UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
FACULDADE DE DIREITO – FADIR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO E JUSTIÇA SOCIAL – PPGDJS
MESTRADO EM DIREITO E JUSTIÇA SOCIAL

Luíse Pereira Herzog

A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ÂMBITO JURÍDICO BRASILEIRO - UMA QUESTÃO DE JUSTIÇA SOCIAL E DE ADEQUAÇÃO AOS ODS DA AGENDA 2030 DA ONU

Rio Grande, RS
2025

Luíse Pereira Herzog

A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ÂMBITO JURÍDICO BRASILEIRO - UMA QUESTÃO DE JUSTIÇA SOCIAL E DE ADEQUAÇÃO AOS ODS DA AGENDA 2030 DA ONU

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito e Justiça Social – Mestrado em Direito e Justiça Social – da Universidade Federal do Rio Grande, em sua Área de Concentração em Direito e Justiça Social, Linha de Pesquisa Direitos Humanos, Diversidade e Sociedade Digital, como requisito à obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientadora: Profª. Dra. Sheila Stolz Silveira

Rio Grande, RS
2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha Catalográfica

H582i Herzog, Luíse Pereira.
A invisibilidade da violência obstétrica no âmbito jurídico brasileiro: uma questão de justiça social e de adequação aos ODS da Agenda 2030 da ONU / Luíse Pereira Herzog. – 2025.
128 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Direito e Justiça Social, Rio Grande/RS, 2025.
Orientadora: Dra. Sheila Stolz Silveira.

1. Direito e Justiça Social 2. Direitos Humanos das Mulheres 3. Gênero e Violência Obstétrica 4. Agenda 2030 da ONU I. Silveira, Sheila Stolz II. Título.

CDU 340.143

Catalogação na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

Autor: Luíse Pereira Herzog

Título: **A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ÂMBITO JURÍDICO BRASILEIRO - UMA QUESTÃO DE JUSTIÇA SOCIAL E DE ADEQUAÇÃO AOS ODS DA AGENDA 2030 DA ONU**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito e Justiça Social – Mestrado em Direito e Justiça Social – da Universidade Federal do Rio Grande, em sua Área de Concentração em Direito e Justiça Social, Linha de Pesquisa Direitos Humanos, Diversidade e Sociedade Digital, e aprovada pela banca examinadora.

Rio Grande, RS, 28 de julho 2025.

_____

Profa. Dra. Sheila Stolz da Silveira – FURG/RS (Coordenadora)

_____

Profa. Dra. Sheila Stolz da Silveira – FURG/RS (Orientadora)

_____

Profa. Dra. Fabiane Simioni – FURG/RS

_____

Prof. Dra. Dhayana Carolina Fernández-Matos, Universidad Simón Bolívar (Colômbia)

_____

Prof. Dra. Paula Pinhal de Carlos, UNILASALLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO E JUSTIÇA SOCIAL
(PPGDJS)
Mestrado em Direito e Justiça Social

Campus Carreiros – Av. Itália Km 8
96203-000 Rio Grande RS

Tel. 53 3233 6634
ppgd@furg.br

Ata de Defesa de Dissertaça˜o nº175 do Curso Mestrado em Direito e Justiça Social

Aos 28 dias do mês de julho de 2025, via Web Conferência, às 18h, realizou-se a Defesa da Dissertação de Mestrado de Luíse Pereira Herzog, matrícula nº. 160212, com o título, *A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ÂMBITO JURÍDICO BRASILEIRO - UMA QUESTÃO DE JUSTIÇA SOCIAL E DE ADEQUAÇÃO AOS ODS DA AGENDA 2030 DA ONU,* teve como orientadora a Profa. Dra. Sheila Stolz da Silveira e como examinadores a Profa. Dra. Fabiane Simioni pelo Mestrado em Direito e Justiça Social da Universidade Federal do Rio Grande, FURG, a Profa. Dra. Dhayana Carolina Fernández-Matos pela Universidad Simón Bolívar, Colômbia e a Profa. Dra. Paula Pinhal de Carlos pela Universidade La Salle, Unilasalle. Com a abertura dos trabalhos pela orientadora, seguido da apresentação pela mestranda de sua Dissertação, passou-se em seguida às manifestações dos examinadores que ao final apresentaram contribuições para qualificação do texto que, após revisão pela mestranda e aprovação pela professora orientadora, será entregue à Secretaria do Curso para ser disponibilizada à Biblioteca da Universidade. Ao concluir os trabalhos, a Banca examinadora considerou **APROVADA** a Dissertação de Mestrado para que a Mestranda, observada as demais exigências do Curso, possa receber o título de **Mestre em Direito e Justiça Social** pela Universidade Federal do Rio Grande, FURG.

Rio Grande, 28 de julho de 2025.

gov.br Documento assinado digitalmente
SHEILA STOLZ DA SILVEIRA
Data: 31/07/2025 11:25:31-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profa. Dra. Sheila Stolz da Silveira
(Presidente)

gov.br Documento assinado digitalmente
FABIANE SIMIONI
Data: 04/08/2025 13:03:39-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profa. Dra. Fabiane Simioni

Profa. Dra. Dhayana Carolina Fernández-Matos

gov.br Documento assinado digitalmente
PAULA PINHAL DE CARLOS
Data: 01/08/2025 08:41:15-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profa. Dra. Paula Pinhal de Carlos

O mundo é a casa dos homens.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é mais do que um trabalho acadêmico; é o reflexo de desafios, aprendizados e conquistas. Pesquisar questões de gênero, especialmente os direitos reprodutivos da mulher — um tema muitas vezes invisibilizado pelas estatísticas governamentais e marcado por subnotificações — não é uma tarefa fácil. No entanto, tive a sorte de contar com pessoas especiais ao longo dessa jornada, que me ofereceram apoio e incentivo inestimáveis.

Gostaria de começar os meus agradecimentos à minha família, primeiro aos meus pais, Luzitânia Pereira Herzog e João Moreira Herzog Neto, meu mais profundo agradecimento por sempre incentivarem meus estudos e, acima de tudo, por me ensinarem, com palavras e exemplos, a importância do conhecimento, da ética e da dedicação.

À minha irmã, Lusianny Pereira Herzog, e ao meu cunhado, Everson Gomes Silva, por acreditarem no meu potencial e me encorajarem a ingressar no mestrado. Ao Iury, meu companheiro, pelo suporte constante ao longo desse período. Aos meus avós, Vera e José Vanes, pelo amor, apoio e pelos valores fundamentais que me transmitiram. À minha dinda, Lise Anne Herzog, pelo constante apoio e incentivo dedicados à minha trajetória nos estudos.

À minha orientadora, Sheila, por sua dedicação e disponibilidade, sempre disposta a auxiliar todos da instituição.

À minha amada amiga Karoline Schroeder Soares, uma grande parceira que a academia me trouxe. Sua companhia tornou essa caminhada mais leve e significativa, e sou grata por sua amizade inestimável. Foi gratificante ter você como dupla.

À Universidade Federal de Rio Grande, por proporcionar a mim e aos demais colegas uma formação acadêmica gratuita, com estudos aprofundados e incentivo à pesquisa científica, e de qualidade. Agradeço, também, ao Programa de Pós-Graduação em Direito e Justiça Social pela oportunidade de expandir meus conhecimentos e desenvolver minha pesquisa. Aos professores do PPGD, por suas valiosas contribuições acadêmicas, reflexões críticas e debates instigantes, que ampliaram minha visão e enriqueceram minha trajetória.

À CAPES, pelo suporte financeiro por meio da bolsa de estudos, que me permitiu dedicar-me à pesquisa e contribuir para a reflexão sobre as questões de gênero e Justiça Social.

Por fim, deixo, a todos que estiveram ao meu lado ao longo dessa jornada, meu mais sincero agradecimento. Sem o incentivo, apoio e colaboração de vocês, nada disso seria possível. Vocês foram fundamentais para que este trabalho fosse concluído.

