a ONU, que pôs em análise a perspectiva interseccional das violências ocorridas no ramo obstétrico foi o caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira, uma mulher, negra, periférica, que infelizmente foi alvo da mortalidade materna em razão de negligência dos profissionais de saúde em obstetrícia, e, o desenrolar do seu caso, demonstra a incidência dos aspectos discriminatórios das mais diversas ordens bem como a proporção nacional que esse caso tomou, sendo o primeiro caso de responsabilidade internacional de um Estado (Nunes, 2021, p.65).

Em 11 de novembro de 2002, Alyne procurou atendimento médico na Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, em Belford Roxo, devido a intensas náuseas e dores abdominais, estando no sexto mês de gestação, foi atendida por um ginecologista obstetra que, após avaliação, prescreveu medicação para náuseas, suplemento com vitamina B12 e indicou tratamento tópico para possível infecção vaginal e, como medida de precaução, foram solicitados exames de sangue e urina e a paciente foi liberada para retornar para casa, e, de imediato deu início ao tratamento recomendado (CEDAW, 2011, p.3).

Entre os dias 11 e 13 de novembro de 2002, o quadro clínico de Alyne piorou significativamente, diante disso, a paciente e sua genitora compareceram ao posto de saúde no dia 13, com o intuito de que o obstetra a avaliasse antes mesmo da realização dos exames laboratoriais previamente agendados. Após exame o obstetra-ginecologista determinou a internação da paciente às 8h25 e, em seguida, outro médico, presente no local, realizou novo exame o qual não detectou atividade cardíaca fetal, sendo o diagnóstico confirmado por ultrassonografia (CEDAW, 2011, p.3).

No dia 13 de novembro de 2002, Alyne concebeu o feto morto de 27 semanas às 19h55 e, após a indução do parto que teve início às 14h00. Imediatamente após o parto, a paciente apresentou complicações graves, incluindo hemorragia, vômitos e pressão arterial baixa. No dia seguinte, 14 de novembro, por volta das 14h00, mesmo diante da apresentação dos sintomas anteriores a paciente foi submetida a uma curetagem, mas as complicações persistiram (CEDAW, 2011, p.3).

Diante da gravidade do caso, os médicos tentaram contato com os diversos hospitais públicos e privados da região, e apenas um possuía vaga, o Hospital Geral de Nova Iguaçu mas só possuíam uma ambulância disponível, e se negaram a utilizá-la na ocasião. Como a família

da paciente não tinha veículo para fazer esse transporte, ela precisou aguardar por mais oito horas até que fosse feita a sua transferência, contudo, diante do agravamento do quadro clínico, Alyne veio a óbito no dia 16 de novembro de 2002 (CEDAW, 2011, p.4).

Após o falecimento de Alyne Pimentel, seu cônjuge ingressou com a ação judicial nº 0015253-21.2003.8.19.0001 (TJRJ, 2002) contra o Estado do Rio de Janeiro em fevereiro de 2003, buscando indenização por danos morais e materiais, no qual obteve o indeferimento do seu pedido inicial de tutela antecipada, que visava garantir uma medida provisória enquanto o processo tramitava. Meses após, o pedido foi renovado, mas novamente negado pela Justiça, fato que demonstrou o descaso do judiciário em se manifestar, o qual demorou mais de três anos para a designação de um perito médico, e somente em 2013, onze anos após a morte de Alyne, a Justiça proferiu a primeira decisão de mérito sobre o caso (Silva, 2015, p.14)

Diante da demora na resolução judicial do caso, Maria de Lourdes da Silva Pimentel, mãe da falecida, com o apoio do Centro de Direitos Reprodutivos e da Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos decidiu recorrer a instâncias internacionais, para tanto, apresentou uma comunicação individual ao Comitê da ONU para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, a CEDAW, denunciando o Estado brasileiro por violação de seus direitos (Silva, 2015, p.14).

A autora então apresentou suas queixas junto ao comitê com amparando-se nos artigos 2º e 12 (CEDAW, 2011, p.4) da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres de 2002, que tem por fundamentos seguintes termos:

Artigo 2º - 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 em uma 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 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.

Artigo 12

1. 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 condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive referentes ao planejamento familiar.
2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.

O Estado, visando a sua defesa, revisitou os dispositivos jurídicos alegando a inexistência de culpa do poder público, mas de uma falha do setor privado que atendeu a paciente (CEDAW, 2011, p.9), e, após analisar o caso, o Comitê da CEDAW (2011, p.23), concluiu que o Estado brasileiro violou os direitos da parturiente, garantidos pela Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e, em especial, houve uma falha em garantir o direito à saúde, o acesso à justiça e a devida diligência na regulação dos serviços de saúde. Em decorrência dessas violações, foi determinado ao Estado que indenizasse a mãe e a filha da vítima, considerando a gravidade dos danos morais e materiais sofridos.

O caso de Alyne Pimentel demonstra a necessidade de uma análise interseccional das categorias de raça, classe e sexualidade ao se desenvolverem políticas públicas e normas sociais, sendo fundamental para identificar as especificidades e vulnerabilidades de cada grupo social, garantindo que as políticas públicas sejam eficazes e justas (Catoia; Sever; Firmino, 2020, p.8).

Nesse sentido o estudo "Nascer nas prisões" promove uma reflexão acerca da intensificação das violências institucionais, tanto raciais quanto obstétricas, sofridas por gestantes encarceradas, principalmente mulheres negras e jovens, e a pesquisa demonstra que o acesso à assistência pré-natal para essas mulheres é significativamente inferior à média nacional, evidenciando as desigualdades raciais e sociais no sistema prisional brasileiro como reflexo claro das hierarquias de poder (Góes, 2020, p.370).

Em suma, a violência obstétrica é um grave problema de saúde pública no Brasil que exige uma abordagem multidisciplinar e a participação ativa de diversos atores sociais e para combatê-la, é fundamental que o Estado implemente políticas públicas eficazes, que promovam a saúde reprodutiva das mulheres e garantam o cumprimento de seus direitos. Além disso, é preciso atuar nas raízes da violência contra as mulheres, transformando a cultura institucional e os serviços de saúde (Santana, 2022, p.48).

Ante o exposto, fica evidente que pensar a desigualdade no processo reprodutivo não é uma questão de escolha individual, mas sim o resultado de condições sociais e econômicas desiguais. A falta de acesso a recursos básicos, como informação de qualidade, serviços de saúde adequados e condições de vida dignas, restringe as opções das mulheres e as submete a experiências de parto marcadas pela violência e pela desigualdade sobretudo quando estão dentro dos grupos marginalizados (Filho, 2020, p.153). Nesse sentido, é importante compreender qual a forma que o Estado tem encontrado para responsabilizar os agentes causadores desses danos.

4.4 RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL DOS PROFISSIONAS DE SAÚDE

O termo “responsabilidade” vem do latim e significa, basicamente, a obrigação de arcar com atos praticados, essa ideia decorre de premissas importantes do Direito Romano, em que as pessoas que faziam promessas ou acordos tinham que cumpri-las, ou seja, eram “responsáveis” por suas palavras (Gagliano, Filho, 2012, p.46).

Em outras palavras, a responsabilidade em seu vasto sentido, abrange desde a noção de cuidado até a obrigação jurídica de responder pelos atos praticados. Dentro do âmbito jurídico, a responsabilidade civil surge como o dever legal de reparar danos causados a outrem, em decorrência da violação de um direito subjetivo tutelado pelo ordenamento jurídico, de modo que a reparação, por meio de indenização, tem como objetivo restituir à vítima a situação anterior ao dano sofrido, e, cabe ressaltar que é a prática de um ato ilícito que constitui o fato gerador da obrigação de indenizar (Feitosa; Carvalho; Leonel, 2023, p.2117).

A origem do instituto da responsabilidade civil está intrinsecamente ligada a criação de mecanismos políticos com o intuito de conter a vingança privada, instituindo meios de reparação civil, desse modo, a responsabilidade civil não é um fenômeno inerente à natureza humana, mas sim um produto histórico e social, resultante da necessidade de pacificar os conflitos e garantir a ordem entre os grupos sociais (Santos, 2008, p.34).

Em síntese, a responsabilidade civil impõe o dever de reparar os danos causados por atos ilícitos, seja por ação ou omissão, próprios ou de terceiros sob sua guarda. Tal obrigação encontra seu fundamento na necessidade de restaurar a situação anterior ao dano conforme prevê ordenamento jurídico (Bomfim, Júnior, 2023, p.5037).

O Código Civil de 2002 prevê em seu artigo 186 que “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.” Ademais, o mesmo código traz mais enunciados

tratando do tema no artigo 927, que entende que independente de culpa, quem causar dano a outro tem dever de indenizar quando a atividade desenvolvida incorrer em risco, e os artigos 951 que determina que “aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho”.

Diante de tudo quanto exposto é possível traçar alguns pressupostos para que se configure a responsabilidade civil, o primeiro deles é a conduta humana, seja ela ativa (ação) ou passiva (omissão), sendo ambas o resultado de um ato de vontade do agente, ou seja, de uma decisão consciente e livre. Desse modo, tem-se que a voluntariedade é o elemento central da conduta, pois esta implica na capacidade do indivíduo de escolher seus atos e de compreender as consequências (Gagliano, Filho, 2012, p.78).

O segundo elemento é o dano, conceituado por Varela (2000, p.598) como “a perda *in natura* que o lesado sofreu, em consequência de certo facto, nos interesses (materiais, espirituais, morais) que o direito violado ou a norma infringida visam tutelar.”

De acordo com o jurista Sergio Cavalieri Filho (2000, p.70), O dano é o elemento essencial da responsabilidade civil, sem a sua ocorrência, seja ele em sua forma material ou moral, não há razão para se discutir a obrigação de indenizar, e, até mesmo na responsabilidade objetiva, em que não é necessária a comprovação da culpa, o dano permanece como o elemento central, afinal, se não há prejuízo a ser reparado, não há razão para se imputar a responsabilidade a alguém.

Por fim, temos o nexos de causalidade enquanto pressuposto, o qual, similarmente ao Direito Penal, é fundamental estabelecer o vínculo causal entre a conduta do agente causador do dano e o resultado danoso para atribuir-lhe a responsabilidade jurídica. Esse elo causal, também conhecido como nexos de causalidade, conecta a ação ou omissão do agente ao prejuízo sofrido pela vítima, sendo indispensável para a imputação da responsabilidade civil (Gagliano, Filho, 2012, p.151).

Partindo dessas premissas, a responsabilidade civil pode ser classificada em subjetiva e objetiva. De acordo com o entendimento de Miguel Kfoury Neto (2002, p.34) a “essência da responsabilidade subjetiva assenta-se, fundamentalmente, na pesquisa ou indagação de como o comportamento contribui para o prejuízo da vítima.”

Desse modo, a responsabilidade civil subjetiva pressupõe a existência de um ato ilícito praticado com dolo ou culpa, isto é, com negligência, imprudência ou imperícia. A culpa, nesse contexto, é o elemento fundamental para que se estabeleça a obrigação de reparar o dano causado, conforme disposto no artigo 186 do Código Civil (Veloso, Serra, 2016, p.263).

Diferente da responsabilidade subjetiva, que exige a comprovação de culpa, a responsabilidade objetiva se baseia no risco da atividade. Se uma atividade é considerada perigosa, quem a exerce assume o risco de causar danos a terceiros e, conseqüentemente, a obrigação de repará-los. Essa é a ideia central do artigo 927 do Código Civil (Feitosa; Carvalho; Leonel, 2023, p.2118).

