



“RESPEITA ESSE CORPO QUE DELE SAI GENTE”:

CENÁRIOS JURÍDICOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Cristiane Brandão Augusto¹

Isabela Sousa de Jesus Pereira²

Mariana Freitas da Costa³

RESUMO

O texto aborda o processo de reconhecimento da violência obstétrica como pauta de destaque no campo da justiça reprodutiva e dos direitos humanos, ao passo que busca contribuir para o debate sobre as estruturas misóginas e racistas dessa forma de violência feminicida. Mapeia-se, por meio de levantamento jurisprudencial do Tribunal de Justiça do RJ e do Superior Tribunal de Justiça, quais os tipos de violação mais comumente levados ao Judiciário e de que forma o Estado se posiciona (ou se omite) nesses casos, investigando-se como preconceitos sociais afetam as práticas do sistema de Saúde e a busca por reparações e indenizações por parte das vítimas. Além disso, estudam-se as movimentações do Legislativo para o enfrentamento à violência obstétrica e as reações da classe médica, cujo saber-poder se apoderou historicamente dos corpos femininos e dos conhecimentos acerca do parir a partir de uma lógica científica masculinizada e de epistemes androcentradas.

Palavras-chave: violência obstétrica; direitos reprodutivos; justiça reprodutiva; judicialização.

ABSTRACT

The text addresses the process of recognizing obstetric violence as a prominent issue in the field of reproductive justice and human rights, while seeking to contribute to the debate on the misogynistic and racist structures of this form of feminicidal violence. It is mapped, through a jurisprudential survey of the Court of Justice of RJ and the Superior Court of Justice, which types of violations are most commonly brought to the Judiciary and how the State positions itself (or omits itself) in these cases, investigating how social prejudices affect the practices of the Health system and the search for reparations and compensation by victims. Furthermore, the movements of the Legislature to combat obstetric violence are studied, as well as the reactions of the medical class, whose knowledge-power has historically taken over female bodies and knowledge about childbirth based on a masculinized scientific logic and andro-centered epistemes.

Keywords: obstetric violence; reproductive rights; reproductive justice; judicialization.

¹ Estágio Pós-Doutoral no Centro de Investigaciones y Estudios de Género da Universidad Nacional Autónoma de México, professora do programa de pós-graduação do Núcleo de Políticas Públicas em Direitos Humanos (PPDH/UFRJ) e da Faculdade Nacional de Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FND-UFRJ). Coordenadora do Grupo PEVIGE – Pesquisa e Estudo em Violência de Gênero (FND/UFRJ) e do Observatório Latino-americano de Justiça em Feminicídio.

² Graduada em Direito pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e pesquisadora do Grupo PEVIGE – Pesquisa e Estudo em Violência de Gênero (FND/UFRJ).

³ - Graduada em Direito pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Membro efetivo da Liga Acadêmica de Ciências Criminais (LACC-UFRJ), atuou como monitora na disciplina de Direito e Antropologia e como pesquisadora do Laboratório de Ensino, Pesquisa e Extensão Direito, Antropologia, Saúde e Religião, bem como do Grupo PEVIGE – Pesquisa e Estudo em Violência de Gênero (FND/UFRJ).

Introdução

As práticas obstétricas sofreram profundas mudanças com a crescente hospitalização e medicalização da assistência ao parto e ao nascimento. O panorama atual da parturição demonstra grandes falhas no que se refere ao respeito aos direitos humanos das mulheres, com uma em cada quatro brasileiras sofrendo violência obstétrica (Perseu Abramo, 2010). Reconhecida como um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde, a partir da segunda década do século XXI, ganhou maior visibilidade através da mídia, documentários, pesquisas acadêmicas e movimentos feministas.

Embora não se tenha um consenso sobre a origem do termo “violência obstétrica” (V.O.), diversos autores como Chadwick (2016), Sadler *et al.* (2016) e Pickles (2015) relatam que ele apareceu na América Latina durante os anos 2000 como pauta dos ativismos que discutiam a desmedicalização do parto e o fortalecimento de mulheres durante a gravidez, parto e nascimento. Já na década de 1980, todavia, trabalhos feministas como o livro *Espelho de Vênus* (CERES, 1981) descreviam a violência institucionalizada durante o parto e, em 1993, a fundação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) reconheceu a prática de intervenções desnecessárias e a violação aos direitos reprodutivos das mulheres nas rotinas hospitalares (Sadler *et al.*, 2016).

Outro marco foi a Primeira Conferência Internacional para a Humanização do Nascimento, realizada no Brasil em 2000, evento que deu origem à Relacahupan (Rede Latino-Americana e do Caribe pela Humanização do Parto e Nascimento). No âmbito da OMS, em 2014, a declaração intitulada “Prevenção e eliminação de abuso, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” foi o documento responsável por reconhecer a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher (Sadler *et al.*, 2016).

Nesse cenário, após a Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo e com a Conferência *Sister Song Women of Color Reproductive Justice Collective* 2003, surge o movimento de Justiça Reprodutiva, enfocando o direito de ter filhos sob as condições que escolher, o direito de não ter filhos e o direito de criar filhos sob condições dignas e livre de violências (Ross, 2017). Ao ressaltar a correlação entre as proposições do feminismo negro e as intersecções econômicas, sociais e políticas como fatores



determinantes para a tomada de decisões sobre os seus corpos, sua sexualidade e sua reprodução, pretendeu a integração dos fundamentos dos direitos reprodutivos, justiça social e direitos humanos (Zanghelini, 2020).

Atualmente, podemos dizer com uma certa tranquilidade que a definição de V.O., decorrente de tais debates, alcança qualquer ato de negligência, assédio moral e físico, abuso e desrespeito com parturientes por parte dos profissionais de saúde, seja através do excesso de ações intervencionistas ou de medicalização, de uma atenção desumanizada ou na transformação patológica dos processos fisiológicos que envolvem os aspectos reprodutivos (Juarez *et al.*, 2012), representando desumanização do cuidar e perpetuação do ciclo da opressão feminina pelo próprio sistema de saúde (Souza e Pileggi-Castro, 2014). Associadas (ou imbricadas com) à agressão física, psicológica, estão aquelas de natureza verbal, sexual e simbólica, que se concretizam nas negligências de assistência e discriminação vividas no momento da gestação, parto, nascimento e pós-parto, na adesão a práticas obstétricas desaconselhadas e prejudiciais, na trivialização do sofrimento e na banalização do significativo número de mortalidade materna evitável (Ferreira e Gonçalves, 2020).