RESUMO

HERZOG, Luíse Pereira. **A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ÂMBITO JURÍDICO BRASILEIRO - UMA QUESTÃO DE JUSTIÇA SOCIAL E DE ADEQUAÇÃO AOS ODS DA AGENDA 2030 DA ONU**. Orientadora: Sheila Stolz Silveira. 2025. Dissertação (Mestrado em Direito e Justiça Social) – Programa de Pós-Graduação em Direito e Justiça Social, Linha de Pesquisa Direitos Humanos, Diversidade e Sociedade Digital, FURG, Rio Grande, RS, 2025. Disponível em: link para o repositório.

Tema: Os estudos jurídicos referentes à violência obstétrica, têm provocado debates na esfera jurídico-política, pois, apesar dos poucos avanços legislativos – aqueles referentes a normas emanadas de Câmara de Vereadores e Assembleias Legislativas –, ainda há desafios a serem enfrentados quando se trata de observar diretamente às mulheres no período de maior sensibilidade físico-emocional, a saber: gestação, parto e pós-parto. Com base nas pesquisas que foram realizadas, observou-se que a violência obstétrica está, por muitas vezes, enraizada não apenas nas instituições de saúde (pública e privada), mas na esfera Judicial e na própria sociedade. Justifica-se, portanto, o tema da Dissertação pela necessidade de compreender as barreiras enfrentadas por mulheres nesta situação de vulnerabilidade e para contribuir no aprimoramento das políticas públicas voltadas especificamente para a Justiça Social e os Direitos Humanos das mulheres no período da gravidez, parto e pós-parto pois, toda a mulher tem o direito de ter uma vida livre de qualquer violência.

Problema: Como os Tribunais de Justiça da região sul – Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná – vem julgando casos à luz do compromisso do Estado brasileiro com a igualdade de gênero e o acesso à justiça, após a adesão do Estado brasileiro a Agenda 2030?

Hipótese: Pressupõe-se que o Poder Judiciário brasileiro tem, no que tange aos casos de Violência Obstétrica, cumprido os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 3.1, 5.6 e 16.3) da Agenda 2030 da ONU e, desta forma, efetivado a Justiça Reprodutiva e, por conseguinte, a Justiça Social.

Objetivos: O objetivo geral da pesquisa levada a termo e transcrita nesta Dissertação, consiste em analisar a partir de casos concretos de violência obstétrica que foram julgados pelo Tribunais de Justiça da região sul – Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná – os impactos que tanto a ausência de garantias dos direitos reprodutivos como o seu não reconhecimento social, clínico e jurídico gera na vida das parturientes e na efetivação da Justiça Reprodutiva e da Justiça Social. Entre os objetivos específicos, pretende-se: 1) averiguar as conquistas das mulheres a terem seus Direitos Humanos e reprodutivos, bem como acesso a saúde a fim de que se promova e proteja a saúde materna, garantindo que a gestação, parto e pós-parto sejam vivenciados sem violência, ou seja, de forma segura e com qualidade; 2) evidenciar que a violência obstétrica é parte da violência sistêmica vivenciada pelas mulheres, particularmente, por aquelas pobres e racializadas. Esse objetivo pretende demonstrar como a naturalização da violência reflete na desigualdade estrutural e reforça o padrão discriminatório, perpetuando a exclusão e a negação de direitos fundamentais às mulheres, principalmente aquelas que mais necessitam de proteção estatal; 3) analisar como o Poder

Judiciário tem tratado os casos de violência obstétrica. Pois, a jurisprudência tem um papel fundamental para a construção jurídica e no reconhecimento dos direitos reprodutivos como Direitos Humanos e interconectados com a Justiça Social.

Metodologia: A abordagem utilizada na pesquisa foi qualitativa, com uma análise bibliográfica e documental – essa incluindo normativas nacionais e internacionais, decisões judiciais e relatórios governamentais sobre a temática. No que diz respeito às decisões judiciais realizou-se uma pesquisa quantitativa na base de jurisprudência dos Tribunais de Justiça da região sul – Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná. As decisões judiciais encontradas foram analisadas teórica e juridicamente tendo como fundamento os Direitos Humanos e reprodutivos das parturientes. No que concerne a bibliografia pesquisou-se (2021-2025) no Catálogo de Teses e Dissertações da Capes com os seguintes descritores: "Violência Obstétrica" e "Justiça Reprodutiva". No corpo da Dissertação encontra-se o detalhamento desta busca.

Resultados: A pesquisa jurídica sobre a violência obstétrica ainda é muito escassa no Brasil, parte porque ainda não existe legislação específica que normatiza a temática, o que se torna um fator impeditivo para posicionamento efetivo dos Tribunais. Circunstância que são parcialmente sanadas tanto com normas internacionais que regulamentam a temática, como também com as recomendações de Comitês especializados e decisões de Cortes Internacionais que debateram, analisaram e julgaram casos de violência obstétrica. Dito arcabouço jurídico, além de sólido, possibilita a compreensão das noções de Justiça Reprodutiva e de Justiça Social inerentes ao tema de pesquisa, bem como o entendimento de que ações e políticas públicas direcionadas ao enfrentamento das desigualdades estruturais são essenciais para garantir a efetividade dos direitos sexuais e reprodutivos, especialmente para mulheres em situação de vulnerabilidade.

Contribuição: A pesquisa realizada poderá contribuir para que o conceito de violência obstétrica e as noções de Justiça Reprodutiva e Justiça Social a ele inerentes sejam absorvidas pelo Sistema Jurídico. Em síntese, a pesquisa não pretende apenas sustentar que a violência obstétrica é um problema jurídico e social, mas também busca indicar a importância de que se construam ações e políticas públicas direcionadas ao enfrentamento da violência obstétrica no período da gravidez, parto e pós-parto planificadas, ademais, tomando em conta as interseccionalidades que tanto caracterizam a realidade social brasileira. Defende-se, assim, a ideia motriz e basilar de que toda a mulher tem o direito de vivenciar uma gravidez, parto e pós-parto dignos, isso é, que as intervenções médicas lhe sejam informadas respeitando, desta forma, o seu corpo e as suas decisões autonomamente tomadas.

Aderência ao Programa: As pesquisas realizadas junto ao Núcleo de Pesquisa e Extensão em Direitos Humanos (NUPEDH) e ao Grupo de Pesquisa do CNPq Direito Gênero e Identidades Plurais (DGIPLUS), ambos vinculados ao PPGDJS, analisa a mortalidade materna brasileira, especificamente aquela decorrente da violência obstétrica, tipo de violência que fere diretamente os chamados direitos reprodutivos das mulheres. Conjunto de direitos que se não observados configuram violação aos Direitos Humanos das mulheres, particularmente daquelas cingidas pelos marcadores sociais das diferenças e desigualdade, mas também uma afronta às ideias da Justiça Reprodutiva e da Justiça Social. O escopo da presente pesquisa, portanto, coaduna com a Área de Concentração do PPGDJS que se refere às interlocuções

entre o Direito e a Justiça Social, bem como ao Projeto de Pesquisa Marcadores Sociais das Diferenças, Direitos Humanos e Justiça Social da Linha de Pesquisa Direitos Humanos, Diversidade e Sociedade Digital a qual encontra-se vinculada a Dissertação.

PALAVRAS-CHAVE: Direito e Justiça Social; Direitos Humanos das Mulheres; Gênero e Violência Obstétrica; Agenda 2030 da ONU.

ABSTRACT

HERZOG, Luíse Pereira. T**HE INVISIBILITY OF OBSTETRIC VIOLENCE IN THE BRAZILIAN LEGAL SPHERE.** Advisor: Sheila Stolz Silveira. 2025. Dissertation (Master's in Law and Social Justice) - Postgraduate Program in Law and Social Justice, Research Line Human Rights, Diversity and Digital Society, FURG, Rio Grande, RS, 2025. Available at: link to repository.