Portanto, na responsabilidade objetiva, a culpa do agente é irrelevante e o dever de indenizar surge, simplesmente, pela existência de um dano causado por uma atividade de risco, independentemente de dolo ou culpa. Essa noção parte da teoria do risco, que surgiu como resposta às desigualdades sociais e à necessidade de ampliar a proteção às vítimas, especialmente em casos envolvendo grandes empresas e atividades perigosas, nesse sentido, destaca-se que no Brasil, a aplicação da responsabilidade objetiva é restrita aos casos em que a lei determina (Neto, 2002, p.34).

Ante ao exposto, trazendo a discussão para a o tipo de responsabilidade dos profissionais de saúde, é possível compreender que a regra geral é que a responsabilização desse grupo em caso de dano causado a outrem, será subjetiva, ou seja, isso significa que, para que o profissional seja responsabilizado por um dano causado, é preciso comprovar que ele agiu com dolo ou culpa. Nesse sentido, segue a mesma regra aos profissionais da área obstétrica, cabendo, portando, à vítima, no caso, a mulher que sofreu o dano, apresentar provas suficientes para demonstrar a conduta culposa do médico (Feitosa; Carvalho; Leonel, 2023, p.2118).

De acordo com esse entendimento, Miguel Kfourir Neto (2002, p.35) reforça que na responsabilidade civil subjetiva, o médico só será condenado a pagar indenização se ficar comprovado que ele teve culpa no ocorrido e que essa culpa causou o dano ao paciente, de modo que, comprovada a ausência da culpa, o que se tem é a compreensão de que o fato ocorrido foi inevitável.

Há de se destacar que tanto os profissionais de saúde quanto as instituições de saúde podem ser responsáveis pela prática da violência obstétrica, um em sua forma subjetiva, e o outro em forma objetiva (Veloso, Serra, 2016, p.266), contudo, nesse estudo colocaremos em foco a responsabilidade dos profissionais.

Ademais, os pressupostos para que se configure a responsabilização civil dos profissionais de saúde seguem os mesmos parâmetros do que já foi dito acima, no caso, a existência da conduta do profissional, seja de modo ativo ou passivo, a existência do dano, a relação de causalidade entre o dano e a conduta médica, contudo, aqui se acresce a necessária avaliação da culpa, a partir de um comportamento do profissional que viole o seu dever de cuidado (Neto, 1998, p.88).

Um fato curioso e de bastante destaque é que o primeiro caso tratando da responsabilidade civil de um médico ocorreu na França, intermediado pelo procurador-geral Dupin. Em 1825, durante um parto em Dromfront, um médico se deparou com uma situação obstétrica complexa, na qual os membros superiores do feto obstruíam o canal de parto, diante desse quadro, com o objetivo de facilitar a sua passagem, ele optou por amputar ambos os braços do bebê (França, 2013, p.241).

A criança sobreviveu, contudo, revoltados com a situação, os pais da criança ingressaram com uma ação judicial contra o médico, e, visando ter um melhor parecer, o tribunal solicitou opinião da Academia de Medicina, entendeu que a conduta do médico não configurava responsabilidade civil, uma vez que não havia indícios de dolo ou má fé. No entanto, o tribunal, em decisão inovadora para a época, julgou o médico culpado e o condenou a pagar uma indenização vitalícia à família (França, 2013, p.241).

Conforme o entendimento doutrinário predominante, a relação médico-paciente pode ser estabelecida de forma contratual ou extracontratual, de modo que, mesmo sem contrato escrito, há o reconhecimento de obrigações para ambas as partes. O médico, seja qual for o tipo de vínculo estabelecido, tem o dever de informar o paciente sobre o tratamento, prestar cuidados adequados e agir com ética (Udelsmann, 2002, p.173-174).

Logo, sob essa premissa e com base no entendimento de que a obrigação do médico e demais profissionais de saúde é, em sua maioria, de meio, ou seja, ele se compromete a empregar todos os meios disponíveis para alcançar o melhor resultado possível, mas não tem como garantir resultado, de modo que não há o que se falar em relação ao descumprimento contratual em caso de o resultado não sair como o esperado, inexistindo, portanto, a culpabilidade (Udelsmann, 2002, p.173-174).

Parte majoritária da doutrina tem firmado o entendimento de que a relação entre médico e paciente pode se enquadrar nas regulamentações do Código de defesa do consumidor, que utiliza como base argumentativa os artigos 2º e 3º da referida legislação, que disciplina os conceitos de consumidor, fornecedor e serviço. Contudo, cabe destacar que há uma parcela menor da doutrina que entende que essa relação não apresenta pressupostos para que se configure como de consumo, afastando assim a aplicabilidade do código (Borba, Barros, 2020, p.233).

Um dos defensores dessa tese é Miguel Kfoury Neto (1998, p.50), que acredita ser injusta a aplicação desses conceitos nessas circunstâncias pois a responsabilidade médica é subjetiva, ou seja, só se admite sua responsabilização mediante comprovação de culpa. Entretanto, ao considerar a possibilidade de aplicação do CDC, fica reconhecido também a aplicação do seu

entendimento acerca da inversão do ônus da prova, de acordo com o que é estabelecido no artigo 6º, inciso VIII, tornando-se o médico presumidamente culpado, tendo ele o encargo de provar que não cometeu o erro, transformando assim a responsabilidade médica em objetiva.

Ainda em relação ao ônus da prova nessas demandas, o juiz pode entender por aplicar a teoria da distribuição dinâmica da carga probatória, regulada pelo artigo 373, parágrafo 1º do Código de Processo civil, que diz que cabe ao juiz decidir que quem tem melhores condições para realizar a prova de determinada questão do processo, a ele cabe o encargo. Contudo, conforme já dito anteriormente, quando se admite a aplicação do código de defesa do consumidor, mediante a análise da verossimilhança das alegações e da comprovada vulnerabilidade do consumidor, cabe a inversão do ônus da prova (Borba, Barros, 2020, p.249).

No que se refere ao entendimento dos tribunais, estes vem utilizando cada vez mais o código de defesa do consumidor para avaliar as relações entre médicos e pacientes (Duarte, Gomes, 2023, p.2172), e, apesar da responsabilidade médica ser, em geral, avaliada de forma subjetiva, ou seja, considerando a culpa do profissional, a relação entre médico e paciente está sujeita às regras do Código de Defesa do Consumidor quando o profissional atua como prestador de serviços, sendo equiparado a um fornecedor e o paciente, a um consumidor (Ligieira, 2008, p.79).

O Código de defesa do consumidor de 1990, em seu artigo 14, traz o entendimento de que o fornecedor de serviços, independentemente da culpa, responde pelos riscos que sua atividade pode vir a causar ao consumidor, aqui o código regula, majoritariamente, os casos de clínicas e hospitais. Entretanto, em mesmo dispositivo em seu parágrafo 4º regula que “A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.”. Desse modo, segue a noção subjetiva de responsabilização do profissional da saúde.

Todavia, quando se trata de médicos que prestam serviço de saúde para o SUS, essa relação não seguirá as diretrizes do Código de consumo, não sendo necessária a comprovação de culpa do profissional na ocorrência do erro, e a responsabilidade recairá sobre o Estado (Alves *et al.*, 2022, p.79). De acordo com o entendimento do artigo 37, parágrafo 6º da carta magna, “As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.”.

Há casos em que o profissional de saúde presta serviços periódicos em determinado hospital ou clínica, não integrando seu quadro regular, nessas circunstâncias, a responsabilidade recai sobre o estabelecimento sem o direito de regresso ao médico (Veloso, Serra, 2016, p.267).

Em 2020 a terceira turma do STF proferiu uma decisão acerca dos atendimentos médicos privados que prestam serviços públicos pelo Sistema Único de Saúde, consagrando que esta relação não seguem as diretrizes do CDC, mas as regras de responsabilização civil do Estado. Em seu parecer a Ministra Nancy destacou que os profissionais privados que realizam esse tipo de serviço estão em prestação de função pública, sendo, portanto, responsabilidade do Estado o dever de indenizar nos casos de erros ocorridos no curso da atividade (STF, 2020).

Diante do exposto, fica claro que para lidar com questões médicas é essencial perpassar pela responsabilização dos profissionais, assim, na esfera obstétrica não é diferente, os profissionais seguem esse mesmo parâmetro. Por fim, analisaremos como se dá a responsabilização desses profissionais no âmbito penal.

4.5 RESPONSABILIZAÇÃO CRIMINAL DOS PROFISSIONAS DE SAÚDE

Inicialmente, é necessário entender que a responsabilidade penal independe da civil, haja vista que enquanto uma visa punir o indivíduo pela prática de um crime, outra busca reparar o dano causado a uma pessoa ou a um bem, incidindo sobre o patrimônio do responsável. Assim, a responsabilidade criminal é definida como a conduta ilícita que gera um resultado danoso, estabelecendo-se um vínculo causal entre a ação ou omissão do agente e o crime cometido responsável (Vieira, 2021, p.29). Dito isso, vejamos como isso ocorre na jurisprudência pátria:

APELAÇÃO CRIMINAL. HOMICÍDIO CULPOSO. Parto normal com episiotomia. ART. 121, § 3º, DO cp. INCIDÊNCIA DA MAJORANTE DO § 4º DO MESMO DISPOSITIVO LEGAL. (inobservância de regra técnica de profissão). Pena que não merece redimensionamento. Demonstrado que o réu agiu com negligência, imprudência e imperícia, e que dita conduta levou a paciente a óbito, pois, após o parto com episiotomia, deixou de realizar procedimento de revisão do reto, o que propiciou a comunicação do conteúdo fecal com o canal vaginal, culminando com infecção generalizada, que evoluiu com a morte da vítima, mostra-se correta a sua condenação pela prática do delito de homicídio culposo. Aplicabilidade da causa de aumento de pena prevista no § 4º do art. 121 do CP, por inobservância de regra técnica de profissão. Pena definitiva de dois anos de detenção, substituída por duas restritivas de direito, consistentes na prestação de serviços à comunidade e prestação pecuniária, que se mostra adequada ao caso, não ensejando redimensionamento. **APELAÇÃO DESPROVIDA.**(TJ/RS, Apelação crime nº: 70053392767, Relatora: DES.^a Lizete Andreis Sebben, 2ª Câmara Criminal, julgado em 14/11/2013).

Desse modo, cabe entender que na esfera criminal a punição recai diretamente sobre aquele que cometeu o crime, sendo assim, a legislação prevê a possibilidade de responsabilizar penalmente o médico por erros cometidos em suas atividades, que, em sua maioria, incidem como crimes culposos, ou seja, aqueles cometidos sem intenção, mas por negligência,

imprudência ou imperícia. Para que um crime culposo seja configurado, é preciso demonstrar a existência de uma conduta, umnexo causal entre essa conduta e o resultado danoso, além da violação de um dever de cuidado e a tipificação da conduta como crime (Vieira, 2021, p.30).

Contudo, o profissional da saúde que, no exercício de sua atividade, age com negligência ou omite condutas que poderiam evitar danos ao paciente, é considerado o causador do resultado danoso e pode responder criminalmente de forma dolosa (Vieira, 2021, p.30).