Na perspectiva de ser uma demonstração do *fazer morrer* (Diniz *et al.*, 2015; Mariano e Souza, 2023), especialmente de parturientes negras e pobres (Leal *et al.*, 2017; Diniz *et al.*, 2015), a violência obstétrica como violação de direitos humanos ilustra a subalternidade de largo espectro da população brasileira e latino-americana, por cujos marcadores de gênero, raça e classe se refletem altas taxas de violência feminicida⁴.

A violência feminicida, nesse sentido, abarca não só o feminicídio, mas também as mais variadas ações ou omissões, individuais ou coletivas, pessoais ou institucionais, domésticas ou estatais, que gerem morte ou perigo de morte em razão do gênero feminino. Incluem-se, aqui, as violações decorrentes das assimetrias estruturais como danos resultantes de abortos clandestinos; de enfermidades típicas femininas, quando ausente política de saúde adequada para a prevenção e o tratamento; mortalidade materna ou

4 De acordo com a legislação mexicana – de onde colhemos este conceito – violência feminicida é a forma extrema de violência de gênero contra as mulheres, as adolescentes e as meninas, produto da violação de seus direitos humanos e do exercício abusivo do poder, tanto em âmbitos público e privado, que pode implicar impunidade social e do Estado. Manifesta-se através de condutas de ódio e discriminação que põem em perigo suas vidas ou culminam em mortes violentas como o feminicídio, o suicídio o homicídio ou outras formas de mortes evitáveis e em condutas que afetam gravemente a integridade, a segurança, a liberdade pessoal e o livre desenvolvimento das mulheres, adolescentes e meninas (Art. 21, da Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, tradução livre – México, 2007).



lesões fatais por violência obstétrica, enfim, um sistema de domínio de gênero, legitimado por uma percepção social hostil às mulheres (Ríos, 2015; Augusto *et al.*, 2019).

O respaldo estatal às práticas médicas de saber-poder, que se apoderaram historicamente dos corpos femininos e dos conhecimentos acerca do parir a partir de uma lógica científica masculinizada e de epistemes androcentradas (Oliveira, 2022; Lima, Pimentel e Lyra, 2021; Marrero e Brüggemann, 2018; Goes, 2018; Santos, 2002), dificulta a visibilidade e o reconhecimento da violência obstétrica por parte do legislativo, executivo e judiciário. Assim, apesar da projeção alcançada por pressão dos movimentos negro e feminista, falta, ao Brasil, a eficácia de uma legislação que trate especificamente do tema, inclusive com um olhar preventivo e integrativo em Rede, bem como a implementação de políticas públicas em todos os níveis federativos que efetivamente reconheçam a autonomia da mulher no campo da sexualidade e da reprodução⁵.

No âmbito judicial nacional, igualmente, as lacunas formação e sensibilização às questões de gênero nos instigaram a investigar as decisões de uma Justiça estruturalmente sexista e racista, quanto aos casos de violência obstétrica submetidos à sua apreciação. A pesquisa, abrangendo os anos de 2016 a 2023, levantou a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ) e do Superior Tribunal de Justiça (STJ) a fim de mapearmos as agressões mais frequentemente identificadas pela vítima e reconhecidas (ou não) pelo Judiciário.

O objetivo deste artigo é, portanto, apresentar os resultados obtidos da análise de acórdãos, destacando o olhar do sistema de justiça para esse fenômeno social e, consequentemente, espelhando o tratamento estatal ao direito ao acesso à saúde e às normativas internacionais, regionais e nacionais de enfrentamento à violência contra a mulher. Para isso, dividimos este trabalho em três partes, trazendo, inicialmente, o estado do conjunto de normas e as propostas de lei; a pesquisa no TJRJ e, na sequência, a análise de dados do STJ.

Por fim, convém dizer que o título deste trabalho é uma “feminagem” à artista Elza Soares, que tanto cantou as dores e forças da mulher e, especialmente, da mulher

5 Não que estejamos defendendo a vinculação “direitos sexuais e reprodutivos”. Concordamos com diversos autores que tecem críticas a essa abordagem e defendem a autonomia de tais categorias, a exemplo de Biroli (2014, p. 124): “*as conexões entre maternidade e sexualidade têm sido mobilizadas para restringir a autonomia das mulheres. A relevância social e/ou moral da primeira, em geral associada a concepções convencionais de família, justificaria o controle da sexualidade das mulheres*”.



negra. Sua música “Feminelza” traz versos que ilustram a luta por autonomia e não silenciamento:

Quem você pensa que é pra dizer a alguém que pode parir
Onde ela deve ou não deve ir?
Quem você pensa que é pra dizer a alguém que sabe gerar
O que ela pode ou não falar? (...)
Respeite esse corpo que dele sai gente
Que sangra sem morrer
Respeite esse corpo, ele não lhe pertence
Feminino corpo vai prevalecer (...)

Leis e propostas

O Brasil está entre os países da América Latina que não possui uma legislação que trate especificamente sobre violência obstétrica. No ano de 2023, foi instalada na Câmara dos Deputados a Comissão especial sobre violência obstétrica, que objetiva estudar e analisar as razões do aumento de denúncias sobre esse tipo de hostilidade em nosso país – registraram-se 116 denúncias de violência obstétrica nos primeiros seis meses de 2019, ante 15 casos no mesmo período de 2018 – e as estatísticas nacionais sobre morte materna (Câmara dos Deputados, 2023). Antes disso, já a partir de 2014, passamos a contar com alguns projetos de lei federal.