Research Topic: Legal studies regarding obstetric violence have provoked debates in the legal-political sphere, because, despite the few legislative advances – those related to norms issued by the City Council and Legislative Assemblies –, There are still challenges to be faced when it comes to directly observing women during the period of greatest physical-emotional sensitivity, namely: pregnancy, childbirth and postpartum. Based on the research that was carried out, it was observed that obstetric violence is often rooted not only in health institutions (public and private), but in the judicial sphere and in society itself. Therefore, the theme of the Dissertation is justified by the need to understand the barriers faced by women in this situation of vulnerability and to contribute to the improvement of public policies specifically aimed at social justice and the Human Rights of women during pregnancy, childbirth and postpartum, as every woman has the right to have a life free from any violence.

Problem: How have the courts in the southern region—Rio Grande do Sul, Santa Catarina, and Paraná—been ruling on cases in light of the Brazilian government's commitment to gender equality and access to justice, following Brazil's adoption of the 2030 Agenda?

Hypothesis: It is assumed that the Brazilian Judiciary has, with regard to cases of Obstetric Violence, complied with the Sustainable Development Goals (SDGs 3.1, 5.6 and 16.3) of the UN Agenda 2030 and, in this way, made Reproductive Justice and, consequently, Social Justice effective.

Objectives: The overall objective of the research carried out and transcribed in this dissertation is to analyze, based on specific cases of obstetric violence that were tried by the courts of justice in the southern region—Rio Grande do Sul, Santa Catarina, and Paraná – the impacts that both the absence of guarantees of reproductive rights and their lack of social, clinical, and legal recognition have on the lives of women in labor and on the implementation of Reproductive Justice and Social Justice. Among the specific objectives, we aim to: 1) investigate women's achievements in terms of their human and reproductive rights, as well as access to healthcare in order to promote and protect maternal health, ensuring that pregnancy, childbirth, and the postpartum period are experienced without violence, that is, safely and with quality care; 2) highlight that obstetric violence is part of the systemic violence experienced by women, particularly poor and racialized women. This objective aims to demonstrate how the normalization of violence reflects structural inequality and reinforces discriminatory patterns, perpetuating the exclusion and denial of fundamental rights to women, especially those who most need state protection; 3) analyze how the Judiciary has dealt with cases of obstetric violence. Case law plays a fundamental role in legal construction and in the recognition of reproductive rights as human rights interconnected with social justice.

Methodology: The research used a qualitative approach, with a bibliographic and documentary analysis, including national and international regulations, court decisions, and government reports on the subject. With regard to court decisions, quantitative research was conducted on the basis of case law from the Courts of Justice in the southern region—Rio Grande do Sul, Santa Catarina, and Paraná. The court decisions found were analyzed theoretically and legally based on the human and reproductive rights of women in labor. Regarding the bibliography, a search was conducted (2021-2025) in the Capes Thesis and Dissertation Catalog using the following descriptors: "Obstetric Violence" and "Reproductive Justice." Details of this search can be found in the body of the dissertation.

Results: Legal research on obstetric violence is still very scarce in Brazil, partly because there is still no specific legislation regulating the issue, which is an impediment to effective positioning by the courts. This situation is partially remedied by international standards that regulate the issue, as well as by the recommendations of specialized committees and decisions of international courts that have debated, analyzed, and ruled on cases of obstetric violence. This legal framework, in addition to being solid, enables an understanding of the notions of reproductive justice and social justice inherent to the research topic, as well as an understanding that actions and public policies aimed at addressing structural inequalities are essential to guarantee the effectiveness of sexual and reproductive rights, especially for women in vulnerable situations.

Contribution: The research conducted may contribute to the concept of obstetric violence and the notions of Reproductive Justice and Social Justice inherent to it being absorbed by the Legal System. In summary, the research not only aims to support the argument that obstetric violence is a legal and social problem, but also seeks to highlight the importance of developing public actions and policies aimed at combating obstetric violence during pregnancy, childbirth, and the postpartum period, taking into account the intersectionalities that characterize Brazilian social reality. Thus, we defend the fundamental idea that all women have the right to experience pregnancy, childbirth, and postpartum with dignity, that is, that medical interventions be informed, thereby respecting their bodies and their autonomously made decisions.

Adherence to the Program Research conducted by the Center for Research and Extension in Human Rights (NUPEDH) and the CNPq Research Group on Gender and Plural Identities (DGIPLUS), both linked to PPGDJS, analyzes Brazilian maternal mortality, specifically that resulting from obstetric violence, a type of violence that directly infringes on women's reproductive rights. This set of rights, if not observed, constitutes a violation of women's human rights, particularly those constrained by social markers of difference and inequality, but also an affront to the ideas of reproductive justice and social justice. The scope of this research, therefore, is consistent with the PPGDJS Area of Concentration that refers to the dialogues between Law and Social Justice, as well as the Research Project Social Markers of Differences, Human Rights, and Social Justice of the Human Rights, Diversity, and Digital Society Research Line, to which the dissertation is linked.

KEYWORDS: Law and Social Justice; Women's Human Rights; Gender and Obstetric Violence; UN 2030 Agenda.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

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

CSW- Comissão sobre a Situação da Mulher

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

CNUMAD - Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento

Corte IDH - Corte Interamericana de Direitos Humanos

CNODS - Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

DUDH Declaração Universal dos Direitos Humanos

IML - Instituto Médico Legal

IPEA -Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

ODM Objetivos de Desenvolvimentos do Milênio

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PIDESC - Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais

RMM- Razão da Mortalidade Materna

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SUS - Sistema Único de Saúde

SVO - Serviços de Verificação de Óbito

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 17

2. CAMINHOS DA IGUALDADE: GÊNERO, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL 22

2.1 A Luta pela Igualdade: A Evolução dos Direitos das Mulheres e o Reconhecimento dos Direitos Humanos 22

2.2 As metas 3.1, 5.6 e 16.3 da Agenda 2030 da ONU e Enfrentamento da Discriminação De Gênero: avanços e desafios na saúde sexual e reprodutiva 36

3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA QUE OCORRE DENTRO DO ÂMBITO PÚBLICO E PRIVADO 47

3.1 Direito De Saúde E Reprodutivo: Uma Abordagem A Violação Dos Direitos Das Mulheres No Período Gestacional, Parto E Pós-Parto 47

3.2 Direitos Humanos, Autonomia da Mulher e Desigualdades na Saúde Materna: Entre a Mortalidade e a Violência Obstétrica 60

4. A EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS NA PRÁTICA JUDICIAL: CASOS ALYNE, ADELIR E DECISÕES DO TJRS 71

4.1 Caso Alyne Pimentel: A Primeira Condenação Internacional do Brasil por Violência Obstétrica 71

4.2 Caso Adelir Carmen: A Violação da Autonomia Reprodutiva e o Uso do Poder Judiciário como Instrumento de Coerção 77

4.3 Casos dos Tribunais de Justiça da região Sul do Brasil — Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul: Entre o Reconhecimento e a Negação da Violência Obstétrica 81

CONCLUSÃO 106

REFERÊNCIAS 109

ANEXO A – Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES 116

1. INTRODUÇÃO

Os direitos reprodutivos das mulheres, todavia é um tema, dentre as inúmeras formas de violência, secundariamente discutido. Não obstante, muitas mulheres enfrentam barreiras institucionais que ferem direitos básicos, mesmo havendo normativas que determinam a proteção desses direitos. Contudo, a ausência de dados precisos e/ou sua subnotificação dificultam a implementação das normas e o aprimoramento de políticas públicas.