Dito isso, trazendo a perspectiva da violência obstétrica, temos que ausência de uma lei específica para tratar o caso no ordenamento jurídico brasileiro dificulta a responsabilização criminal dos agentes envolvidos, fazendo com que as condutas sejam, majoritariamente, enquadradas como erro médico, o que não reflete a gravidade e a complexidade da violência obstétrica, que envolve questões de gênero, poder e desrespeito aos direitos da mulher (Rodrigues; Barreto; Filho, 2023, p.99).

Ademais, é importante destacar que, por se tratar de uma conduta culposa, o erro médico ocorre sem que haja a intenção do indivíduo em causar danos a outrem, entretanto, a violência obstétrica não está vinculada ao fator culpa, podendo envolver tanto erros como ações intencionais de desrespeito e violação aos direitos da mulher. Assim, a tipificação da violência obstétrica como mero erro médico é uma simplificação que não captura a complexidade e a gravidade das violações ocorridas desconsiderando o contexto mais amplo de violência institucional e de gênero, e os tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário e que tratam da violência contra a mulher (Rodrigues; Barreto; Filho, 2023, p.100).

Em razão da inexistência de legislação específica para abarcar o tema, em muitos momentos a responsabilização dos agentes se dá por meio dos dispositivos penais genéricos, sendo os crimes principais que podem ser atribuídos a profissionais de saúde envolvidos em casos de violência obstétrica: homicídio, lesão corporal, constrangimento ilegal, ameaça, maus-tratos, calúnia, difamação e injúria (Veloso, Serra, 2016, p.264).

No contexto da violência obstétrica, tanto a difamação quanto a injúria podem ocorrer quando profissionais de saúde fazem comentários negativos ou humilhantes sobre a gestante ou o recém-nascido. A difamação se configura quando esses comentários são falsos e visam prejudicar a imagem da mulher ou do recém-nascido, muitas vezes disfarçados de "brincadeiras", já a injúria se caracteriza por ofensas diretas à dignidade da mulher, ferindo sua autoestima e respeito, outro exemplo é o crime de maus-tratos, que, na violência obstétrica, se manifesta, por exemplo, através de exames dolorosos desnecessários, negação de analgésicos e outras práticas que privam a gestante ou puérpera de cuidados essenciais (Pereira, Paiva, 2023, p.1394).

Temos também o crime de ameaça, previsto no artigo 147 do Código Penal, pode se manifestar através de expressões que, embora aparentemente banais, transmitem a intenção de causar mal injusto e grave à vítima, já o crime de lesão corporal, previsto no Código Penal, tipifica a conduta de quem lesiona a integridade física ou a saúde de outra pessoa. No contexto da violência obstétrica, o Código Penal prevê agravamentos específicos para a lesão corporal que resulta em aceleração do parto, enquadrando-se como lesão grave, ou em aborto, na lesão gravíssima (Pereira, Paiva, 2023, p.1395).

Em contrapartida, a América do Sul liderou a discussão sobre a violência obstétrica na legislação, sendo a Venezuela e a Argentina as primeiras nações da região a estabelecer leis específicas sobre o tema, ainda na década de 2000, e, pouco tempo depois, o México seguiu o exemplo e incluiu a tipificação da violência obstétrica em sua legislação (Andrighetto, Reinheimer, 2023, p.8).

O princípio da legalidade, consagrado na Constituição Federal e no Código de Processo Penal, estabelece que nenhum ato pode ser considerado crime e punido se não houver uma lei específica que o defina previamente. Em outras palavras, a criminalização de condutas e a imposição de penas só são possíveis quando previstas em lei (Rodrigues; Barreto; Filho, 2023, p.101).

Apesar do Código Penal poder ser aplicado em casos de violência obstétrica por meio de analogia, a ausência de uma norma específica que defina e criminalize essa prática de forma clara e precisa, impede que a conduta tenha a sua plena proteção e essa lacuna legislativa demonstra descaso com o crescente problema da violência obstétrica no país, dificultando assim a responsabilização dos agressores e a proteção integral dos direitos das mulheres (Pereira, Paiva, 2023, p.1396).

Cabe destacar que a doutrina jurídica brasileira ainda apresenta divergências sobre esse tema, visto que, mesmo sendo notória a necessidade de uma lei específica para tipificar essa transgressão, ainda há a discussão compreendendo que a criação de uma norma penal específica para essa conduta pode suscitar debates acerca da possibilidade de hipercriminalização, uma vez que a violência obstétrica pode ser enquadrada em diversos tipos penais já existentes no ordenamento jurídico (Pereira, Paiva, 2023, p.1397).

Diante desse problema, uma possível abordagem para a implementação de um dever de conduta para profissionais de saúde e a tipificação da violência obstétrica seria a criação de uma legislação específica que traria definições dos seus tipos, estabeleceria políticas públicas de informação e prevenção, instituiria mecanismos de controle e, por fim, alteraria o Código Penal,

incluindo a violência obstétrica como qualificadora de outros crimes (Rodrigues; Barreto; Filho, 2023, p.101).

Para ilustrar o processo de criação de uma legislação específica para combater a violência obstétrica, utilizaremos como referência a Lei Maria da Penha. Essa lei estabeleceu um novo paradigma no enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher. Com base na Constituição Federal e em tratados internacionais, a Lei Maria da Penha tipificou as diversas formas de violência doméstica, definindo sujeitos ativo e passivo, e instituindo mecanismos de prevenção e punição. Partindo desse exemplo, visando sanar essa lacuna legislativa, a criação de uma legislação similar para a violência obstétrica poderia seguir os mesmos passos, garantindo a proteção integral dos direitos das mulheres durante a gestação, parto e puerpério (Rodrigues; Barreto; Filho, 2023, p.101).

Embora a criminalização da violência obstétrica seja crucial, ela sozinha não é capaz de resolver o problema da desinformação, sendo, portanto, fundamental implementar medidas preventivas que eduquem as mulheres sobre seus direitos e como identificar a violência durante a gravidez e o pós-parto. Desse modo, a criação de uma nova lei deve conter, para além dos aspectos da criminalização dos profissionais de saúde envolvidos em casos de violência obstétrica, informações sobre os direitos da mulher e como identificar situações de violência durante a gravidez e no parto, e a criação de um sistema de fiscalização em todos os estabelecimentos de saúde, com um profissional responsável por acompanhar e monitorar toda a assistência prestada à gestante, garantindo que todos os procedimentos sejam realizados de acordo com os protocolos e códigos de conduta de cada área (Rodrigues; Barreto; Filho, 2023, p.103).

Portanto, a ideia é utilizar a mesma base legal usada para instituir a Lei Maria da Penha, para definir e criminalizar a violência obstétrica e, em vez de criar um novo crime específico, o interessante seria criar uma lei capaz de estabelecer todas as diretrizes de reconhecimento das violências por parte das gestantes, profissionais qualificados a fiscalizar os estabelecimentos de saúde, dentre outras medidas já citadas com a adição de qualificadoras aos crimes já existentes no Código Penal, aumentando a pena quando esses crimes forem praticados contra mulheres durante a gestação, parto ou puerpério (Rodrigues; Barreto; Filho, 2023, p.105).

A inação do Poder Legislativo em tratar da violência obstétrica tem contribuído para uma interpretação equivocada por parte do Poder Judiciário. Uma das consequências dessa lacuna legislativa é a responsabilização indevida de profissionais de saúde por condutas culposas, quando o correto seria a responsabilização por condutas dolosas (Pereira, Paiva, 2023, p.1397).

Um caso emblemático de violência obstétrica ocorrido no ano de 2021 que tomou bastante proporção foi o da influenciadora digital Shantal Verdelho, que alega que o médico obstetra Renato Kalil, em suas condutas durante o parto, foi responsável por causar danos físicos, psicológicos e morais, expondo-a a sofrimento e constrangimento. Segundo a denúncia do Ministério Público, o referido médico teria utilizado sua posição de autoridade para humilhar, manipular e ridicularizar a paciente Shantal, causando-lhe danos psicológicos e comprometendo sua autonomia (Amaral, Galícia, 2023, p.9).

O parto de Shantal teve duração de aproximadamente 12 horas, período no qual o médico obstetra Renato Kalil compareceu apenas nas duas últimas horas, ademais, na filmagem realizada pelo marido da paciente, Mateus Verdelho, utilizando uma câmera GoPro, revelou práticas obstétricas abusivas, e, a partir da análise das imagens, ficou demonstrado que o médico solicitou a realização da manobra de Kristeller, restringiu a mobilidade da paciente e proferiu ofensas verbais. Em entrevista ao programa Fantástico, Shantal relatou ter tomado conhecimento da violência obstétrica somente após assistir à gravação do parto (Gomes, Saraiva, 2023, p.4038).

Em seu depoimento, Shantal relatou ainda ter sido submetida a ofensas verbais durante todo o trabalho de parto, e, ao final do procedimento, o médico obstetra exibiu a sua região genital para seu marido, utilizando expressões pejorativas para descrever os danos causados. Além disso, o profissional solicitou autorização ao marido para realizar a episiotomia, desconsiderando a autonomia da paciente (Gomes, Saraiva, 2023, p.4038).

O magistrado responsável pelo caso indeferiu a ação penal, fundamentando sua decisão na premissa de que o parto normal é um processo fisiológico sujeito a diversas variáveis, inclusive a riscos inerentes à individualidade de cada organismo (Amaral, Galícia, 2023, p.9) e que não se verificam as causas para a incidência da ação penal uma vez que não existem provas para os casos imputados (TJSP, 2022, p.875).

Em entrevista à Revista Marie Claire, Shantal defende a necessidade de legislação específica para criminalizar a violência obstétrica, além de tecer crítica a persistência do ensino de práticas obsoletas, como a manobra de Kristeller e a episiotomia, em cursos de medicina, o que contribui para a naturalização dessas condutas violentas (Gomes, Saraiva, 2023, p.4039).

Visando coibir os índices de violências no momento do parto e pré-parto surgiram alguns projetos de lei que tem por intuito trazer a existência uma legislação específica que tipifique a violência obstétrica enquanto crime e traga penalidades aos profissionais autores dessas agressões. Dentre essas medidas surgiu o projeto de lei 422/23, que analisa a

possibilidade de enquadrar atos de violência no ramo obstétrico na lei Maria da Penha, o projeto de lei 2082/22 e o 2589/15.

4.5.1 Projeto de Lei 422/2023

A violência contra a mulher, um tema cada vez mais presente nos debates públicos e acadêmicos, é uma realidade alarmante que se manifesta em diversos espaços, incluindo os lares. A crescente atenção dada a esse problema demonstra a necessidade de aprofundarmos os estudos e as discussões sobre suas causas e consequências (Filho *et al.*, 2019, p.97).

Essa violação se caracteriza como um grave problema de saúde pública, que se manifesta de diversas formas, em seu aspecto físico, psicológica, sexual e até mesmo patrimonial, afetando mulheres de todas as idades. Essas agressões vão desde a violência doméstica e podem desencadear no feminicídio, e tudo isso tem um profundo impacto na vida das vítimas, que são violadas em seus direitos (Andrighetto, Reinheimer, 2023, p.1).

Diante desse crescente cenário e da falta de acolhimento por parte das autoridades, os movimentos feministas dos anos 80 no Brasil foram fundamentais para a criação do SOS-Mulher. Essa iniciativa pioneira, organizada pela sociedade civil, buscava oferecer apoio e proteção às mulheres vítimas de violência, que encontravam dificuldades em registrar suas denúncias nas delegacias tradicionais, e, em resposta a essa demanda, foram criadas as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), com o objetivo de oferecer um atendimento mais humanizado e especializado às vítimas de violência (Fonseca, *et al.*, 2019, p.108).