O PL nº 7.633, um dos pioneiros na temática, declara que toda gestante tem direito à assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, incluindo-se o abortamento, seja este espontâneo ou provocado, tanto na rede pública, quanto na rede privada. Preceitua que todos os profissionais da saúde devem guiar suas práticas de acordo com as recomendações traçadas pelo Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), as Portarias 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde e a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – RDC nº 36/2008. Em suma, essa proposta de legislação enfatiza o dever de os profissionais de saúde tratarem a mulher como protagonista do seu próprio parto, traduzindo-se na garantia de sua autonomia, no direito de ser informada adequadamente sobre os métodos e procedimentos disponíveis para o atendimento pré-parto, parto e puerpério e sobre a evolução de seu parto e o estado de saúde de seu filho ou de sua filha. Outro ponto de destaque no PL é o direito da mulher à elaboração de um Plano Individual de Parto, no qual serão indicadas as disposições de sua vontade e que toda e qualquer alteração desta

manifestação ocorrida durante o trabalho de parto deve ser registrada no prontuário médico da gestante, mediante justificativa clínica do procedimento adotado. Outrossim, bem como as legislações venezuelana e argentina, o projeto de lei brasileiro traz uma definição para a violência obstétrica, considerando-a como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (Brasil, 2014).

Outro Projeto de Lei a ser destacado é o de n.º 7.867, apresentado em 2017. A legislação ressalta, sobretudo, que as práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério devem se pautar nos princípios da humanização e da medicina baseada em evidências. Da mesma forma que o PL nº 7.633/2014 citado acima, o presente projeto de lei também traz um conceito para a violência obstétrica em seu artigo 3º, considera-se violência obstétrica todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros, em desacordo com as normas regulamentadoras ou que ofenda verbal ou fisicamente as mulheres gestantes, parturientes ou puérperas (Brasil, 2017a). Por fim, aduz que o descumprimento da lei sujeitará os infratores às penas previstas na legislação da esfera sanitária, penal e civil.

Ainda em 2017, o PL nº 8.219 trata da violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Nesse viés, define que a V.O. consiste na imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais em que são atendidas, bem como o desrespeito à sua autonomia (Brasil, 2017b). Diferentemente das outras proposições legislativas, esta criminaliza a violência obstétrica com pena de detenção de seis meses a dois anos, e multa. Outrossim, para o procedimento da episiotomia indiscriminada e imotivada, prevê detenção de um a dois anos e multa.

Na atual legislatura, percebemos um número maior de propostas protocoladas por deputadas e deputados federais, seja tipificando o crime de V.O., seja ilustrando essas violações como agressões a serem evitadas, quantificadas e enfrentadas. Podemos citar os PLs 190/2023, 5673/2023, 4131/2023, 3710/2023, dentre outras atividades legislativas.



Embora o Brasil ainda careça, portanto, de uma legislação adequada e eficaz, algumas portarias foram emitidas pelo Ministério da Saúde a fim de discutir o direito ao parto humanizado, o direito ao acesso e acolhimento nos serviços de saúde e o direito ao atendimento digno e de qualidade.

A título de exemplo, destacamos a Portaria nº 569/2000, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2000). A Portaria 1.067/2005 do Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (Brasil, 2005) e a de nº 353/2017 do Ministério da Saúde, que aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Nessa oportunidade, foi lançada uma cartilha que contém diversas recomendações sobre o local de assistência ao parto, os cuidados gerais durante o trabalho de parto, o alívio da dor no trabalho de parto, a assistência no primeiro, segundo e terceiro período do parto, os cuidados maternos imediatamente após o parto e a assistência ao recém-nascido. Outra de importância reconhecida foi a Portaria 1.459/2011 do Ministério da Saúde, que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS e dispõe sobre os seguintes princípios: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (Brasil, 2011).

Embora o Programa Rede Cegonha tenha como um dos seus objetivos solucionar a não vinculação da gestante à unidade de saúde, a fim de combater a peregrinação para conseguir internação no momento do parto, a falta de leitos vagos e a precariedade dos hospitais acabam sendo barreiras para efetivação de tal política pública, também consubstanciada na Lei nº 11.634/07.

Em oposição a esse conjunto normativo pró autonomia da mulher, em 23 de maio de 2023, deu-se a publicação da Resolução nº 343 do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. A resolução dispõe sobre “a não obrigação de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem-estar e da saúde para o binômio materno-fetal.”

O texto assemelha-se ao conteúdo da Resolução nº 293/2019 do CREMERJ, que foi revogada por decisão judicial da Ação Civil Pública nº 5061750-79.2019.4.02.5101/RJ por entender estar sendo violada a autonomia das mulheres gestantes ao vedar, na prática, a subscrição pelo médico do plano de parto. Sendo assim, torna-se claro que o documento de 2023 nada mais é do que uma repetição do documento de 2019 camuflado em uma nova roupagem.

A Resolução nº 343 demonstra o incômodo dos médicos com a crescente legislação sobre a violência obstétrica, o que pode ser confirmado pelo seguinte trecho da resolução: *“Considerando o Parecer CFM nº 32, de 23 de outubro de 2018, elaborado pela Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CFM acerca da proliferação de leis sobre “violência obstétrica (...)”* (CREMERJ, 2023). O Parecer nº 32, que é citado no trecho anterior, dispõe em sua ementa que *“a expressão ‘violência obstétrica’ é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética”*.

Não bastasse, em 2019 em nota divulgada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), reiterou-se que o termo “violência obstétrica” *“é inapropriado, devendo ser abolido, pois estigmatiza a prática médica, interferindo de forma deletéria na relação entre médicos e pacientes”*.

O parecer nº 32 (CFM, 2018) surge após o Ministério da Saúde veicular nota afirmando *“ser contrário ao uso do termo “violência obstétrica”, sugerindo o não uso do mesmo por considerar que a falta de consenso pode gerar prejuízos para o desenrolar da assistência”* (Lima, Pimentel e Lyra, 2021).