O estudo referente a violência obstétrica provoca diversos debates, pois, apesar de alguns avanços legislativos, ainda há desafios a serem enfrentados quando se observa diretamente a realidade das mulheres em um dos períodos vitais de maior vulnerabilidade: gestação, parto e pós-parto. A pesquisa revelou que a violência obstétrica está, muitas vezes, enraizada nas práticas dos(as) profissionais de saúde das instituições de saúde (pública e privada) que a desconhece e/ou desconsidera. Invisibilidade que se constata nas decisões do Poder Judiciário e na própria sociedade brasileira caracterizada por suas raízes patriarcais, racistas e classistas. Diante disso, a pesquisa se justifica pela necessidade de compreender as barreiras enfrentadas por mulheres nesta peculiar situação de vulnerabilidade e contribuir para o aprimoramento das políticas públicas voltadas especificamente à Justiça Reprodutiva e, consequentemente, à Justiça Social. Afinal, toda mulher tem o direito de ter uma vida livre de violência, inclusive no período da gravidez, parto e pós-parto.

Entende-se por violência obstétrica quando profissionais de saúde tomam o controle dos corpos das mulheres e dos processos reprodutivos de forma autoritária, desrespeitosa e agressiva, realizando procedimentos sem o consentimento da mulher. Essas práticas fazem com que ela perca o controle e não tenha autonomia sobre o seu corpo, sua sexualidade e a vida que está gerando, circunstância que pode afetar a saúde emocional, psicológica e física, alterando sua qualidade de vida e o bom andamento do processo gestacional, do parto e do pós-parto. Nesse sentido, o termo “violência obstétrica” refere-se a práticas abusivas, desrespeitosa, humilhantes, coercitivas e negligentes direcionadas às mulheres durante o pré-natal, o parto e o pós-parto.

É importante destacar, que a violência obstétrica não se limita apenas no momento do parto, podendo ocorrer, tal qual mencionado nos parágrafos anteriores, em diferentes

etapas da gravidez, no parto, pós-parto e em situações de abortamento. Nesse contexto, a violência obstétrica configura-se como a intersecção entre a violência institucional e a violência de gênero, refletindo a naturalização do exercício da hierarquia profissional sobre as mulheres, assim como a negação de sua autonomia sobre seu corpo e seus processos reprodutivos.

Diante desse cenário, a pesquisa busca responder a seguinte problemática: como Tribunais de Justiça da região Sul do Brasil — Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul — vêm julgando casos de violência obstétrica à luz do compromisso do Estado brasileiro com a igualdade de gênero e o acesso à justiça previstos na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU). É importante destacar que a violência obstétrica é uma realidade vivenciada mundialmente por muitas mulheres, precisamente por isto sua inclusão em meta específica do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5. Realidade internacional também presente no Brasil e que requer o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa embasada em análises bibliográficas e documentais – incluindo nestas normativas internacionais, decisões judiciais de Tribunais brasileiros e relatórios governamentais sobre a temática. No que diz respeito às decisões judiciais, realizou-se também uma pesquisa quantitativa na base de jurisprudência dos Tribunais de Justiça da região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná). As decisões encontradas foram catalogadas e avaliadas teórica e juridicamente.

No plano internacional, os direitos reprodutivos das mulheres encontram respaldo em importantes instrumentos de Direitos Humanos, entre eles, na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), especialmente o artigo 12; o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (PIDCP); o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), também em seu artigo 12; e na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), que reconhece expressamente a violência institucional como forma de violência de gênero.

No Brasil, os Direitos Humanos e reprodutivos das parturientes são garantidos e protegidos pela Constituição Federal de 1988, especialmente pelos artigos 1º, inciso III (dignidade da pessoa humana), 3º, inciso IV (erradicação da discriminação), 5º (direitos e garantias fundamentais), 6º (direitos sociais) e 196 (direito à saúde como dever do Estado). A

violência obstétrica configura grave violação a esses preceitos, por atentar contra a dignidade da mulher, o direito à saúde, à integridade física e psíquica, e ao princípio da igualdade.

No âmbito infraconstitucional brasileiro, há também normas específicas que visam proteger os direitos das mulheres durante o período gestacional e no parto, reconhecendo sua condição de vulnerabilidade. Destacam-se: a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), a Lei nº 8.142/1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Lei nº 11.108/2005 (Lei do Acompanhante), além de diversas portarias do Ministério da Saúde, como aquelas que estruturam a Rede Cegonha, voltadas à promoção de um parto seguro, humanizado e respeitoso.

As pesquisas realizadas junto a Núcleo de Pesquisa e Extensão em Direitos Humanos (NUPEDH) e ao Grupo de Pesquisa do CNPq Direito Gênero e Identidades Plurais (DGIPLUS), ambos vinculados ao Projeto de Pesquisa Marcadores Sociais das Diferenças, Direitos Humanos e Justiça Social da Linha de Pesquisa Direitos Humanos, Diversidade e Sociedade Digital proporcionaram a robustez e a plena aderência a Área de Concentração do PPGDJS que interconecta o Direito com a Justiça Social. A abordagem metodológica empregada na pesquisa foi qualitativa, com uma análise bibliográfica e documental. No que tange a análise documental, está inclui a catalogação e avaliação de normativas nacionais e internacionais, decisões judiciais e relatórios governamentais sobre a temática. No que diz respeito às decisões judiciais realizou-se uma pesquisa quantitativa na base de jurisprudência dos Tribunais de Justiça da região sul – Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná. As decisões judiciais encontradas foram analisadas teórica e juridicamente tendo como fundamento os Direitos Humanos e reprodutivos das parturientes.

No que concerne a bibliografia pesquisou-se no Catálogo de Teses e Dissertações da Capes no período entre 2021-2025 com os descritores: “Violência Obstétrica” e “Justiça Reprodutiva”, conforme demonstrado no Anexo A.

Para o primeiro descritor, “Violência Obstétrica, foram encontrados 14 resultados sendo 10 Dissertações e 4 Teses na Grande de Conhecimento Direito, vinculada a Grande Área de Conhecimento das Ciências a Sociais Aplicadas. No período entre 2021-2025, as Dissertações e Teses encontram-se assim distribuídas: 6 (2023), 4 (2022), e, 4 (2021).

Com o descritor “Justiça Reprodutiva” foram encontrados 105 resultados; destes 66 Dissertações e 20 Teses distribuídas anualmente da seguinte forma 22 (2023), 15 (2022), 17

(2021), 10 (2019) e 4 (2008). De acordo com a Grande Área do Conhecimento 26 nas CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS, 16 nas CIÊNCIAS DA SAÚDE, 15 nas CIÊNCIAS HUMANAS, 11 MULTIDISCIPLINAR e 1 nas CIÊNCIAS BIOLÓGICAS. Pela Área do Conhecimento ficam assim distribuídas: 16 DIREITO, 8 SAÚDE COLETIVA, 7 SOCIAIS E HUMANIDADES, 5 DIREITO PÚBLICO e 4 PSICOLOGIA. Refinando a busca para os últimos 5 anos foram encontradas 10 Dissertações e nenhuma Tese, divididas entre os anos de 2024 (1), 2023 (6), 2022 (2) e 2021 (1), cuja relação se encontra disponível no Anexo. Destaca-se a Dissertação de autoria da egressa do PPGDJS Júlia Silva Goncalves com o título "Por uma Justiça Social Reprodutiva no Sistema Interamericano de Direitos Humanos: um estudo do caso Brítez Arce e outros vs. Argentina", datada de 2024.

Portanto, o objetivo geral consiste em analisar, a partir de casos concretos, como a violência obstétrica ocorre e os impactos que gera sob as mulheres e a para a garantia dos seus direitos reprodutivos. Com base nesses estudos, busca-se demonstrar que a violência obstétrica não se trata apenas de uma falha no serviço e/ou atendimento prestado, mas de uma violação dos Direitos Humanos das afetadas e de uma clara manifestação da desigualdade de gênero que deve ser devidamente reconhecida pelo Sistema Jurídico para garantir sua prevenção e, igualmente, a responsabilização dos envolvidos em sua prática.