A criação das Delegacias da Mulher representou um marco na luta contra a violência de gênero, proporcionando às mulheres um espaço seguro e especializado para registrar suas denúncias, assim, ao contar com delegadas mulheres e uma equipe preparada para lidar com as especificidades da violência contra a mulher, essas delegacias quebraram o paradigma de um sistema policial tradicionalmente masculino e pouco sensível às necessidades das vítimas. Essa mudança foi fundamental para garantir um atendimento mais humanizado e acolhedor, incentivando as mulheres a denunciarem e buscar ajuda (Fonseca, *et al.*, 2019, p.109).

A Lei Maria da Penha, sancionada em 2006, representa um marco histórico na luta contra a violência doméstica e familiar contra a mulher no Brasil e, além de criar mecanismos para coibir e punir esse tipo de violência, ela estabelece medidas de proteção integral às mulheres, como a criação de juizados especializados. Essa lei também promoveu mudanças

significativas na legislação brasileira, alterando o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal, a fim de garantir a aplicação efetiva da justiça (Brasil, 2006).

A lei 11.340/2006, em seu artigo. 5º estabelece que se “configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (Brasil, 2006).

Em seu artigo 7º a Lei Maria da Penha define de forma clara e abrangente as diversas formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, e considera como violência não apenas a agressão física, mas também as psicológicas, sexuais, patrimoniais e morais (Brasil, 2006).

Desse modo é indubitável que a Lei Maria da Penha estabelece um compromisso do Estado, da família e da sociedade civil em garantir os direitos das mulheres e combater a violência doméstica, e, ao reconhecê-la como uma transgressão aos direitos humanos, ela incentiva a criação de políticas públicas e ações conjuntas para proteger as mulheres e promover a igualdade de gênero e a garantia do direito de viver em um ambiente seguro e livre de qualquer tipo de agressão (Fonseca, *et al.*, 2019, p.110).

A pesquisa da Fundação Perseu Abramo revelou um cenário alarmante: uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre algum tipo de violência durante o parto que se manifesta de diversas formas, como o toque doloroso sem consentimento, a negação de alívio para a dor e o tratamento desrespeitoso por parte dos profissionais de saúde, ocasionando graves consequências para a saúde física e mental das mulheres, além dos traumas psicológicos duradouros e pode afetar o vínculo entre mãe e filho (Senado, 2013, p.61).

Em razão da falta de regulamentação específica acerca do tema, e com o intuito de sanar as irregularidades ocorridas, houve a confecção do projeto de lei 422/23 que tem por objetivo central estabelecer a união dos poderes a fim de desenvolver políticas públicas voltadas a prevenir e reprimir as práticas violentas no ramo obstétrico.

A forma pensada para trazer a solução para essa demanda é estabelecendo a inclusão da violência obstétrica como um tipo de violência contra a mulher a ser regulada pela Lei Maria da Penha, visando fortalecer a proteção legal às mulheres durante o parto e o pós-parto, garantindo que elas tenham um atendimento humanizado e respeitoso.

O artigo 2º da proposta legislativa insere, no artigo 7º da Lei nº 11.340/2006, o inciso VI, que tipifica a violência obstétrica, ampliando o seu conceito como qualquer conduta que cause sofrimento físico ou psicológico à mulher durante o processo gestacional e puerperal, sem o seu consentimento e em desacordo com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Ademais, o projeto tem como objetivo criar uma definição precisa das práticas que caracterizam a violência obstétrica, que será fundamental para identificar e punir esses atos de forma mais eficiente, além da colaboração do sistema judiciário, que será essencial para determinar as penas cabíveis, considerando a gravidade de cada caso.

Até a presente data o projeto de lei em questão está agregado ao PL 7633/2014 e encontra-se sob análise da Comissão de Educação, aguardando o parecer conclusivo do relator (Camara dos deputados, 2023).

Portanto, é possível compreender que a proposta legislativa visa ampliar a proteção da mulher por meio da Lei Maria da Penha, a qual, a partir desse marco, para além garantir proteção contra a violência doméstica, vislumbrará também a regulamentar violações contra qualquer tipo de abuso que elas sofram durante a gravidez e o parto, de modo que se uma mulher for submetida a algum tratamento que a cause dor ou sofrimento, sem que ela tenha concordado ou que não seja necessário, isso será considerado violência e consequentemente um crime, aumentando assim a proteção legal às mulheres durante a gravidez e o parto.

4.5.2 Projeto de Lei 2082/2022

O presente projeto, que promove alterações no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, e a Lei nº 8.080, tem por intuito, incriminar os atos de violência em obstetrícia, contudo, utilizando-se de uma abordagem inovadora e abrangente propondo uma alteração no Código Penal que tipifica a violência obstétrica e estabelece penas específicas para essa prática, a fim de responsabilizar criminalmente os agentes que cometem esse tipo de violência, atuando como um importante mecanismo de desestímulo a essas práticas.

Por outro lado, o projeto também busca fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo diretrizes e protocolos para prevenir e combater a violência obstétrica. Essa medida garante que os serviços de saúde ofereçam um atendimento humanizado e seguro às mulheres durante o pré-natal, parto e puerpério, promovendo a cultura do respeito aos direitos reprodutivos.

Em seu artigo 2º o projeto de lei propõe uma mudança da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trará as seguintes inclusões:

Art. 19-J. § 4º O disposto no caput deve ser colocado à disposição da parturiente e sua recusa deve ser registrada no respectivo prontuário do procedimento.

Art. 19-K. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, devem criar ações e procedimentos para combater a violência obstétrica

§ 1º As ações destinadas ao combate da violência de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

§ 2º Entende-se por violência obstétrica: qualquer conduta direcionada à mulher durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, praticada sem o seu consentimento ou em desrespeito pela sua autonomia ou em desacordo a procedimentos estabelecidos no âmbito do Ministério da Saúde, constituindo assim uma clara limitação do poder de escolha e de decisão da mulher. § 3º O Sistema Único de Saúde deve promover campanhas de prevenção à violência obstétrica.

4.5.3 Projeto de Lei 2589/2015

Por fim, o Projeto de Lei nº 2589 de 2015, proposto pelo deputado Federal Marco Feliciano, tem por objetivo tipificar a violência obstétrica como crime de constrangimento ilegal.

Para fins de esclarecimento, o artigo 1º, parágrafo 1º da referida proposta legislativa define violência obstétrica como um conjunto de atitudes que representam desrespeito aos direitos da mulher e do recém-nascido, tais como o abuso de poder exercido pelo profissional de saúde, o constrangimento, a negativa de informações e negligência a qual a gestante é submetida.

O objetivo principal desse projeto é garantir que todas as mulheres tenham um parto humanizado e respeitoso, livre de qualquer tipo de violência, de sorte que, aquele que violar o disposto no artigo 1º, que define a violência obstétrica, estará sujeito às mesmas penas do crime de constrangimento ilegal, previsto no Artigo 146 do Código Penal.

Logo, se um profissional de saúde cometer atos que se configurem como violência obstétrica, ele pratica um crime e poderá ser punido com detenção de 3 meses a 1 ano ou multa podendo ser majorada.

É importante ressaltar que o crime de constrangimento ilegal consiste em obrigar alguém, por meio de violência ou ameaça, a fazer algo contra a sua vontade ou a deixar de fazer algo que tem direito, e, no caso da violência obstétrica, a mulher é coagida a aceitar procedimentos médicos que não deseja ou a renunciar a seus direitos durante o parto.

Portanto, diante da crescente divulgação de casos de violência obstétrica, é urgente a necessidade de implementação de legislação que garanta o parto humanizado em todo o território nacional, além da criminalização dos responsáveis por essas violações, e essa medida é essencial para proteger os direitos das mulheres e assegurar que todas tenham acesso a um parto respeitoso e seguro.

5 CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, é possível destacar que os impactos atuais sobre o tema possuem raízes históricas muito profundas que se analisam, primeiramente, a partir das conceptualizações de gênero e os estigmas que o sobrepõe.

Desse modo, embora a biologia categorize as noções de gênero e as suas manifestações, e a sociedade, dentro de suas próprias expectativas, por meio de um processo de reprodução, formula o que compreende ser o ideal de um comportamento masculino e feminino, e essas regras são internalizadas desde a infância e nos moldam na nossa própria forma de nos perceber e como as pessoas nos enxergam. Ademais, esse não deve ser um termo entendido de forma impositiva, uma vez que se trata de um conceito complexo, que reflete um ato de construção social.

Assim, as manifestações de violência, decorrentes de processos históricos baseados na dominação e na concentração de poder, nas desigualdades sociais e na exploração, se entrelaçam com os conceitos de gênero e essas manifestações se cristalizam no imaginário social através de teorias de dominação e estudos que referenciam aspectos biológicos, sustentando a ideia de que os homens, por suas características físicas, adquirem um papel social específico que lhes confere poder e os autoriza a dominar os corpos femininos.

Partindo dessas premissas, as diversas violações sociais enfrentadas historicamente pela mulher, são influenciadas, principalmente pelas ideias de dominação de gênero e conceitos sexistas que buscavam reduzir o acesso e autonomia feminina nas suas relações sociais, tendo por consequência dessas limitações, determinadas por essa desigualdade, o reflexo em relação aos direitos das parturientes.

De modo que a mulher, mesmo amplamente certificada de seus direitos fundamentais decorrentes de sua gestação, pode ser submetida a experiências degradantes de violação no cenário obstétrico. Tais violações são reflexos diretos de uma falha histórica que favorecia a objetificação feminina na sociedade, e que, diante do cenário gestacional, encontrou reforço desse entendimento não superado de que as mulheres não são capazes de decidir sobre a sua própria realidade de parto, associada a vulnerabilidade feminina como momento propício à prática dos horrores obstétricos.

Portanto, este trabalho visa promover uma reflexão e apresentar respostas aos problemas de pesquisa que foram levantados, considerando as diferentes formas de responsabilização dos profissionais de saúde nos casos de violações na área obstétrica e, especialmente, o impacto dessas práticas sobre as mulheres, à luz da interseccionalidade de gênero e raça, demonstrando

como que essas práticas abusivas, muitas vezes negligenciadas pelas instâncias jurídicas e éticas, resultam em graves violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, especialmente das mais vulneráveis. Ademais, buscou-se analisar a forma que o judiciário tem encontrado para sanar as lacunas legislativas e regulamentar a responsabilização dos agentes violadores dos direitos gestacionais, e propor uma análise de qual seria a forma de solucionar esta problemática.

Em análise inicial, como resposta ao primeiro questionamento, em relação a responsabilização penal dos profissionais de saúde, temos que não há uma tipificação por parte do código penal abarcando a violência obstétrica enquanto crime, de forma que é possível notar uma enorme lacuna legislativa em âmbito federal, a qual, é inadmissível diante do aumento das demandas nesse tema.

Em resposta ao terceiro problema apresentado, temos que, como forma de sanar essa lacuna os tribunais têm entendido por enquadrar penalmente os profissionais por meio de interpretações extensivas dos dispositivos penais já existentes, como lesão corporal, maus-tratos, difamação, calúnia, homicídio, dentre outros.