O papel do médico é um ponto importante de discussão, já que o saber formal do obstetra e as percepções e decisões da mãe entram em conflito com frequência. Segundo Kelly de Lima, Camila Pimentel e Tereza Lyra (2021), além de Lihsieh Marrero e Odaléa Brüggemann (2018), a própria formação médica do profissional é um dos fatores da problemática em pauta; a produção de conhecimento na medicina não centraliza a mulher, e, portanto, constrói cenário propício para a violência obstétrica. Trata-se de uma produção hierarquizada, com fortes componentes sexistas e racistas.



Se o saber da gestante é subestimado e depreciado, mais ainda o *não saber* é instrumentalizado como silenciador dos questionamentos da mulher (Lima, Pimentel e Lyra, 2021). Já ressaltava Sueli Carneiro que

Os níveis superiores de mortalidade materna entre mulheres negras é resultado das diferenças percebidas, pelos estudiosos do tema, na assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério, que se mostram desfavoráveis às mulheres negras. Esse conjunto de fatores está enquadrado pelos especialistas da área de saúde no conceito de racismo institucional (Carneiro, 2011, p. 25).

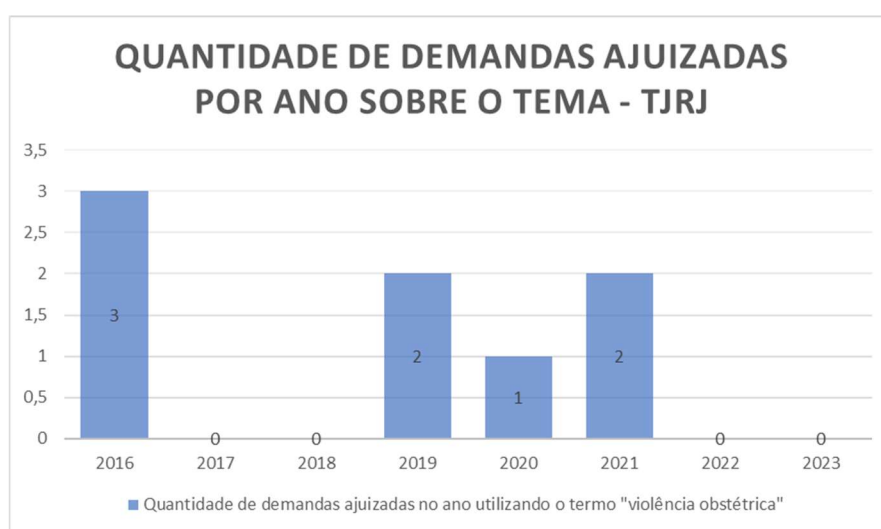
Na prática da episiotomia, é evidente a disparidade racial. Embora o método seja aplicado com mais recorrência em mulheres brancas, quando realizado em mulheres negras, estas recebem menos anestesia (Lima, Pimentel e Lyra, 2021). A ideia de que as mulheres negras não sentem dor, pelo menos não da mesma forma que as brancas, é apontada por diversos autores e tem imensa relevância no cuidado que as parturientes recebem pelos profissionais que as assistem. Em entrevista para o Geledés, a epidemiologista Emanuelle Goés declara que *“são situações em que, muitas vezes, era necessária uma intervenção médica maior para salvar aquela vida e não há, porque acreditam que as mulheres negras aguentam mais a dor, são boas de parir”* (Portal Geledés, 2020).

Igualmente, a mortalidade materna no Brasil deve ser encarada com seu marcador racial, dado que 60% das mulheres que morrem nesse contexto são negras (Resende e França, 2021). Esther Pineda (2022) denuncia que as negras estão mais vulneráveis à violência obstétrica e seus resultados fatais, por práticas negligentes, imperícia e outras formas de violência médica como consequência dos preconceitos e estereótipos que persistem nas sociedades patriarcais, que podem culminar em pré-eclâmpsia, eclâmpsia, infecção e sepse puerperal, hemorragias, trauma abdominal, complicações pós-operatórias etc.

Em conclusão, a ausência de uma legislação eficaz, de políticas públicas de prevenção, de educação e de conscientização, para além da escassez de medidas voltadas especificamente para o enfrentamento ao racismo obstétrico, denotam a complexa teia da violência feminicida no campo dos direitos reprodutivos.

TJRJ

Na busca pelos processos de 2ª instância que tramitaram no TJRJ entre os anos de 2016 e 2023, através de consulta à jurisprudência no respectivo site, foram localizados oito casos com o termo “violência obstétrica” na ementa. Foi selecionado esse período, pois nos anos anteriores a 2016 o número de julgados que utilizavam o termo “violência obstétrica” é insignificante. Sendo assim, o período escolhido (2016-2023) apresenta um resultado mais expressivo de decisões pertinentes à análise do tema. À vista disto, podemos traçar um panorama sobre a quantidade de apelações ajuizadas, por ano de início do processo, a partir do gráfico a seguir:



Conclui-se que, a partir dos recursos encaminhados à 2ª instância, o ano que houve maior número de processos iniciados foi o de 2016, seguido por 2019 e 2021 que tiveram duas demandas, enquanto o ano de 2020 teve apenas um recurso judicial. Com o intuito de aprofundar a análise processual dos casos de violência obstétrica no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, foram selecionadas quatro ações que denunciam, com mais elementos, a realização de procedimentos invasivos e o atentado à saúde reprodutiva das autoras.

Na primeira demanda, de número 0389035-31.2016.8.19.0001, a autora propõe ação de responsabilidade civil por danos morais contra o Município do Rio de Janeiro, objetivando a condenação do réu pelos maus tratos sofridos no momento do parto. Alega que a médica, após toque vaginal, realizou a episiotomia, solicitando ainda que a acompanhante da parturiente se retirasse da sala de parto. Na inicial, relata que sofreu maus tratos por parte da equipe médica, que dava tapas em suas pernas e falava com brutalidade: “Seu filho vai morrer e a culpa vai ser sua!”, “seu filho não vai sair do



hospital por culpa sua, que não ajudou no parto”. Completa declarando que fizeram força com os braços sobre o seu abdômen para que a criança nascesse, procedimento conhecido como manobra de Kristeller. A parturiente relata que ficou em estado de choque e que, após a sua recuperação, foi encaminhada para a psiquiatria médica. Em seus pedidos, a autora requer a condenação do réu (Hospital Municipal do Rio de Janeiro) ao pagamento de indenização como compensação pelos danos morais sofridos.