Desse modo, a fim de alcançar o objetivo geral desta pesquisa, foram definidos três objetivos específicos que serão examinados nos três capítulos que compõem esta Dissertação, cada um direcionado a analisar a violência obstétrica tanto no que concerne a sua configuração física, emocional, psicológica, como também jurídica, isso é, seu entendimento normativo e com base em decisões judiciais concretas.

O primeiro capítulo averigua as conquistas das mulheres quanto a seus Direitos Humanos e reprodutivos e o acesso à saúde integral, a fim de promover e proteger a saúde materna, garantindo que a gestação, parto e pós-parto sejam vivenciados sem violência e de forma segura e com qualidade. À luz da Agenda 2030 da ONU, destaca-se a importância de estabelecer uma conexão com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em especial a Meta 5.6 do ODS 5, que trata diretamente do acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e da eliminação da discriminação de gênero, temática central desta dissertação.

O segundo capítulo evidencia que a violência obstétrica é parte da violência sistêmica vivenciada pelas mulheres, particularmente pelas mulheres pobres e racializadas. Neste

capítulo será demonstrado como a naturalização da violência reflete na desigualdade estrutural e reforça o padrão discriminatório, perpetuando a exclusão e a negação de direitos fundamentais às mulheres que mais necessitam de proteção estatal.

No contexto internacional, tal qual mencionado, há diversos Tratados, Pactos e Programas que tratam direta e indiretamente da temática. O Brasil adota essas normas; contudo, há evidências lacunas no seu cumprimento. Além disso, a análise da violência obstétrica com base nas teorias feministas e no estudo de casos concretos realizado, por exemplo, pela Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (Fiocruz, 2019) dão o suporte indispensável para fortalecer a postura adotada nesta Dissertação, a de que a violência obstétrica fere os Direitos Humanos das mulheres.

No último capítulo serão analisadas decisões internacionais tomadas em casos envolvendo violência obstétrica, mas também das decisões encontradas nos sites dos Tribunais de Justiça do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, com a palavra-chave "violência obstétrica". A coleta inicial ocorreu em novembro de 2024, sendo posteriormente atualizada em maio de 2025, tempo limite para coleta e análise do material. Não houve delimitação temporal das decisões, uma vez que o objetivo era observar eventuais variações na abordagem do tema antes da implementação do Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero (CNJ, 2021/2022), de modo que todas as sentenças disponíveis foram consideradas, independentemente do ano de publicação. No estado do Paraná foram encontradas 37 decisões; em Santa Catarina, apenas 6; e por fim, no Rio Grande do Sul, 14 decisões com a palavra-chave como "violência obstétrica".

Os casos jurídicos de violência obstétrica coletados identificaram padrões de argumentação, apontando os desafios e avanços no reconhecimento desse tipo de violação como uma questão de Direitos Humanos e Justiça Social. E, principalmente, busca-se verificar se a jurisprudência atual vem cumprindo o Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero.

Ademais, esta pesquisa contribui com a integração da noção de Justiça Social, por meio do debate da violência obstétrica, trazendo uma visão mais ampla e inclusiva, visto que todas as mulheres têm direito ao acesso à saúde e ter um atendimento e procedimento médico digno, com segurança e livre de violência, independentemente dos marcadores sociais de classe social, raça, etnia, faixa etária, escolaridade que as condicionam e vulnerabilizam.

Em síntese, a pesquisa não tem apenas o objetivo de sustentar que a violência obstétrica consiste em um problema jurídico a ser enfrentado interseccionalmente[1], isso é, tomando em consideração os marcadores sociais, mas sim também em demonstrar a necessidade de implementação de políticas públicas que possam elas mesmas fortalecer a perspectiva interseccional de gênero no tratamento desta temática tão crucial.

[1] Informações sobre o termo interseccionalidade encontram-se no Capítulo I.

2. CAMINHOS DA IGUALDADE: GÊNERO, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

A trajetória dos direitos das mulheres é registrada por um longo processo de luta e resistência frente a um sistema historicamente patriarcal e excludente. O movimento feminista foi fundamental para as conquistas dos direitos civis, políticos e sociais, que hoje integram normas internacionais de Direitos Humanos. Mesmo com os avanços legislativos importantes, as mulheres seguem enfrentam diversas formas de discriminação e violência, o que demonstra a distância entre a previsão legal e sua aplicação.

Todas as pessoas têm direito a ter uma vida sem violência. Ter uma vida com dignidade. O direito à saúde - saúde sexual e reprodutiva - é fundamental para a promoção da dignidade da mulher. O acesso aos serviços de saúde com qualidade no ciclo gravídico-puerperal, o combate à mortalidade materna e a garantia de escolhas reprodutivas livres e acesso às informações são imprescindíveis para garantir o direito à dignidade da mulher e seus Direitos Humanos. Contudo, as desigualdades estruturais ainda estão presentes e impedem as mulheres de garantirem plenamente seus direitos.

Diante desse cenário, a Agenda 2030 da ONU para o Desenvolvimento Sustentável, proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU), fixa diversos objetivos e metas e, dentre elas, ressaltam-se aquelas voltadas para a igualdade de gênero, a eliminação da violência contra a mulher e a garantia da saúde reprodutiva. Em especial, as metas 3.1, 5.6 e 16.3 da Agenda 2030 da ONU e a necessidade de assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos, buscando a promoção da equidade de gênero com os Direitos Humanos. Com a análise dessas metas e de seus reflexos, será possível compreender os desafios e as possibilidades para a efetivação dos direitos das mulheres na atualidade.

2.1 A Luta pela Igualdade: A Evolução dos Direitos das Mulheres e o Reconhecimento dos Direitos Humanos

Os Direitos Humanos das mulheres são debatidos constantemente. Entretanto, nem toda sociedade sabe dimensionar a importância da luta das mulheres para a conquista de seus direitos e da igualdade de gênero. Portanto, foi realizada uma pesquisa que auxiliou na

descrição das lutas feministas com o objetivo de garantir e proteger seus Direitos Humanos, especialmente os Direitos reprodutivos e sexuais.

A Organização das Nações Unidas (ONU, doravante) divulgou os direitos das mulheres por meio da assinatura de sua Carta Constituinte, no ano de 1945, na cidade de São Francisco (Estados Unidos da América), sendo este o primeiro marco normativo de igualdade entre mulheres e homens.

Nos debates sobre o texto da Carta da ONU, havia apenas quatro mulheres - Bertha Lutz (Brasil), Minerva Bernardino (República Dominicana), Virginia Gildersleeve (Estados Unidos da América) e Wu Yi-Fang (China) - representantes de seus Estados, ressaltando-se que 160 Estados vieram a ser signatários da referida Carta. Dentre as representantes mulheres, apenas duas delas - Bertha Lutz e Minerva Bernardino - propuseram adicionar a expressão "mulheres" no documento final de fundação da ONU (ONU, 2016).

Com o objetivo de garantir a igualdade entre homens e mulheres e de promover os seus direitos, criou-se, em 1946, na esfera interna da ONU, a Comissão sobre o Estatuto das Mulheres (ONU Mulheres, 2019).

Durante uma das reuniões inaugurais da Assembleia da ONU, Eleanor Roosevelt - delegada dos Estados Unidos - conclamou as mulheres a serem mais ativas nacional e internacionalmente no que diz respeito aos seus direitos e demais assuntos a elas referentes (ONU Mulheres, 2019). Parte desta chamada resultou, em fevereiro de 1947, na primeira sessão em que todas as representantes governamentais eram mulheres (ONU Mulheres, 2019). Pode-se perceber que houve um avanço dos direitos das mulheres, especialmente pela participação da presidente da Comissão sobre o Estatuto das Mulheres nas primeiras sessões da Comissão dos Direitos Humanos auxiliando na produção do projeto de normatização internacional dos Direitos Humanos.