Desse modo, é importante compreender que, em razão da existência de medidas paliativas para tratar do tema dentro do código penal, a criação de uma nova legislação não deve ter o condão de repetir tudo o que já existe no código, mas repensar a forma de abarcar a temática, uma vez que, apesar de servir para amparar algumas questões, essa tipificação não abarca as peculiaridades de cada caso.

Portando, com base nos entendimentos construídos até aqui, mostra-se indispensável a criação de uma lei federal específica capaz de estabelecer o conceito de violência obstétrica, informar as mulheres acerca de condutas tidas como inaceitáveis no atendimento de saúde de pré-parto e pós-parto, cria padrões de conduta que os profissionais de saúde devem seguir e garantir que esse padrão seja efetivamente cumprido.

Desse modo, uma legislação federal sobre o tema deve analisar cenário posto, e criar estratégias de conscientização dos profissionais e estabelecimentos de saúde para que, em união, todos consigam combater as práticas de violência obstétrica.

Importante destacar também o melhor cenário para a criação dessa nova lei é instituir situações qualificadoras dentro dos crimes já previstos no código penal. Devendo, por exemplo, a conduta de maus-tratos, que atualmente é aplicada nesses casos, dentro de uma lei específica, funcionar como uma circunstância qualificadora da conduta, de modo que passará a ser enquadrado num tipo penal mais grave em razão de ser praticado contra mulheres grávidas.

Importante destacar que já existem alguns projetos de lei que visam trazer uma perspectiva de melhora desse cenário, contudo, ainda estão em trâmite.

No que tange a responsabilização civil, é importante trazer que, em regra, os profissionais de saúde estão sujeitos a responsabilização civil pelos danos causados em seu âmbito subjetivo, ou seja, é necessária a comprovação da culpa por parte do ofendido para que se possa pôr em análise a responsabilidade médica. Já nos casos em que a prestação de serviço se dá por médicos prestadores de serviço do Sistema único de saúde, a responsabilização civil se dá nos moldes objetivos, sem a necessidade de comprovação de culpa, e, o responsável por arcar com os danos sofridos pela vítima é o Estado.

Em que pese haja a consolidação desse entendimento, muitas gestantes violentadas pelos médicos, enfermeiros, técnicos e demais profissionais que estão presente nesse procedimento obstétrico, muitas vezes não tem a sua demanda resolvida pois os tribunais entendem que os procedimentos ocorreram de acordo com a boa técnica médica, não há o que se entender acerca de responsabilização pois o profissional utilizou dos artifícios que possuía para a realização do parto. Ocorre que, essa justificativa não merece ser sustentada tendo em vista que o que muitas vezes é tido como técnica médica ou melhor forma de atuação, é a incidência de técnicas obsoletas, sem nenhum grau de comprovação científica, ou a negligências reiteradas.

Ademais, como já elencado ao longo do texto, em razão da falta de enquadramento específico na legislação acerca da criminalização da violência obstétrica, muitos tribunais, quando entendem a ilicitude dos fatos praticados no parto, o enquadram, erroneamente, enquanto erro médico, que, embora possa fazer parte das condutas da violência obstétrica, esta não se resume a isso. Abarcando também aspectos particulares que não são contemplados quando o tema se reduz ao erro médico.

Partindo agora para a análise do segundo problema, que compreende a dimensão dos estudos sobre as interseccionalidades no contexto obstétrico, é possível chegar à conclusão, com base em tudo que já foi levantado, que as desigualdades raciais e de gênero agravam a situação das mulheres negras e pardas no sistema de saúde.

Tratar a interseccionalidade nesse contexto é crucial, primeiro porque mostra que nem toda as realidades são as mesmas e que o ato de gestar está longe de ser uma experiência unânime, muito pelo contrário, ele envolve diversos desafios, os quais se mostram diretamente proporcionais as vulnerabilidades de alguns contextos.

Sendo assim, o ato de parir já é uma resistência a um sistema que oprime historicamente as mulheres e as impõe a submissão dos seus corpos a diversas violências, contudo, para além

do contexto de gênero, quando este é associado a questões de raça e fatores socioeconômicos, as mulheres vítimas desse cenário tem a suas dores amplificadas.

Isso se dá, principalmente, por serem corpos a margem da sociedade, que, naturalmente, carecem de políticas públicas capazes de trazer condições mínimas para uma gestação saudável, e isso, muitas vezes, tem o seu estopim no momento do parto, onde se evidencia toda carga de despersonalização desses corpos, demonstrando as sucessivas faltas na vida dessas mulheres que não conseguiram, minimamente, cumprir uma rotina de pré-natal, quiçá uma alimentação adequada para se manter durante a gestação, e, diante dessas fragilidades, se tornam alvos mais fáceis para que sejam vitimadas pelas violações no parto.

Fato que comprova isso é a incidência de maior nível de mortalidade materna sobre mulheres negras, que se explica sob o entendimento falacioso de elas que são indignas de cuidado, que possuem maior suportabilidade a dor, e muitos outros discursos racistas que corroboram com o enorme índice, e, a consequente desumanização dessas mulheres.

Desse modo, trazer a discussão sobre a intersecção da violência obstétrica com fatores de raça e gênero não pressupõe uma rivalidade entre as mulheres, tampouco invalidar dores de mulheres brancas, financeiramente abastada, que possam vir a sofrer as opressões que inevitavelmente irão se manifestar institucionalmente no momento do parto, só por elas serem mulheres.

Contudo, o objetivo aqui é propor que a criação de uma legislação federal seja capaz de abarcar a criminalização do tema juntamente com todos os fatores essenciais para o seu entendimento e combate, mas, pondo em destaque, os grupos que perpassam por questões ainda mais delicadas e que precisam ser abarcadas de forma especial por políticas públicas de assistência médica e jurídica diante de casos de violência obstétrica. Havendo aqui a necessidade de um tratamento desigual diante das desigualdades de contexto apresentada em razão vulnerabilizações que determinado grupo de mulheres apresentam.

Ante o exposto, é essencial que o poder público se manifeste criando reforçando a necessidade de criação de políticas públicas de informação para as gestantes e trazendo o apoio necessário para as que vítimas de violência obstétrica, garantindo a justiça reprodutiva desse grupo de mulheres.

REFERÊNCIAS

- AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade: Feminismos plurais**. São Paulo: Pólen Produção Editorial. 2019. E-book. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1154/o/Interseccionalidade_%28Feminismos_Plurais%29_-_Carla_Akotirene.pdf?159923935. Acesso em: 10 set. 2024.
- ALENCAR, Eva; *et al.* Repercussões da violência obstétrica nas mulheres negras brasileiras: uma revisão integrativa. **Research, Society And Development**. v.11, n.10, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/issue/view/99>. Acesso em: 10 ago. 2024.
- ALMEIDA, Adriana; THOMÉ, Liane. Violência obstétrica e os mecanismos de proteção jurídica no direito brasileiro, **Revista Do Ministério Público Do Rio Grande Do Sul**. Porto Alegre, v.1, n. 87, 2020, p. 153-182. Disponível em: <https://www.revistadomprs.org.br/index.php/amprs/article/view/191/81>. Acesso em: 09 ago. 2024.
- ALMEIDA, Cybele Crossetti. Violência o outro nome do poder? A Título de Introdução In: ALMEIDA, Cybele Crossetti; *et al.* (orgs). **Violência e poder: Reflexões brasileiras e alemãs sobre o medievo e a contemporaneidade**. Porto Alegre: DM Editora, 2018, 2 ed, p.21.
- ALVES, Evelin; *et al.* **Responsabilidade civil médica e a responsabilidade do Estado na rede pública de saúde**. 2022. Artigo. (Bacharelado em Direito) - Curso De Direito, Centro Universitário Santa Cruz. Curitiba. Orientador: Profa. Ma. Maristela Silva Fagundes Ribas. Disponível em: <https://periodicos.unisantacruz.edu.br/index.php/revusc/article/view/10/1>. Acesso em: 10 out. 2024.
- AMARAL, Nicole; GALÍCIA, Caíque. **Violência obstétrica: Estudo sobre a responsabilização penal no Brasil**. Monografia. (Bacharelado em Direito) - Faculdade de Direito da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – UFMS. Orientador: Caique Ribeiro Galícia. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/5984> Acesso em: 12 set. 2024.
- ANDRIGHETTO, Aline; REINHEIMER, Caroline. Violência obstétrica: Urgência de regulação legislativa no Brasil. **Revista De Direito Sanitário**, São Paulo, v. 23, n.1, p. 1-18, 2023. Disponível em: <https://Www.Revistas.Usp.Br/Rdisan/Article/View/188611>. Acesso em: 08 ago. 2024.
- ARAÚJO, Agostinho; *et al.* Manobra de Kristeller: Há benefício nesta técnica? **Revista Online De Pesquisa Cuidado É Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 13, 2021, p. 276-281. Disponível em: <https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/8513>. Acesso em: 11 ago. 2024.
- ARAÚJO, Maria de Fátima. Gênero e violência contra a mulher: O Perigoso jogo de poder e dominação. **Revista Electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología**, México, n. 14, 2008. Disponível Em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870350X2008000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 jul. 2024.

ASSIS, Jussara. **“Negra é como coelho: Só da cria”! Existe violência obstétrica no Brasil?**. Seminário Fazendo Gênero 11 e 13 & 13º Mundos De Mulheres. Disponível em: https://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499468879_ARQUIVO_JUS SARAFRANCISCADASSIS-FAZENDOGENERO2017TEXTOCOMPLETO.pdf. Acesso em: 10 ago. 2024.

ASSIS, Karine; MEURER, Fernanda; DELVAN, Josiane. Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica, **Revista Psicologia Argumento**, Itajaí, v.39, n.103, 2021, p.135-157. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/27239> Acesso em: 11 ago. 2024.

BAKARE-YUSUF, Bibi. **Além do determinismo: A fenomenologia da existência feminina africana**. Trad. Por Aline Matos Da Rocha e Emival Ramos, 2003. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/357559077/YUSUF-Bibi-Bakare-Alem-Do-Determinismo-A-Fenomenologia-Da-Existencia-Feminina-Africana>. Acesso em: 15 jul. 2024.

BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: A construção de um campo teórico e de investigação. **Revista Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, p. 449–469, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/sociedade/article/view/5897>. Acesso em: 16 jul. 2024.

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo**. Trad. Sérgio Milliet. Nova Fronteira, 2.ed. - Rio de Janeiro. 2009.

BORBA, Letícia; BARROS, João. Culpa médica e ônus da prova: Análise a partir da discussão sobre a incidência do Código de Defesa Do Consumidor. In: NETO, Miguel Kfourir; NOGAROLI, Rafaella (coord). **Debates contemporâneos em direito médico e da saúde**. São Paulo: Thomson Reuters Revista Dos Tribunais. 2020. p. 227-249.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina**. Trad. Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil Editor, 2012.

BRASIL. **Lei 14.721** de 8 de novembro de 2023. Altera os arts. 8º e 10 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14721.htm. Acesso em: 07 ago. 2024.

BRASIL. Câmara Dos Deputados, **Projeto De Lei nº 2.589 de 11 de agosto de 2015**, Dispõe sobre a criminalização da violência obstétrica. Brasília, DF, 11 ago. 2015. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1618070>. Acesso em: 10 ago. 2024.

BRASIL, Congresso Nacional, **Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher**, 1994. Decreto de nº 1973, 1 ago. 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm. Acesso em: 07 abr. 2024.