A sentença julgou parcialmente procedente o pedido, reconhecendo os danos morais sofridos e condenando o réu ao pagamento de indenização, porém em valor inferior ao pleiteado pela parte autora.

Em razões de apelação, o Município do Rio de Janeiro reitera a sua tese defensiva e afirma que o Juízo fez uma leitura equivocada do caso, tendo em vista que as médicas atuaram com o rigor necessário para que a paciente cooperasse. Afiança que não houve prática de ato ilícito, tampouco dano moral passível de compensação, pois, se as médicas não atuassem com firmeza necessária, o debate seria sobre a responsabilidade do Município pelo óbito da criança.

Sobreveio o acórdão, no qual foi desprovido o recurso da Municipalidade, que trouxe em sua fundamentação a Lei nº 6.898/2021 do Município do Rio de Janeiro, dispondo sobre a implementação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. No mais, o referido acórdão conclui:

Restou incontestado que a autora foi vítima de violência obstétrica, pois sofreu agressões verbais. Também recebeu um tratamento inadequado por parte da médica responsável pelo parto, não estava devidamente acomodada, pois sua cama estava quebrada e não tinha apoio para as mãos e os pés. Ainda foi submetida a procedimentos médicos sem o seu prévio conhecimento e anuência (procedimento de episiotomia), a proporção e a dimensão de suas dores foram completamente ignoradas e, por fim, não pôde ter contato com seu filho, injustificadamente, já que o bebê não foi encaminhado à UTI após o nascimento. Indubitável, houve violência obstétrica e, portanto, ofensa à integridade física e psicológica da paciente. Resta, assim, caracterizado o dano moral, devendo ser analisado o *quantum* indenizatório fixado pela sentença.

O segundo processo do TJRJ a ser analisado é o de número 0190229-11.2020.8.19.00, movido contra o Estado do Rio de Janeiro. A autora alega em sua petição inicial que havia necessidade de uma cesariana, tendo em vista a falta de passagem para o parto normal. Entretanto, afirma que a equipe médica insistiu na realização do



parto natural. Relata que foi realizada a episiotomia sem nenhuma anestesia, o que lhe causou muito sofrimento; que seu parto não foi acompanhado por nenhum familiar; e que os profissionais utilizaram várias manobras em sua barriga para forçar a passagem do bebê.

Após a realização do parto, a autora afirma que permaneceu com muitas dores na região do abdômen, e que por esse motivo foi submetida a uma cirurgia de laparotomia exploradora e, no, mesmo dia, uma segunda cirurgia para retirada do apêndice. Ressalta que não foi solicitado nenhuma autorização ou ofertado o Termo de Consentimento Informado para a realização da cirurgia. Ao final, requer a indenização por danos morais e estéticos e a condenação do réu para pagar valor mensal até a sua recuperação.

A sentença, se apoiando no laudo pericial, julgou improcedentes os pedidos por entender que o tratamento médico dispensado à autora se deu dentro das normas de “boa prática médica”, não sendo identificado desvio de conduta. Assim, foi entendido que a equipe médica envolvida no presente caso fez o que estava ao seu alcance e seguiu todo o protocolo recomendado para esse tipo de situação.

Inconformada, a autora apresenta recurso de Apelação, o qual reformou a sentença no sentido de reconhecer que houve violência obstétrica e que a decisão *a quo* não enfrentou diretamente os pontos trazidos pela parturiente. Destaca-se o seguinte trecho do Acórdão:

Logo, uma vez demonstrado o fato violador da cláusula geral de tutela da pessoa humana, também estará demonstrado o dano moral. Não há qualquer justificativa nos autos para a realização da manobra de Kristeller, tampouco para o desrespeito ao consentimento livre esclarecido e ao direito ao acompanhamento durante o nascimento do bebê.

Assim, foi dado parcial provimento ao recurso, concedendo à Apelante a compensação por danos morais, mas negando-lhe os pedidos de danos materiais e pensionamento. Um ponto que chama a atenção nessa ação é a utilização do termo “boa prática médica” no laudo pericial e depois reproduzido na sentença. O laudo pericial não define o que seria boa prática médica, o que dificulta a problematização das conclusões apresentadas na prova pericial e utilizadas pelo juiz. Ao pesquisar documentos que explicassem melhor quais práticas seriam recomendadas na atenção ao parto e ao nascimento, foram encontrados o “Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao



Nascimento”, de 1996, elaborado pela Organização Mundial da Saúde, e as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, organizado pelo Ministério da Saúde (2017).

A ação de responsabilidade civil de número 0053069-77.2016.8.19.0002 foi proposta pelo menor e sua representante legal em face do Município de Niterói e a maternidade municipal. A parturiente alega que, ao entrar em trabalho de parto e se dirigir à maternidade, não recebeu o devido atendimento da unidade de saúde. Após um desconfortável exame de escuta dos batimentos cardíacos do feto, foi orientada a aguardar no pátio da maternidade sob a alegação de que não estava na hora do nascimento.

A autora menciona que ficou horas sentindo fortes dores, não tendo recebido qualquer amparo da equipe de saúde, mesmo após diversos pedidos. Após muita insistência de sua acompanhante, a gestante foi encaminhada a uma sala de pré-parto, onde lhe foi aplicada injeção para acelerar o parto sem qualquer tipo de informação.

Acrescenta que, ao permanecer na sala abandonada e com fortes contrações, se viu em uma situação humilhante, já que a força feita parar parir fez com que evacuasse, urinasse e vomitasse. Diz que permaneceu nessas condições por muito tempo e que só foi auxiliada por um funcionário da limpeza após muita insistência de sua acompanhante.