Outra instância no âmbito da ONU é a Comissão sobre a Situação da Mulher (CSW), criada pelo Conselho Econômico e Social no ano de 1946, com a finalidade de produzir relatórios e recomendações ao Conselho acerca da proteção e expansão dos direitos das mulheres - nas áreas política, econômica, civil, social e educacional. A Comissão da Situação da Mulher foi o principal meio de incentivo aos direitos das mulheres, demonstrando a situação de vida real e buscando construir fundamentos e padrões para a igualdade de gênero e empoderamento de mulheres (ONU Mulheres, s/d).

Os membros da Comissão sobre o Estatuto da Mulher se empenharam, desde sua fundação, em demonstrar que não existe linguagem neutra, razão pela qual ressaltaram a importância de buscar uma linguagem mais sensível ao gênero, mais inclusiva, evitando, por exemplo, a utilização de “homem” como sinônimo de humanidade (ONU Mulheres, 2019).

A Comissão sobre o Estatuto da Mulher, portanto, buscou focar nos direitos das mulheres e na igualdade entre gêneros, por meio de normas internacionais específicas, conforme será demonstrado nesta Dissertação.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), implementada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, reconhece, pela primeira vez a nível global, que todos os indivíduos, sem distinção, têm direitos iguais (ONU, 1948). Além disso, expressa no artigo 1º que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos” (ONU, 1948, n.p), ou seja, todas as pessoas têm o mesmo valor dentro da sociedade, independentemente de sua raça, classe, etnia e cor. Todas devem ter seus direitos protegidos e garantidos pelo Estado que, dentro dessa configuração normativa e política, não tem mais autoridade para definir quem vive e quem morre, tampouco quem tem o direito de ter seus direitos protegidos em detrimento dos demais. Ainda que Estados autoritários e teocráticos tenham firmado a DUDH, ela foi projetada para Estados de Direito democráticos.

As Comissões destinadas a temas de gênero conseguiram a aprovação, em 31 de março de 1953, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em sua VII Sessão, da Convenção sobre os Direitos Políticos das Mulheres. Essa Convenção foi firmada pelo Brasil no dia 21 de maio de 1953, entrando em vigor em novembro de 1963. Garantiu às mulheres o direito ao voto, bem como a elegibilidade em todos os órgãos públicos, passando a ter direito de ocupar qualquer posto público e exercer qualquer função pública, sem restrições (Brasil, 1963).

O Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, promulgado pelo Brasil por meio do Decreto nº 592, de 6 de julho de 1992, declara que todos os Estados-Parte do Pacto devem garantir tanto aos homens quanto às mulheres a igualdade e o gozo dos direitos civis e políticos (Brasil, 1992).

Por sua vez, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais (PIDESC), adotado pela Resolução nº 2.200-A da Assembleia Geral das Nações Unidas, em dezembro do ano de 1966, foi ratificado pelo Brasil em 1992. O PIDESC reconhece que os Estados-Parte devem possibilitar a todas as pessoas o desfrute do mais alto nível de saúde

física e mental (OAS, 1992). Ambos os Pactos juntamente com a DUDH, constituíram a Carta Internacional dos Direitos Humanos.

Desse modo, nos anos de 1969 a 1970, além de preocupar-se com os países em desenvolvimento, a ONU passou a reconhecer as particularidades e as necessidades dos grupos minoritários – vulnerabilizados histórica, cultural e socialmente. Nessa condição de vulnerabilidade encontram-se as mulheres e meninas, motivo pelo qual cresceu a preocupação com a discriminação e a exclusão por elas vivenciadas. A ONU vem desempenhando um papel importante na promoção dos direitos das mulheres e meninas em nível global. Esse aporte se expressa de diversas maneiras, como por meio do debate público, buscando consensos sobre instrumentos juridicamente vinculantes, bem como pelo incentivo para que os Estados-membros criem e desenvolvam programas de ação e políticas públicas de gênero.

Á vista das dificuldades enfrentadas pelas mulheres e observadas pela Comissão sobre a Situação da Mulher, foi articulada a Declaração sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, adotada pela Assembleia Geral da ONU em novembro de 1967. Contudo, por tratar-se de uma declaração que não enseja obrigatoriedade, mas sim implementação voluntária por parte dos Estados, as adesões foram baixas.

Com a realização da 1ª Conferência Mundial sobre as Mulheres, organizada pela ONU, em 1975, na Cidade do México, ficou demonstrada a importância da introdução de mecanismos para garantir os direitos das mulheres em nível internacional e nacional. Expandiram-se as normativas criadas por meio do Plano de Ação Mundial para Implementação dos Objetivos do Ano Internacional da Mulher, que tinha por escopo oferecer orientações sobre o progresso dos direitos das mulheres até o ano de 1985. Por esse motivo, a ONU nomeou o período de 1976 a 1985 como a Década das Nações Unidas para as Mulheres: Igualdade, Desenvolvimento e Paz. Essa década auxiliou os movimentos de mulheres e promoveu avanços nas questões referentes à agenda mundial (ONU, s.d).

Percebe-se, portanto, que os Movimentos Sociais de Mulheres, baseados em experiências históricas de resistência e enfrentamento às estruturas patriarcais, tiveram papel central na transformação – ainda que inacabada – das relações de poder, tanto na esfera privada quanto na pública. As teorias feministas e tais movimentos contribuíram significativamente para a visibilização das múltiplas formas de opressão vividas pelas mulheres e para a construção de uma luta consistente por direitos em âmbito local, nacional

e internacional. Nesse contexto, evidencia-se que a aparente neutralidade das leis, formuladas sob modelos masculinos, não dá conta da realidade vivenciada pelas mulheres, como já denunciavam teóricas feministas desde a década de 1970 (Soares; Herzog, Stolz, 2024).

A importância da Década para as Mulheres resultou na aprovação, em 1979, pela Assembleia Geral da ONU, da Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW). Trata-se de um Tratado Internacional que reconhece a importância de eliminar a desigualdade entre gêneros impondo responsabilidades aos Estados no sentido de cumprir as normas propostas, mas também de combater a desigualdade de gênero. A CEDAW entrou em vigor em 1981 e foi ratificada pelo Brasil em 1984 (Brasil, 2024), entretanto, naquele momento com a reserva facultativa no artigo 29, parágrafo 2º, em que a disputa entre os Estados-parte possuem a interpretação da Convenção relativa, quando não se tratar sobre os direitos substantivos, desse modo, os Estados-Parte que ao assinarem e ratificarem a Convenção ou aceitarem-na, podem ponderar a facultatividade quanto a sua execução quando há alguma controvérsia quanto à interpretação ou aplicação da convenção (CEDAW, 1979).

Os Estados que ratificaram a CEDAW, concordam em cumprir todas as suas normas - 30 artigos, com princípios internacionais em prol dos direitos das mulheres - tornando-se um documento juridicamente vinculante, ou seja, o Estado é obrigado a aceitar os artigos impostos pela CEDAW, devendo atualizar suas leis/normas para que não haja discriminações, sendo necessário a criação de novas leis com objetivos positivos, trazendo explicitamente, ademais, os direitos à igualdade de todos os indivíduos, cumprindo com o princípio de obrigação dos Estados, conforme o artigo 3º impõe (CEDAW, 1979).

Os Estados-Parte comprometem-se a seguir os princípios impostos pela CEDAW e, dentre eles, destaca-se a não discriminação, a igualdade substantiva e a obrigação estatal; o primeiro deve ser cumprido, respeitando, protegendo e promovendo os direitos das mulheres. As dificuldades em enfrentar a discriminação que ocorre direta (leis) e indiretamente (normas sociais/culturais), não são escusas para o incumprimento da CEDAW por parte dos Estados-Parte. O segundo princípio - igualdade substantiva, material, requer um olhar sobre a vida real das mulheres para entender/observar que essa igualdade realmente não foi atingida, não apenas em relação ao gênero, mas também quando entram em jogo os

marcadores sociais da diferença de raça, etnia, sexualidade, deficiência, classe social ou gênero.