BRASIL, Congresso Nacional, **Projeto De Lei nº 422 de 9 de fevereiro de 2023**. Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Brasília, DF, 9 fev. 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2348308&fichaAmigavel=nao#:~:text=PL%20422%2F2023%20Inteiro%20teor,Projeto%20de%20Lei&text>

=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20viol%C3%Aancia%20obst%C3%A9trica,7%20de%20a gosto%20de%202006. Acesso em: 07 ago. 2024.

BRASIL, **Lei 11.108** de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 07 ago. 2024.

BRASIL, **Lei 11.340**, de 07 de agosto De 2006. Cria Mecanismos Para Coibir A Violência Doméstica Contra Mulher. Brasília, DF, 7 ago. 2006. Disponível Em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm. Acesso em: 07 ago. 2024.

BRASIL, **Lei 2.848**, 1940, Código Penal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 10 set. 2024.

BRASIL, **Lei 5.452**, de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 11 set. 2024.

BRASIL, **Lei Maria Da Penha**, 7 de agosto de 2006. Lei nº 11.340. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2006/Lei/L11340.htm. Acesso em 10 ago. 2024.

BRASIL, **Lei nº 10.406**, de 10 de Janeiro De 2002, Decreta que toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406compilada.htm. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL, **Lei nº 4.377**, de setembro de 2002, Decreta sobre convenção sobre eliminação de todas as formas de discriminação contra mulher. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL, **Lei, nº 8.078**, de 11 de setembro de 1978. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm#:~:text=do%20evento%20da%20nosos.,Art.,sobre%20sua%20frui%C3%A7%C3%A3o%20e%20riscos. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/saude-atualiza-diretriz-nacional-de-assistencia-ao-parto-normal>. Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Humanização No Parto: Humanização No Pré-natal E Nascimento**. 2002. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto>. Acesso em: 10 ago. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria de nº 1067**, de 4 de julho de 2005, Institui a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, e dá outras providências. Brasília, DF, 4 De Julho, 2005. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=193664>. Acesso em 07 abr. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria de nº 569**, de 1 De Julho De 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento no âmbito do sistema único de saúde, Brasília, DF, 1 Jul. 2000. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em 07 abr. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 371**, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no sistema único de saúde. Brasília, DF, 7 de maio de 2014. Disponível em: <https://www.as.sau.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Portaria-SAS-MS-n%C2%BA371-do-dia-07-de-maio-de-2014.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2024.

BRASIL, Ministério do Planejamento e Orçamento. **Atlas Da Violência 2023**. Brasília: Ipea; FBSP, 2023. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/items/f0c6ddee-5347-47da-9374-1bf491b0aff6>. Acesso em 15 abr. 2024.

BRASIL, Senado Federal, **Comissão Parlamentar Mista De Inquérito**, de julho de 2013, 4 de julho de 2013. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/browse?type=author&value=Brasil.%20Congresso%20Nacional.%20Comiss%C3%A3o%20Parlamentar%20Mista%20de%20Inqu%C3%A9rito%20criada%20%22com%20a%20finalidade%20de%20investigar%20a%20situa%C3%A7%C3%A3o%20da%20viol%C3%Aancia%20contra%20a%20mulher%20no%20Brasil%20e%20apurar%20den%C3%Bancias%20de%20omiss%C3%A3o%20por%20parte%20do%20poder%20p%C3%ABlico%20com%20rela%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20aplica%C3%A7%C3%A3o%20de%20instrumentos%20institu%C3%ADdos%20em%20lei%20para%20proteger%20as%20mulheres%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20viol%C3%Aancia>. Acesso em: 09 ago. 2024.

BRASIL, Senado Federal, **Projeto de Lei nº 2.082**, de 21 de julho de 2022, Altera o decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, e a lei de nº8.080, de 19 de setembro de 1990, para tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção. Brasília, DF, 21 de julho de 2022. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/154237>. Acesso em: 10 ago. 2024.

BRASIL, Senado Federal, **Projeto De Lei nº 2313**, de 18 de agosto de 2022, Dispõe sobre o amparo da gestante com a garantia dos seus direitos e deveres constitucionais. Brasília, DF, 18 de agosto de 2022. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/154502>. Acesso em: 10 ago. 2024.

BRASIL, Senado Federal. **Aprovada licença-maternidade remunerada na adoção de adolescentes**. Sítio eletrônico. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/08/10/aprovada-licenca-maternidade-remunerada-na-adocao-de-adolescentes>. Acesso em: 10 set. 2024.

BRASIL, Supremo Tribunal Federal. **Mês da Mulher: trabalhadoras grávidas e lactantes não podem atuar em atividades insalubres.** Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=503809&ori=19>. Acesso em: 10 set. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal De Justiça. **CDC Não É Aplicável A Atendimento Custeado Pelo SUS Em Hospitais Privados Conveniados.** Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/06082020-CDC-nao-e-aplicavel-a-atendimento-custeado-pelo-SUS-em-hospitais-privados-conveniados.aspx>. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADI contra norma que trabalho de grávidas e lactantes em atividades insalubres terá rito abreviado. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=378999>. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASÍLIA. Tribunal Superior Do Trabalho, **Gestante dispensada ao fim de contrato de experiência receberá indenização por período de estabilidade.** Disponível Em: <https://tst.jus.br/-/gestante-dispensada-ao-fim-de-contrato-de-experi%C3%Aancia-receber%C3%A1-indeniza%C3%A7%C3%A3o-por-per%C3%ADodo-de-estabilidade#:~:text=a%20estabilidade%20provis%C3%B3ria,-,Jurisprud%C3%Aancia,por%20contrato%20por%20tempo%20determinado>. Acesso em: 10 out. 2024.

BURCKHART, Thiago Rafael. Gênero, dominação masculina e feminismo: Por uma teoria feminista do direito. **Revista Direito em Debate.** Santa Catarina, v. 26, p. 205–224, 2017. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/revistadireitoemdebate/article/view/6619>. Acesso em: 22 maio. 2024.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: Feminismo e subversão de identidade.** Trad Renato Aguiar. Civilização Brasileira. 16^o Ed. Rio de Janeiro, 2018.

CARNEIRO, Sueli. Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil. São Paulo. Selo Negro, 2011.

CARNIEL, Francieli; *et al.* Episiotomia de rotina: Necessidade versus violência obstétrica. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, 2019, n. 2, p.1-18. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/14425/10091>. Acesso em: 11 ago. 2024.

CARVALHO, Arthur; *et al.* Violência obstétrica: A ótica sobre os princípios bioéticos e direitos das mulheres. **Brazilian journal of Surgery and clinical Research.** v. 26, n. 1, p. 52-58, 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190306_114936.pdf. Acesso em: 08 ago. 2024.

CARVALHO, Maria Eulina. Sobre gênero e educação. **Revista Ártemis.** João Pessoa, v.1, 2004. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/artemis/article/view/2364/2068>. Acesso em: 07 abr. 2024.

CATOIA, Cinthia De Cassia; SEVERINI, Fabiana, Cristina; FIRMINO, Inara Flora Cipriano. Caso “Alyne Pimentel”: Violência de gênero e interseccionalidades. **Revista Estudos Feministas**. v. 28, n.1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/CNfnySYtXWTYbsc987D8n5S/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2024.

CIELLO, Cariny; *et al.* Mulheres em rede pela maternidade ativa. dossiê da violência obstétrica “Parirás com dor”. **Parto do princípio**. 2012. Disponível Em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Ética em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: Cadernos Cremesp, 2004. E-book. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod_publicacao=24. Acesso em: 10 ago. 2024.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>. Acesso em: 10 set. 2024.

DAVIS, Dána. Racismo obstétrico: A política racial da gravidez, do parto e do nascimento. **Amazônica Revista De Antropologia**. v. 12, n. 2, 2020, p.751-778. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/9194/ERR6927>. Acesso em: 10 ago. 2024.

DERZE, Samara. **Empregada Gestante, Conheça Seus Direitos**. Tribunal Regional da 4ª região. 2017. Disponível em: <https://www.trt4.jus.br/portais/escola/modulos/noticias/414778>. Acesso em: 10 set. 2024.

DIAS, Sabrina; PACHECO, Adriana. Marcas do parto: As consequências psicológicas da violência obstétrica. **Revista Arquivos Científicos**, Macapá, v. 3, 2020, n. 1, p. 4-13. Disponível em: <https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/232/115>. Acesso em: 11 ago. 2024.

DINIZ, Simone Grillo; *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 25, 2015. n.3, p. 377-384. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12822015000300019. Acesso em: 07 abr. 2024.

DIOP, Cheikh Anta. **A Unidade Cultural Da África Negra: Esferas do patriarcado e do matriarcado na antiguidade clássica**. Trad. Silvia Cunha Neto. Ed. Mulemba, 2014.

DUARTE, Ana Clara; GOMES, Nayara. Violência obstétrica: Análise da violação dos direitos da parturiente e a responsabilidade civil dos profissionais e das instituições de saúde. **Revista Ibero- Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE**. São Paulo, v.9, n.10. 2023. p.2165-2181. disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11790/5371>. Acesso em: 10 out. 2024.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Trad. Nélio Schneider, Ed. Boitempo, 1884. v. 26.

FILHO, Delma. Parir não é igual para todas as pessoas: Considerações em torno do processo de ritualização do parto. In: BASTOS, Ana Cecília, PONTES, Vivian Volkmer (Orgs). **Nascer não é igual para todas as pessoas**. Salvador: EDUFBA, 2020. p.149-154.

FILHO, Sergio Cavalieri. **Programa de Responsabilidade Civil**. Ed. 2. São Paulo: Malheiros. 2000. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5238684/mod_resource/content/0/Semin%C3%A1rio%202005%20-%20Cavalieri.PDF. Acesso em: 10 out. 2024.

FORMENTI, Lígia; CAMBRICOLI, Fabiana. **Ministério da Saúde lança diretrizes contra manobras agressivas em partos**. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/533729/noticia.html?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 10 out. 2024.

FRANÇA, Genival Veloso. **Direito Médico**. 11º Ed. Rio De Janeiro. Editora Forense. 2013.

GAGLIANO, Pablo Stolze; FILHO, Rodolfo Pamplona. **Novo Curso De Direito: Responsabilidade Civil**. 10º Ed. São Paulo: Saraiva. 2012. v.3.

GIMENEZ, Charlise; HAHN, Noli. A cultura patriarcal, violência de gênero e a consciência de novos direitos: Um olhar a partir do direito fraterno. **Revista Libertas**. Ouro Preto, v.4, 2018, n. 1, p. 53-71. Disponível em: <https://periodicos.ufop.br/libertas/article/view/5>. Acesso em: 07 abr. 2024.

GIULANE, Paola Capellin. Os Movimentos De Trabalhadoras e a Sociedade Brasileira. In: PRYORE, Mary; BASSANEZY, Carla. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2004. p. 543.

GÓES, Emanuelle. Discriminação interseccional: Racismo institucional e violência obstétrica. In: BASTOS, Ana Cecília, PONTES, Vivian Volkmer (Orgs). **Nascer não é igual para todas as pessoas**. Salvador: EDUFBA, 2020. p.367-380.

GOES, Emanuelle; NASCIMENTO, Enilda. **Intersecção do racismo e do sexismo no âmbito da saúde sexual e reprodutiva**. Fazendo Gênero 9. Disponível em: https://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278279228_ARQUIVO_INTERSECCAODORACISMOEDOSEXISMONOAMBITODASAUDESEXUALEREPRODUTIVA. Acesso em: 10 ago. 2024.