Depois de horas, a criança nasceu de forma natural, mas por não ter nenhum profissional de saúde por perto acompanhando, o bebê acabou caindo na mesa de exames. Alega que sofreu uma grande laceração do seu períneo, o que prejudicou os esfíncteres anais. Na sequência, após minutos de espera por atendimento, relata que seu filho foi retirado de seu colo e encaminhado à UTI com diagnóstico de asfixia, dificuldade respiratória e quadro convulsivo.

Na petição inicial, é afirmado que a mulher sofreu violência obstétrica e que houve descaso, tratamento degradante e negligência que causou o sofrimento fetal. Requerem, ao final: indenização; pagamento pelas Rés de todo o tratamento do segundo autor, o menor; pagamento pelas Rés de todo o tratamento psicológico da primeira autora, a parturiente.

A sentença julgou improcedentes os pedidos autorais por entender que o ônus da prova acerca do fato constitutivo do direito alegado recai sobre a parte Autora, nos termos do art. 373, I, do CPC, o que não restou demonstrado por ela. Cita que a parte ré cumpre com o que lhe é determinado por lei, impugnando especificamente os argumentos trazidos pela parte autora em sua exordial e trazendo aos autos documentos hábeis a demonstrar



que houve o atendimento médico quando fora requisitado. Por fim, o Juízo condenou a parte autora ao pagamento de honorários advocatícios. Em apelação, o acórdão confirmou a sentença de primeira instância, reconhecendo que esta examinou com inegável acerto a controvérsia.

Por último, a ação de responsabilidade civil de número 018309-73.2019.8.19.0204 movida em face de Hospital da rede privada e da médica que realizou o parto. Alega a parte autora que durante o seu pré-natal foi acordado com a obstetra que realizaria o parto cesáreo. Com o início das fortes contrações, a autora se dirigiu ao Hospital, sendo informada pela obstetra que, por estar com sete centímetros de dilatação, seria realizado o parto natural.

A parturiente relata que durante o procedimento a equipe médica mandava fazer força, mas encontrou muito dificuldade em manter-se sobre a mesa e a médica, aparentando irritação, “jogava” a perna da autora no suporte da mesa e a empurrava para cima diversas vezes. Expõe, ainda, que foi realizada episiotomia e a manobra de Kristeller, ambos os procedimentos não consentidos pela gestante. Requer, portanto, o pagamento de indenização a título de danos morais e estéticos, o custeio de tratamento psicológico, o pagamento de pensão vitalícia e mensal em favor do nascituro, por sequelas, o custeio de um imóvel adaptado às necessidades de seu filho e, por fim, o custeio de educação especial para a criança.

O Juízo decidiu que os elementos de culpa, nexo de causalidade e dano foram comprovados a partir da narrativa dos fatos e laudo pericial, sendo evidente a obrigação solidária dos réus em indenizar. Assim, julgou procedente a pretensão para que os réus respondam, solidariamente, pela totalidade de terapias/consultas/exames por equipes multidisciplinares; o pedido de indenização de danos morais; o pedido de reparação de danos estéticos em favor do menor; a pretensão de tratamento psicológico dos pais e do menor; procedente em parte o pedido de pensão vitalícia e mensal para a criança; e improcedentes os pedidos de custeio de moradia e educação.

Embora tenham sido interpostas apelações pelas partes, a 20ª Câmara Cível manteve os termos da sentença, enfatizando que:

O laudo informa, de forma científica, em que consiste a Manobra de Kristeller a qua foi submetida a gestante no momento do parto: “A Manobra de Kristeller consiste na expressão do fundo do útero para apressar o nascimento. Não é um procedimento inofensivo, pois pode



desregular a contratilidade uterina e produzir hipertonia, repercutindo de maneira prejudicial na vitabilidade fetal. Seus riscos incluem ruptura uterina, lesões perineais graves, tocotraumatismos e maior hemorragia materno-fetal. A execução da manobra com o antebraço ou cotovelo é absolutamente condenável”.

É possível constatar que, embora a manobra de Kristeller seja veementemente repudiada pelos principais órgãos de saúde, como a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, ainda é uma prática presente nos hospitais e maternidades brasileiras, sendo detectado em três dos quatro processos estudados. Outro procedimento que apareceu na maioria dos processos foi a episiotomia sem o consentimento da gestante. Na classificação de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, a Organização Mundial da Saúde (1996) enquadrou seu uso rotineiro como uma prática frequentemente usada de modo inadequado. Além disso, outras intervenções tratadas na pesquisa foram denunciadas como: negligência no atendimento, aplicação de ocitocina, negativa do direito ao acompanhante, maus tratos (psicológicos, físicos e verbais) e toques vaginais dolorosos.

Em relação às partes, observa-se serem compostas, predominantemente, por mulheres. Embora a literatura aponte a ocorrência da violência obstétrica no pré-parto, parto, pós-parto e situações de abortamento, nos processos analisados foram relatadas situações de violência no momento do parto e pós-parto. Além das mulheres, também aparecem como partes dos processos as crianças que sofreram danos e sequelas em função do tratamento obstétrico dispensado quando do nascimento, como é o caso da terceira e quarta demandas. Relativamente aos réus, figuram como parte requerida os hospitais, os médicos responsáveis pelo tratamento e o Poder Público, nos casos das maternidades públicas.

Sobre os pedidos, em todos os processos foi requerida indenização como compensação dos danos morais e/ou estéticos sofridos. Ademais, também foi pedido o pensionamento e o pagamento de tratamento, seja para a mãe ou para a criança. A maioria das demandas foi julgada procedente ou procedente em parte.

STJ

Ao realizar a pesquisa dos processos oriundos das unidades federativas da Região Sudeste (RJ, SP, MG e ES) no Superior Tribunal de Justiça (STJ) nos anos de 2020 a

2023, foram encontradas quinze demandas que utilizam o termo “violência obstétrica” em sua ementa, das quais: duas são do Rio de Janeiro, doze são de São Paulo e uma de Minas Gerais. Foi selecionado esse período (2020-2023), pois os anos anteriores apresentam volume inexpressivo. Dentre essas demandas, apenas duas foram selecionadas para este artigo, consideradas sua complexidade e a maior quantidade de dados.