É importante destacar o olhar de Lélia Gonzalez, intelectual negra brasileira que discute, no contexto nacional, elementos que dialogam com a noção de interseccionalidade. Em seu artigo *'Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira'* (1983), a autora analisa como a mulher negra vivencia simultaneamente o sexismo e o racismo, ressaltando que a articulação desses fenômenos impacta tanto sua vida privada como seu acesso a bens e serviços públicos, gerando desigualdades específicas. Entre as sucessoras de Lélia Gonzalez destacam-se, entre outras que trabalham questões interseccionais, as intelectuais brasileiras Sueli Carneiro (2003) e Cida Bento (1999 e 2022). A obra de Lélia Gonzalez influenciou a estadunidense Angela Davis (1981) e, através desta, as também pesquisadoras estadunidenses Patricia Hill Collins (1990) e Kimberlé William Crenshaw (2002), essa última jurista.

Crenshaw adaptou, em 1989, para a área do Direito, o termo interseccionalidade utilizado pelos movimentos de mulheres representantes dos povos originários e negras tanto na América Latina como nos EUA. No seu artigo Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics, a interseccionalidade é pensada como ferramenta fundamental para compreender as difíceis interações entre gênero, raça e outras dimensões sociais. O que seriam uma "rede de desemponderamento", pois diversas formas de opressões se entrelaçam. Portanto, é fundamental realizar, também desde a perspectiva jurídica, uma abordagem interseccional atenta para os marcadores sociais da diferença que evidenciam as diversas camadas de discriminação, exclusão e marginalização enfrentadas, principalmente, pelas mulheres não brancas. Contexto que se reproduz vividamente nos casos de violência obstétrica.

A CEDAW provou ser um instrumento vivo, pois, por meio das análises do Comitê CEDAW sobre os Relatórios Governamentais encaminhados ao seu exame, comparados com os chamados Relatórios-Sombras apresentados pela sociedade civil, muitas recomendações são feitas aos Estado-Parte com o objetivo de construir mudanças necessárias para que os Direitos Humanos de Mulheres e Meninas sejam salvaguardados, protegidos, efetivados. Nesse contexto, incluem-se os direitos à saúde sexual e reprodutiva das mulheres e meninas, bem como o direito de viverem uma vida livre de violência, conforme ressaltado, entre outros documentos interpretativos, na Recomendação Geral nº 24 (1999) sobre a saúde da mulher e

na Observação Geral nº 22 (2016) do Comitê DESC, relativa ao direito à saúde sexual e reprodutiva, ambas direcionadas a mulheres independentemente de questões etárias.

Observa-se que a CEDAW (1979) define a “discriminação contra a mulher” como qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo, cujo objetivo seja prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício, independentemente do estado civil, dos Direitos Humanos e das liberdades fundamentais, em igualdade entre homens e mulheres, nos âmbitos político, econômico, cultural, social e civil.

A CEDAW se consolidou como a normativa internacional destinada a enfrentar as desigualdades típicas das sociedades patriarcais, impondo a busca pela equidade social por meio de medidas corretivas, ou seja, implementando mecanismos para que mulheres e meninas vivam em segurança e tenham seus direitos garantidos.

Dessa maneira, as análises realizadas pelo Comitê CEDAW, bem como a identificação panorâmica dos problemas a serem evitados e superados, levaram a proposta e à concretização, no ano de 1980 da II Conferência Mundial em prol dos Direitos das Mulheres e Meninas. Nesse evento, destacaram-se as áreas de emprego, saúde e educação, consideradas imprescindíveis para a igualdade de gênero, demandando, portanto, a criação de normas específicas nessas searas.

No final da década de 1980 e início da década de 1990, a Comissão sobre o Estatuto das Mulheres, o Comitê CEDAW e a Comissão dos Direitos Humanos uniram-se para debater sobre a violência contra a mulher, até então considerada um assunto privado e, portanto, alheio à esfera dos Direitos Humanos e à intervenção governamental ou internacional.

Para tanto, foi indispensável o reconhecimento dos Direitos Humanos das mulheres em âmbito nacional e internacional com a adoção da CEDAW. Os Estados-Partes são observados pelo Comitê por meio da análise dos relatórios apresentados dentro do prazo de um ano após a ratificação e, posteriormente, a cada quatro anos. Esses relatórios proporcionam maior transparência quanto às políticas de discriminação adotadas pelos países, conferindo ao Comitê liberdade para realizar recomendações aos Estados-Partes sobre questões que afetam diretamente os direitos das mulheres.

Evidencia-se que apenas a enunciação dos direitos das mulheres pelo CEDAW, não assegura sua efetiva concretização, sendo indispensável o engajamento dos Poderes estatais: Legislativos, Executivo e Judiciário. Ao Legislativo cabe a criação de normas compatíveis com os parâmetros nacionais e internacionais, ampliando-os quando necessário; ao Executivo, a

implementação de políticas públicas voltadas à proteção dos direitos das mulheres; e, ao Judiciário, a aplicação das normas nacionais e internacionais em suas decisões, a fim de garantir tais direitos.

Portanto, durante a década de 1990, foram necessárias a realização de diversas conferências e cimeiras mundiais lideradas pela ONU, tais como a Conferência sobre Ambiente e o Desenvolvimento (1992), a Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos (1993), a Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento (1994), a Cimeira Mundial sobre o Desenvolvimento Social (1995), a Conferência Habitat II sobre os Assentamentos Humanos, (1996) e a Cimeira Mundial da Alimentação (1996). Todas tiveram como objetivo reforçar no âmbito internacional a noção de igualdade substantiva entre homens e mulheres ampliando, desde outros focos, como por exemplo, o desenvolvimento social, o olhar direcionado às mulheres e os contextos que as condicionam; introduzindo debates relacionados à igualdade de gênero por meio de políticas conectadas a temas como meio ambiente, população, saúde reprodutiva, Direitos Humanos, segurança alimentar, desenvolvimento social e sustentabilidade.

A Declaração e Programa de Ação de Viena (1993) legitimou a importância dos Direitos Humanos colaborando, no que se refere à temática desta Dissertação, para o enfrentamento da violência contra as mulheres e para garantir a igualdade de direitos entre homens e mulheres.

No âmbito do Sistema Interamericano, foi realizada a Conferência que deu origem a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra a Mulher, mais conhecida como Convenção de Belém do Pará, que entrou em vigor em 1995. A Convenção entende “por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (OEA, 1994, p. 2).

A Convenção de Belém de Pará ressalta que não existem meios de limitar os tipos e os graus de violência emocional, psicológica e física quando se trata da violência contra a mulher, uma vez que esta está presente na vida pública e privada das vítimas:

> a) ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras turmas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual;
>
> b) ocorrida na comunidade e comedida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada,

> sequestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e
>
> c) perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra. (OEA, 1994, s/n.)

A referida Convenção garante às mulheres o pleno reconhecimento, exercício e proteção de todos os seus direitos a - vida, integridade física, mental, moral, liberdade, autonomia e segurança. Diante disso, qualquer meio de tortura ou violação da dignidade da mulher configura afronta os tratados e instrumentos regionais e internacionais de proteção dos Direitos Humanos (Soares; Herzog, Stolz, 2024).

Salienta-se, que os Estados signatários da Convenção do Belém do Pará, da qual o Brasil faz parte, posto que a Convenção entrou em vigor a partir do Decreto nº 1.973 em 01 de agosto de 1996, necessitam ter clareza que a violência contra a mulher permeia tanto a esfera privada como pública tendendo a ser mais severa quando a vítima for, por exemplo, gestante, deficiente, criança, adolescente, idosa e/ou pertencer a grupos raciais, étnicos e religiosos minoritários, circunstâncias que afetam drasticamente as vítimas expostas a violência e a própria estrutura social.