GOMES, Karen; SARAIVA, Rodrigo. O enfrentamento à violência obstétrica através da normativa legal específica: Um estudo de caso da influencer shantal verdelho. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE**. v. 9, n. 5, 2023. p. 4030-4047. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/10245>. Acesso em: 12 set. 2024.

GOMES, Renata Nascimento; BALESTERO, Gabriela Soares; ROSA Luana Cristina. Teorias da dominação masculina: Uma análise crítica da violência de gênero para uma construção emancipatória. **Libertas: Revista de Pesquisa em Direito**, Minas Gerais, v. 2,

2016. p.13-16. Disponível em: <https://periodicos.ufop.br/libertas/article/view/292/269>. Acesso em: 23 maio. 2024.

GONÇALVES, Taisa. **Enfermeiras obstétricas negras: Um olhar sobre a interseccionalidade de gênero, raça e classe no contexto de trabalho.** Dissertação. (Pós-Graduação em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte. Orientadora: Profa. Dra. Elysângela Dittz Duarte. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/41309?locale=pt_BR. Acesso em: 12 set. 2024.

HOLLANDA, Heloisa; *et al.* **Pensamento Feminista Hoje: Perspectivas Decoloniais.** Humaitá, Rio de Janeiro: Bazar do tempo, Produções e Empreendimentos Culturais. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/TSDyzzRZRPMb4whkZ4BmTHM/>. Acesso em: 12 set. 2024.

LAMY, Marcelo; ROLDAN, Rosilda; HAHN, Milton. O direito à saúde como direito Humano e Fundamental. **Revista Em Tempo**, v.17, p.37-60. 2018. Disponível em: <https://revista.univem.edu.br/emtempo/article/view/2679/766>. Acesso em: 08 ago. 2024.

LERNER, Gerda, **A criação do patriarcado história da opressão das mulheres pelos homens.** Trad. Luiza Sellera. São Paulo, Cultrix, 2019. E-book.

LIGIERA, Wilson Ricardo. **A responsabilidade civil do médico e o consentimento informado.** 2009. Tese. (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo. São Paulo. Orientador: Prof. Dr. Álvaro Villaça Azevedo. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/30782/M%201100.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 out. 2024.

LIMA, Geovana; LOPES, Maria. **Violência obstétrica: Riscos do uso da manobra de Kristeller durante o parto.** 2019. Tese. (Graduação Em Enfermagem) - Faculdade De Enfermagem, Centro Universitário Do Planalto Central Aparecido Dos Santos - UNICEPLAC, Gama. Orientador. Profa. Lídia Câmara Peres. Disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/312?mode=full>. Acesso em: 07 ago. 2024.

LIMA, Lucas. **A proteção à maternidade no Brasil: Estudo acerca dos avanços da proteção à maternidade e de questões ainda não tuteladas pelo direito do trabalho brasileiro na pós-modernidade.** Disponível em: www.publicadireito.com.br. Acesso em: 07 ago. 2024.

LIMA, Tatiane. **Tem cor, tem corte e a história do meu lugar: a interseccionalidade da violência obstétrica no Brasil e as disputas de sentido.** XVII Encontro Nacional de pesquisadores em serviços sociais. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/262105/001169656.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 set. 2024.

LIRA, Priscila. **Mulheres Negras: Desigualdade racial e de gênero e as políticas e programas sociais.** Anais do 16º Encontro Nacional de pesquisadores em serviços sociais – ENPESS. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22183>. Acesso em: 10 set. 2024.

LUGONES, María. Rumo a um feminismo decolonial. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 22, n. 3: set-dez. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/36755> Acesso em: 13 maio. 2024.

LUNA, Florencia. *Vulnerabilidad: la metáfora de las capas*. **Jurisprudência Argentina**, IV, 2008. Trad. Sara Santos. Disponível em http://www.saludcapital.gov.co/Capacitaciones%20%20Comit%20de%20tica%20para%20la%20Investigacin/6%20Sesi%C3%B3n%2016%20julio%202014/Luna_F%5B1%5D._Vulnerabilidad_la_metáfora_de_las_capas.pdf . Acesso em 07 ago. 2024.

MAGALHÃES, Roberta. Violência obstétrica enquanto violência de gênero e seu viés racial. **Revista Caderno Virtual**. v. 3, n. 45, 2019. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/cadernovirtual/article/view/3949>. Acesso em: 10 ago. 2024.

MATOS, Lohanna; MARTINS, Érica; SANTOS, Diana. Impactos da violência obstétrica na saúde mental da mulher brasileira. **Revista Ibero-americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v.10, 2024, n.6, P.444-456. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/14399/7278>. Acesso em: 11 ago. 2024.

MEDEIROS, Renata; *et al.* Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição, **Revista Gaúcha**. Cuiabá, v. 40, 2019, e. 20180233. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/FwsQmg48tP6BrWrd95GhWhJ/>. Acesso em: 07 ago. 2024.

MEIRELLES, Ana; ALEGRIA, Livia. A conformação protetiva dos direitos fundamentais em pesquisas científicas com seres humanos: Um olhar face aos fundamentos autonomia e vulnerabilidade. **Caderno Ibero-americanos De Direito Sanitário**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 215-238, 2018. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/488>. Acesso em: 08 ago. 2024.

MEIRELLES, Ana; *et al.* A compreensão das dimensões da vulnerabilidade humana nas situações jurídicas existenciais: Uma perspectiva a partir da autonomia. **Revista Da Faculdade Mineira De Direito**, v. 25, n. 49, p. 113-133. 2022. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/Direito/article/download/27748/20152/>. Acesso em: 08 ago. 2024.

MIGUEL, Laura; KRUG, Suzane. Plano de parto: Atribuições e contribuições do profissional enfermeiro na atenção primária em saúde. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**. v. 5, n. 3, 2022. p. 41-49. Disponível em <https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/18551>:. Acesso em: 12 set. 2024.

MIGUEL, Raquel De Barros Pinto. **Corpos femininos e publicidade na revista capricho (Décadas De 1950-1960)**. 2008. Disponível em: https://codecamp.com.br/artigos_cientificos/corpos_femininos_revista_capricho.pdf. Acesso em: 12 maio. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciência, Saúde**. Rio de Janeiro, v. 4, 1998. p. 513-531. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010459701997000300006&script=sci_abstract&tlng=p
t. Acesso em: 18 maio. 2024.

MORAES, Amanda; *et al.* Parto e ocitocina: A violência obstétrica caracterizada pela imprudência, **Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, São Paulo, v. 7, 2022, n. 12, p. 11-20. Disponível em:
<https://revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/811/809>. Acesso em: 09 ago. 2022.

MORAES, Carlos, YOSHIOKA, Anara; BONINI, Gisele. Análise do plano de parto como mecanismo de prevenção da violência obstétrica sob a ótica dos direitos da personalidade. **Revista De Biodireito E Direito Dos Animais**. v. 6, n. 2, 2020, p. 18-36. Disponível em:
<https://www.indexlaw.org/index.php/revistarbda/article/view/7025>. Acesso em: 07 ago. 2024.

MOUTA, Ricardo; *et al.* Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Revista Baiana De Enfermagem**. Bahia, v. 31, 2017. Acesso em:
<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275.pdf>. Acesso Em: 07 ago. 2024.

MURENA, Agatha; *et al.* A prática da episiotomia no Brasil, **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 27, 2023 n. 3, p. 4865-4892. Disponível em:
<https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10183/5081>. Acesso em: 09 ago. 2024.

NETO, Kfoury Miguel. **Culpa Médica e ônus da prova: Presunções, perda de uma chance, cargas probatórias dinâmicas, inversão do ônus, probatório e consentimento informado: responsabilidade civil em pediatria, Responsabilidade Civil em gineco-obstetrícia**. São Paulo. Editora Revista Dos Tribunais, 2002.

NETO, Kfoury Miguel. **Responsabilidade Civil do Médico**. 3 ed. Rev. amp. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998.

NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza, TEIXEIRA, Luiz. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil, **Revista História, Ciências, Saúde**. Rio De Janeiro, v. 25, 2018, n. 4, P. 979-998. Disponível em:
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33072>. Acesso em: 11 ago. 2024.

NUNES, Ana Beatriz cruz. **Análise jurisprudencial sobre violência obstétrica no Tribunal de Justiça de São Paulo no período de 2016 A 2019**. Dissertação. (Pós-Graduação), Programa de Pós-Graduação em Direito. Universidade do Estado De São Paulo – USP, Franca. Orientador: Profa. Dra. Patrícia Borba Marchetto. Disponível em:
<https://repositorio.unesp.br/items/c8e4aad3-3082-484a-9417-f8f015a27dc7>. Acesso em: 10 out. 2024.

NUNES, Ires; ESTEVÃO, Roberto, Violência obstétrica: Comentários sobre o posicionamento oficial do ministério da saúde a respeito o termo, **Revista De Gênero, Sexualidade E Direito**. Belém, v. 5, 2019, n. 2, P.1-15. Disponível em:
<chromeextension://efaidnbmnbbnibpcajpcglclefindmkaj/https://core.ac.uk/download/pdf/288182106.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2024.

OLIVEIRA, Ana Caroline. Lélia Gonzalez e o pensamento interseccional: uma reflexão sobre o mito da democracia no Brasil. **Revista Interterritórios**. Caruaru, v. 6, n. 10, 2020. p. 89-104. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/interterritorios/article/view/244895/34866>. Acesso em: 12 set. 2024.

OLIVEIRA, Bárbara; GOMES, Carla; SANTOS, Rita. **Os Direitos Fundamentais em Timor-Leste: Teoria e Prática**, Coimbra-Portugal, Coimbra Editora S.A., 2015.

OLIVEIRA, Deisy; *et al.* A violência obstétrica e suas múltiplas faces: análise dos possíveis impactos na saúde da mulher. **Research Society and Development**, v. 10, 2021, n. 12. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/354855355_A_violencia_obstetrica_e_suas_multiplas_faces_analise_dos_possiveis_impactos_na_saude_da_mulher. Acesso em: 11 ago. 2024.

OLIVEIRA, Ellen. **Mulheres negras vítimas de violência obstétrica**: estudo em um hospital público de Feira De Santana – Bahia. 2018. Tese. (Pós-graduação Em Saúde Da Criança E Mulher) - Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio De Janeiro. Orientador: Dra. Edinilsa Ramos De Souza. Disponível em: <https://iff.fiocruz.br/index.php/pt/teses-e-dissertacoes?view=article&id=747:mulheres-negras-vitimas-de-violencia-obstetrica-estudo-em-um-hospital-publico-de-feira-de-santana-bahia&catid=37>. Acesso em: 09 ago. 2024.

OLIVEIRA, Geron; *et al.* Programa de humanização no pré-natal e nascimento: integração das políticas públicas na promoção da maternidade segura. **Contribuciones A Las Ciencias Sociales**, São José Dos Pinhais, v. 17, n. 1, p. 5085-5094, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/4511/3058>. Acesso em: 08 ago. 2024.

ONU – Organização das Nações Unidas. Comitê pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (COMITÊ CEDAW). Comunicação nº 17/2008. Alyne da Silva Pimentel Teixeira (deceased) v. Brazil. Tradução de Sara Santos, CEDAW/C/49/D/17/2008, 2011. Disponível em: <https://undocs.org/Home/Mobile?FinalSymbol=CEDAW%2FC%2F49%2FD%2F17%2F2008&Language=E&DeviceType=Desktop&LangRequested=False>. Acesso em: 10 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23. Acesso em: 07 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde**. 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/>. Acesso em: 9 abr. 2024.