O primeiro deles é o Agravo em Recurso Especial de número 2276571/RJ (2023/0007108-2) que é movido em face do Município de São Gonçalo (RJ). A autora propôs ação de reparação de danos alegando que recebeu um atendimento de péssima qualidade do Hospital Municipal. Relata que, ao entrar em trabalho de parto, se dirigiu ao nosocômio e teve que esperar por cerca de uma hora na recepção do hospital, pois não havia leito vago. Em seguida, recebeu a notícia de que não havia anestesista, tendo que se submeter ao parto normal. Expõe, ainda, que a médica do plantão informou que o bebê estava “encaixado” e assim iniciaram os procedimentos do parto. Ocorre que, por mais que a parturiente fizesse força, não conseguia parir o bebê. A partir disso, os médicos presentes fizeram força sobre a sua barriga (manobra de Kristeller) e um deles introduziu as mãos em seu canal vaginal para puxar o bebê, ocasionado fratura no braço do menor. Requer, ao final, a condenação do réu ao pagamento de danos morais, o pensionamento vitalício e a reparação de dano estético.

A sentença julgou improcedentes os pedidos, entendendo que não houve erro médico ou falha no atendimento prestado à autora, se apoiando no seguinte trecho do laudo pericial:

De acordo com a literatura médica, esta é uma emergência obstétrica impossível de ser prevista e de ser prevenida e que requer atuação rápida no sentido de minimizar os danos possíveis (...). Mesmo quando os fatores de risco para este evento estão presentes, não está indicada a realização de cesariana como prevenção.

Inconformada, a requerente interpôs Apelação, que teve parcial provimento no sentido de condenar o Município réu a reparar danos morais e estéticos ao menor, a efetuar o pensionamento e a reparar danos morais da autora. Destaca-se o seguinte trecho do acórdão:

Trata-se, consoante o conjunto fático-probatório contido nos autos, da ocorrência de violência obstétrica sofrida pelos autores por ocasião do parto realizado junto ao hospital administrado pelo Município réu,



sendo possível concluir pela existência de nexo causal entre a conduta médica e o dano causado. Necessário observar que a violência obstétrica está relacionada não apenas ao trabalho de profissionais de saúde, mas também a falhas estruturais de clínicas, hospitais e do sistema de saúde como um todo, conforme se constata no presente caso.

O recurso ao STJ não reverteu a causa em favor do Município. O processo já se encontra na fase de execução e aguarda o pagamento da indenização pelo réu.

O segundo processo a ser examinado é o Agravo em Recurso Especial de número 1965844 -SP (2021/0222657-6). Trata-se de agravo interposto contra decisão que não admitiu recurso especial, por sua vez manejado em face de acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP).

Da leitura da decisão monocrática, entende-se que a ação foi ajuizada pelos pais e pelo menor em face da médica, do hospital e da operadora de plano de saúde. Alega-se a ausência de controle dos batimentos cardíacos fetais; que a parturiente foi colocada em posição de litotomia, depois da realização da raquianestesia, o que não é recomendado; e que a equipe médica utilizou fórceps, não recomendável dado o quadro clínico da parturiente.

Assim, o acórdão entendeu que o conjunto de condutas levou à realização de parto fora do protocolo clínico, o que ocasionou o sofrimento fetal, anoxia, bem como paralisia cerebral. A decisão afirma que os elementos dos autos comprovam ter a coautora sido vítima de violência obstétrica, assim como provas documental e pericial permitem concluir ter havido falha grave na prestação dos serviços médicos e hospitalares.

O acórdão do TJSP confirmou parcialmente a decisão de primeiro grau, que entendeu que a responsabilidade civil estava configurada e condenou os réus solidariamente ao custeio do tratamento médico do menor, ao pagamento de danos morais e estéticos, além do pagamento de pensão mensal vitalícia ao menor. O acórdão em questão apenas diminui o *quantum* indenizatório a título de danos morais e estéticos, tendo em vista os princípios da razoabilidade e proporcionalidade.

Da análise dos últimos processos, observamos a denúncia das seguintes violações: falta de leito vago, falta de anestesia, manobra de Kristeller, danos ao menor e a falha na prestação de serviço. Em relação às partes, temos a mulher que aponta ter sofrido violência obstétrica, o pai do menor (parte legítima para atuar no polo ativo) e a criança. Por fim, nota-se que as duas demandas tiveram parcial procedência aos pedidos.



Embora o número de acórdãos aqui analisados não seja suficiente para expressar o posicionamento majoritário do sistema de justiça brasileiro, é interessante perceber que o termo “violência obstétrica” vem sendo utilizado para fundamentar as decisões, demonstrando que esse tipo de violação aos direitos humanos e reprodutivos das mulheres também está sendo pautado e responsabilizado, em algum grau, pelo Judiciário.

Conclusão

A pesquisa ao conjunto normativo e à jurisprudência de tribunais brasileiros buscou enfatizar a importância de incentivos jurídicos capazes de garantir que a gestante seja a protagonista do próprio parto, sendo de suma importância que sua autonomia e integridade (física e mental) sejam respeitadas ao longo de todo o processo.

Trazendo projetos de leis que visam à proteção contra a violência obstétrica e Portarias do Ministério da Saúde emitidas com o propósito de melhorar as condições de assistência à parturiente – para além de compará-las com Resoluções do CREMERJ e do CFM, em sentido contrário –, observamos o quanto os movimentos feminista e negro foram fundamentais para a visibilidade dessas violações aos direitos humanos de mulheres e meninas e para denunciar a instabilidade no asseguramento dos direitos das gestantes e puérperas.

Fundamentais também para a incorporação do termo e do sentido de “violência obstétrica” à gramática do sistema de justiça, provocando-se, a partir dos casos concretos, o posicionamento do Estado-juiz na apreciação de práticas inaceitáveis realizadas por agentes do sistema de saúde.