PACHECO, Ana; NOGUEIRA, Martha. Mulher negra: Interseccionando gênero, raça, classe, cultura e educação. **Revista da FAEEBA - Educação e Contemporaneidade**. Salvador, v. 25, n. 45, 2016, p. 89-99. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/faeeba/article/view/2287>. Acesso em: 12 set. 2024.

PEREIRA, Francine; PAIVA, Jaqueline. Violência obstétrica e a responsabilidade criminal no Brasil. **Revista Ibero- Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE**. v.9, n. 10, 2023. p.1382-1404. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11755>. Acesso em: 12 set. 2024.

PEREIRA, Gislene; PINTO, Fatima. Episiotomia: Uma revisão de literatura, **Revista Ensaios e Ciência, Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo grande, v. 15, n. 3, 2011, p.183-196. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26021120015>. Acesso em: 11 ago. 2024.

PETRA, Priscila; *et al.* (Re)pensar a bioética: análise interseccional dos direitos sexuais e reprodutivos. **Revista Bioética**, Brasília, v. 32, p.1-11, 2024. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/3516/3314. Acesso em: 08 ago. 2024.

PESSIS, Anne; MARTÍN, Gabriela. Das origens da desigualdade de gênero. In: MARTÍN, Marcia Castillo; OLIVEIRA, Suely. **Marcadas a ferro: Violência contra a mulher: uma visão multidisciplinar**, Brasília: Secretaria especial de políticas para as mulheres, 2005, p.17-22.

PINEL, Lorena; SERVO, Marina; CASALI, Éllen. **Violência e Interseccionalidade: Análise da tutela penal em prol da mulher negra e pobre**. Anais do Congresso Brasileiro Coletivo e Cidadania. n. 11, p. 797-814. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/cbpcc/article/view/3187>. Acesso em: 12 set. 2024.

PINSKY, Carla Bassanezi. **Mulheres dos Anos Dourados**. 10 ed. São Paulo: Contexto, 2015. Ebook.

PINTO, Alexandre. Direitos Fundamentais legítimas prerrogativas de liberdade, igualdade e dignidade. **Revista da Escola de Magistratura do estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 12, série. 46, p. 126-140. 2009. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista46/Revista46_126.pdf. Acesso em: 08 ago. 2024.

PRATES, Agnes. **A vulnerabilidade das gestantes negras no sistema de saúde pública do Brasil: o racismo obstétrico**. 2023. Tese (Pós-graduação Em Direito) - Universidade Federal Da Bahia – UFBA, Salvador. Orientador: Profa. Dra Mônica Neves Aguiar. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/39250>. Acesso em: 07 ago. 2024.

PROGIANTI, Jane; ARAÚJO, Luciane; MOUTA, Ricardo. repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. **Escola Anna Nery Revista De Enfermagem**, Rio De Janeiro, v. 12, 2008, n. 1, p. 45-49. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715312007> Acesso em: 09 ago. 2024.

PRONI, Thaíssa. **Proteção Constitucional à maternidade no Brasil: um caso de expansão da garantia legal**. 2012. Dissertação. (Mestrado em Direito) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo. São Paulo. Orientador: Prof. Dr. Antonio Rodrigues De Freitas Junior. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2138/tde-30102012-101834/pt-br.php>. Acesso em: 10 set. 2024.

RAMOS, Maria; COSTA, José; SILVA, Rogério. **Análise da violência obstétrica no Brasil: a institucionalização da violência obstétrica no Brasil – Uma construção pautada no racismo estrutural**. VII Encontro virtual do CONPEDI. Disponível em: <http://site.conpedi.org.br/publicacoes/v38r977z/tb6u8a15/JcEHg24pmj72Q34W.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2024.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Ação Indenizatória nº 0015253-21.2003.8.19.0001. Autor: Adriano Teixeira da Conceição e Alice da Silva Pimentel Teixeira (representada). Réus: Estado do Rio de Janeiro e OUTROS. acesso em: <https://www.jusbrasil.com.br/processos/148459680/processo-n-0015253-21.2003.8.19.000-do-tjrj>. Acesso em: 10 out. 2024.

RODRIGUES, Jhessyca; BARRETO, Rodrigo; FILHO, Gilson. Violência obstétrica e a Responsabilidade Criminal: Entre a carência de leis específicas que disciplinam o assunto e os obstáculos para a comprovação dos atos cometidos por profissionais da saúde. **Revista Interfaces Do Conhecimento**. v. 5, n.1, 2023, p. 88-110. Disponível em: <https://periodicos.unicathedral.edu.br/index.php?journal=revistainterfaces&page=index>. Acesso em: 10 set. 2024.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. Trad. Iara Bongiovani. São Paulo: Fundação Perseu Abramo Editor. 2015.

SAFFIOTI, Heleieth; ALMEIDA, Suely. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SANTANA, Ariane. **Essa Dor Tem Cor: Uma Análise Interseccional No Fenômeno Da Violência Obstétrica**. 2022. Tese. (Pós-graduação Em Enfermagem) - Universidade Federal Da Bahia – UFBA, Salvador. Orientador: Profa Dra Telmara Menezes Couto. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/38084>. Acesso em: 10 ago. 2024.

SANTOS, Leonardo Vieira. **Responsabilidade Civil médico-hospitalar e a questão da culpa no Direito Brasileiro**. Salvador. Editora Jurispodivm, 2008, V.1.

SANTOS, Manuela; *et al.* Plano de parto: o conhecimento da gestante sobre esta ferramenta para empoderamento durante a assistência obstétrica. **Brazilian Journal Of Health Review**. Curitiba, v.3, n. 4, 2020, p.10143-10165. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/14775/12225>. Acesso em: 07 ago. 2024.

SANTOS, Robério; *et al.* Violência contra a mulher à partir das teorias de gênero. **Id Online**, v. 13, n. 44, p. 97-117, 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1476/2363>. Acesso em: 08 ago. 2024.

SÃO PAULO, Tribunal de Justiça Do Estado de São Paulo, Decisão Judicial Nº1541195-03.2021.8.26.0050. Vigésima Quinta Vara, Relator: Carlos Alberto Corrêa De Almeida Oliveira. Autor: Justiça pública. Averiguado: Renato Kalil Julgado: 31 out. 2022. Disponível em: https://www.migalhas.com.br/arquivos/2022/11/2EE1D6BF7EDECf_decisaoshantal.pdf. Acesso em: 12 out. 2024.

SARDENBERG, Cecília Maria; TAVARES, Marcia Santana. **Violência de gênero contra mulheres: Suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento.** Salvador: EDUFBA, 2016.

SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: Violência obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade.** Brasília, v. 2, 2016, n. 1, p.128-147. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076/1072>. Acesso em: 07 abr. 2024.

SCHINCAGLIA, Cristine; *et al.* As consequências do uso de ocitócitos durante o parto, **Revista Científica de Enfermagem,** São Paulo, v. 7, 2017, n. 19, p.75-82. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/125/129>. Acesso em: 11 ago. 2024.

SCOTT, Joan. Gênero: Uma categoria útil para análise histórica. Trad. Rufino, Christine, Ávila, Maria Betânia. **Educação E Realidade.** v. 20, 2017, p. 21. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>. Acesso em: 11 maio. 2024.

SEMINÁRIO CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE, Setembro, 2019, Rio Grande, Universidade Federal do Rio Grande, Anais Eletrônicos, VII Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade do III Seminário Internacional do Corpo, Gênero e Sexualidade e do III Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, saúde e Sustentabilidade, Universidade Federal Do Rio Grande – FURG.

SILVA, Andreia Mendes. **Caso Alyne Pimentel: Análise do direito humano à saúde e a morte materna.** Monografia, (Bacharelado em Direito). Bacharelado Em Direito, Centro Universitário de Brasília - UNICEUB. Orientador: Profa. Aline Albuquerque. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/7097>. Acesso em 10 out. 2024.

SILVA, Delmo; SERRA, Maiane, Violência obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais,** Maranhão, v. 3, 2017, n.2, p. 42-65. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/garantiasfundamentais/article/view/2586>. Acesso em: 09 ago. 2024.

SILVA, Emily; *et al.* Racismo obstétrico vivenciado por mulheres negras: Uma revisão integrativa da leitura. **Research, Society And Development.** v.11, n.1, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24930>. Acesso em: 10 ago. 2024.

SLAIBI, Maria. O Direito Fundamental à saúde. **Boletim do Instituto de Saúde,** v.12, n. 3, p. 227-233, 2010. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1047659/v12n3-227-233.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2024.

SOUZA, Maria; TAVARES, Maria; ROCHA, Rosa. Dimensões dos Direitos Fundamentais no plano nacional de políticas para mulheres. **Caderno Ibero- Americano de Direito Sanitário.** Brasília v. 8, 2019, n. 2, p. 1-132. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/525>. Acesso em: 07 abr. 2024.

SOUZA, Mirely. **Violência Obstétrica: sob uma perspectiva dos acórdãos do stf e stj.** 2022, monografia jurídica. (Graduação em Direito), - Escola de Direito, Negócios e Comunicações do Curso de Direito, da Pontífica Universidade de Goiás - PUCGOIÁS, Orientador: M.S. Luiz Paulo Barbosa Da Conceição. Disponível em:

<https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/3855/1/MIRELY%20DE%20OUZA%20SANTOS.pdf>. Acesso em: 10 set. 2024.

TÉ, Paulo Anós. Matriarcado versus patriarcado: Uma colisão epistemológica. **Kwanissa: Revista de Estudos Africanos e Afro-Brasileiros**, v. 5, n. 13, p. 07–23, 20 Dez 2022 Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/kwanissa/article/view/16671>. Acesso em: 17 jul. 2024.

UDELSMAN, Artur. Responsabilidade Penal e ética dos médicos. **Revista Da Associação Médica Brasileira**. São Paulo. V.48, N.2. 2002. P.172-182. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/M5NXcZkdGMHzGnxmxZJYzfl/?format=pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

URPIA, Ana. nascer não deveria ser igual para todas as pessoas? In: BASTOS, Ana Cecília, PONTES, Vivian Volkmer (Orgs). **Nascer não é igual para todas as pessoas**. Salvador: EDUFBA, 2020. P.143.

VARELA, João Matos Antunes. **Das Obrigações Em Geral**. v.1, Ed. 10. Coimbra. Editora Almedina. 2000.

VELOSO, Roberto; SERRA, Maiane. Reflexos da Responsabilidade Civil e Penal nos casos de violência obstétrica. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**. V.2, n.1, 2016, p.257-277. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/garantiasfundamentais/article/view/911>. Acesso em: 12 set. 2024.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002.

VIEIRA, Nicole. **A violência obstétrica na legislação brasileira**. Monografia. (Graduação em Direito), Curso de Direito da Faculdade Evangélica de Rubiataba. Rubiataba. Orientador: Mestre Edilson Rodrigues. Disponível em: <https://www.rincon061.org/handle/aec/18640>. Acesso em: 12 set. 2024.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade: Fundamentos da sociologia compreensiva**. Trad. Regis Barbosa, Karen Elsabe. São Paulo: Universidade de Brasília Editor, 1991.