O expressivo número de projetos de lei da atual legislatura, bem como o reconhecimento judiciário total ou parcial dos direitos violados sopram ares esperançosos no sentido de uma possível mudança de paradigma no campo da Justiça Reprodutiva, contribuindo para o enfretamento – ainda que tímido e formal – ao racismo obstétrico e à violência feminicida.

Referências

ALVES et al. Espelho de Vênus: identidade social e sexual da mulher. Grupo Ceres. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1981.

AUGUSTO, Cristiane B. *et al.* Feminicídio: Colunas Partidas do Sistema Penal. In: **Revista Brasileira de Estudos Criminais**, São Paulo, v. 153, p. 207-242, mar. 2019.



BRASIL. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005.** Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Presidência da República, [2005]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em 20 jan. 2024.

_____. **Projeto de Lei nº 7.633/2014.** Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras Providências. Disponível em: <https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>. Acesso em 14 jan 2024.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 7.867/2017a.** Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Disponível em: <https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>. Acesso em 14 jan. 2024.

_____. **Projeto de Lei nº 8.219/2017b.** Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Disponível em: <https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2147144>. Acesso em 20 jan. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 353, de 14 de fevereiro de 2017. **Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 fev. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0353_14_02_2017.html. Acesso em 20 jan. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. **Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 jul. 2005. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=193664>. Acesso em 21 jan. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.459/2011, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 out. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 19 jan. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do SUS.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html. Acesso em 21 jan. 2024.

_____. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras



providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em 21 jan. 2024.

_____. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em 21 jan. 2024.

_____. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em 21 jan. 2024.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, Sexismo e Desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CERES, Grupo. **Espelho de Vênus**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Parecer CFM nº 32, de 23 de outubro de 2018. Brasília, 2018. Disponível em: <http://estaticog1.globo.com/2019/05/07/ParecerCFMViolenciaObstetrica.pdf>. Acesso em 19 jan. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995/2012. Brasília, 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em 21 jan. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Resolução CREMERJ nº 343**, de 23 de maio de 2023. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1528>. Acesso em 19 jan. 2024.

CHADWICK, Rachele Joy. **Obstetric Violence in South Africa**. *South African Medical Journal*, Cape Town, Cape Town, v. 106, n. 5, p. 423-424, mai. 2016. ISSN 2078-5135. DOI 10.7196/samj.2016.v106i5.10708. Disponível em: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0256-95742016000500002&lang=pt. Acesso em 15 jan. 2024.

FERREIRA, Maíra Soares; GONÇALVES, Eliane. “Parirás com Dor”: a violência obstétrica revisitada. **Revista Sociedade e Cultura**, Goiás, v. 23, 2020.

GELEDÉS. Racismo obstétrico: violência na gestação, parto e puerpério atinge mulheres negras de forma particular. **Portal Geledés**. Rio de Janeiro, 17 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/racismo-obstetrico-violencia-na-gestacao-parto-e-puerperio-atinge-mulheres-negras-de-forma-particular/>. Acesso em: 20 jan 2024.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. do. **Mulheres negras e brancas, as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no estado da Bahia, PNAD - 2008**. In: Saúde da População Negra. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 319



JUÁREZ, Diana *et al.* **Violencia sobre mujeres: herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios.** In: TESSIO, Angeles (org), Edición literaria. – La Ed. – Buenos Aires, 2012.

LEAL, Maria do Carmo *et al* (Coord). *Nascer no Brasil. Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento.* ENSP/FIOCRUZ, 2017.

LEAL, M. C. *et al.* **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública [online]. 2017, v. 33, n. Supl 1, 24 Jul 2017. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>.

LIMA, Kelly Diogo; PIMENTEL, Camila; LYRA, Tereza Maciel. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 4909-4918, 2021.

MARIANO, Silvana; SOUZA, Márcio Ferreira de. A Morte Antecipada na Forma de Femicídio: Pelo Direito à Justiça, à Verdade e à Memória. **Mediações**, Londrina, v. 28, n. 1, p. 1-20, jan.-abr. 2023.

MARRERO, Lihsieh; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1219-1228, 2018.

MÉXICO. **Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**, 2007. Disponível em <https://www.gob.mx/conavim/documentos/ley-general-de-acceso-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia-pdf>. Acesso em 16 jan. 2024.

OLIVEIRA, Juliana Ribeiro. “Você Nem Tá Com Tanta Dor Assim”: O Racismo Na Atenção À Saúde Reprodutiva Das Mulheres Negras Do Distrito Federal. Brasília, 2022.

PERSEU ABRAMO, Fundação. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010.

PINEDA, Esther. Aproximaciones al femicidio gineco-obstétrico. **Revista Nuestramérica**, Concepción, v. 10, n. 19, 2022.

RESENDE, A. C. L.; FRANÇA, J. M. L. Racismo e Violência Obstétrica: a proteção interseccional da mulher. **Interfaces Científicas**, Aracaju, v. 8, n. 3, p. 37-54, 2021.

RÍOS, Marcela Lagarde y de los. *A qué llamamos feminicidio.* [s/ed] 2015. Disponível em: https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/marcela_lagarde/feminicidio.pdf. Acesso em: 20 jan 2024.

ROSS, Loretta. **What is reproductive justice?** In: Sistersong Women of Color Reproductive Health Collective. Reproductive justice briefing book: A primer on reproductive justice and social change. 2007.

SADLER, Michelle *et al.* **Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence.** Reproductive Health Matters, v. 24, n. 47, p. 47-55, mai. 2016. DOI 10.1016/j.rhm.2016.04.002. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0968808016300027>. Acesso em 15 jan. 2024.



SANTOS, Marcos Leite dos. História da Obstetrícia. In: **Humanização da assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico**. Dissertação de mestrado. UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, 2002.

ZANGHELINI, Débora. **Direito ao aborto no Brasil e (in)justiça reprodutiva:apontamentos para o Serviço Social**. Florianópolis, 2020.