Nesse sentido, a legislação interamericana, por meio de seus mecanismos, assegura à todas as mulheres proteção e garantia de seus Direitos Humanos e liberdades, não podendo haver por parte dos Estados seja por ação ou omissão, atos de tortura ou violação de sua dignidade. Caso ocorra a violação dos Direitos Humanos das mulheres, caberá ao Estado garantir o acesso à justiça por meio de tribunal e de um julgamento justo que a mulher seja ouvida e respeitada (OEA, 1994). Neste mesmo sentido também apontam outras normativas internacionais e a Agenda 2030 da ONU, a qual será tratada mais adiante.

A Convenção de Belém do Pará define o que é considerado violência contra a mulher, como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (OEA, 1994, s/n).

No âmbito internacional, durante a IV Conferência Mundial sobre as Mulheres, realizada em 1995, na cidade de Pequim, China, houve avanços significativos na agenda global dos Direitos Humanos das mulheres e pela igualdade de gênero. A Declaração de Pequim que dela resultou, foi adotada por 189 Estados-Parte e tem como base as três Conferências anteriores e referentes às mulheres, bem como o fortalecimento de décadas de avanços

jurídicos e políticas destinados a garantir a igualdade de gênero tanto legalmente como através de ações práticas e políticas públicas para o seu desenvolvimento e efetiva garantia.

A Declaração de Pequim foi um dos grandes marcos transformadores na luta pelos Direitos Humanos das mulheres, pois, além de definir gênero, introduziu a noção de empoderamento e a perspectiva da transversalidade. O conceito de gênero se deu por meio de uma análise da historicidade do cotidiano das mulheres, marcado por violência, discriminação e exclusão tanto no âmbito doméstico como fora dele. A noção de gênero foi muito bem compilada pela historiadora estadunidense Joan Scott (1986) ao argumentar que "gênero" não pode ser entendido como diferença entre homens e mulheres, mas sim uma forma primária de significar relações de poder, isto é, uma categoria socialmente construída que organiza as diferenças entre os sexos, sendo um princípio fundamental na construção das relações de poder.

A IV Conferência e a Declaração que dele resultou demonstrou a necessidade de que os Estados implementem ações e políticas públicas fundamentadas em duas noções básicas. A primeira delas, diz respeito a noção de empoderamento da mulher, isto é, ao domínio pela mulher das distintas esferas de sua própria vida. Portanto, indispensável a superação das desigualdades e o estímulo a participação social e política das mulheres. A segunda noção é a de transversalidade direcionada a certificar que a perspectiva de gênero seja introduzida nas políticas públicas e atuações governamentais. As noções de gênero, empoderamento, transversalidade, revelam que a desigualdade entre os homens e mulheres é um problema que deve ser enfrentado nos mais distintos âmbitos da vida privada e pública.

Dada a sua importância, convém retomar a CEDAW, pois, conforme mencionado anteriormente, ela foi ratificada pelo Brasil com ressalva e, mais recentemente, em sua integralidade de direitos, após o Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2003, quando o Estado aceitou a obrigação legal de combater a discriminação contra a mulher.

Contudo, antes da ratificação integral de direitos pelo Brasil, ocorreu a promulgação da Constituição Federal de 1988, inspirada na Carta das Nações Unidas de 1945 e na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. A Constituição prevê, em seus artigos, a dignidade da pessoa humana como um dos principais princípios, busca uma sociedade livre, solidária, justa, pluralista e sem preconceitos. Em seu artigo 3º, estabelece a promoção do bem de todos, sem preconceito da raça, origem, sexo e cor, evitando qualquer meio de discriminação. Especialmente no âmbito trabalhista, quanto ao salário e às oportunidades de

emprego, embora haja essas previsões legais, ainda existem diversas desigualdades sociais, inclusive quanto ao gênero, sendo reafirmado pelo princípio da igualdade de todos, conforme o artigo 5º, inciso I: “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição” (Brasil, 1988).

A Constituição Federal, também trata da violência doméstica no artigo 226, parágrafo 8º, ao estabelecer que o Estado é responsável por dar assistência à família, devendo introduzir meios para prevenir a violência (Brasil, 1988).

Assim, normas internacionais e a Constituição Federal auxiliaram na promoção da igualdade entre as pessoas e entre os homens e as mulheres. No Brasil, existem legislações que fortalecem a luta no enfrentamento a violência contra a mulheres exercida na esfera doméstica, como a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340) sancionada em agosto de 2006 pelo então Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva. Salienta-se que apesar da conquista normativa, no mesmo dia em que Maria da Penha sofreu anos antes uma tentativa de homicídio por parte do marido, ele foi libertado da prisão. A vítima, Maria da Penha e os Coletivos de Mulheres que a apoiaram, foram responsáveis pela mudança significativa nos direitos das mulheres nesta seara no Brasil.

Como Maria da Penha não foi protegida pela Sistema de Justiça brasileiro, seu Caso foi analisado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (OEA, 2001) por duas Organizações não Governamentais na região abrangida pelo Sistema Interamericano: Centro pela Justiça e o Direito Internacional (CEJIL) e Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos das Mulheres (CLADEM), posto que o Estado brasileiro era signatário, entre outras, da Convenção de São José da Costa Rica (1969) e da Convenção de Belém do Pará (1994). As recomendações da Comissão Interamericana de Direitos Humanos foram um marco não somente para o Brasil, mas também para outros Estados membros da OIT.

Nas últimas décadas ocorreram avanços positivos para os direitos das mulheres, especialmente no preenchimento de lacunas normativas que sustentavam a discriminação de gênero. Contudo, tais avanços não são de total efetividade, fazendo com que as mulheres ainda precisem lutar por seus direitos e pela conquistar de espaço na sociedade. As lutas feministas são de suma importância para as conquistas das mulheres, principalmente para a conquista da igualdade entre homens e mulheres. Mesmo diante das dificuldades, as mulheres continuam adquirindo direitos, buscando, nesse sentido a equidade de gênero, a fim de serem ouvidas, respeitadas e viverem uma vida livre de violência.

Os fatos jurídicos narrados demonstram que ao se refletir sobre a questão de gênero, deve-se observar, tal qual adverte Scott (1990), as configurações de poder se constroem historicamente e que moldam as sociedades, pois são elas que subordinam e se impõe sobre os indivíduos dominando seus corpos e suas vidas. Nesse sentido, histórica, cultural e/ou religiosamente, os homens (a sociedade, as instituições, o Estado), entendiam e, ainda hoje, se sentem impelidos a discriminar, explorar e abusar das mulheres.

Sendo assim, é necessário que haja uma discussão sobre as causas imediatas das violências contra as mulheres – que ainda estão presentes na sociedade – e que as colocam em lugar de inferioridade, dependência e minoração de capacidades. Ao discutir sobre a violência contra as mulheres na sociedade brasileira, nota-se ainda dificuldades em enfrentá-la, principalmente por se tratar de uma sociedade com histórico patriarcal, de servidão e de machismo, em outros termos, autoritária.

As sociedades de base patriarcal, como a sociedade brasileira, tendem a naturalizar as violências sofridas pelas mulheres, pois essa violência reflete no poder sobre a vida e a morte. Esse poder se manifesta diversas formas, controlando os corpos, compreendidos como uma máquina que pode ser disciplinada. Os sistemas de controle e poder são instrumentos utilizados socialmente com a finalidade de disciplinar os indivíduos por meio de agir de cada pessoa, refletindo a biologia na política. É o que Michael Foucault (1988) conceituou como biopolítica: o meio utilizado pelo Estado para disciplinar os corpos, a fim de administrar o corpo econômico e político da sociedade. Por meio dessa administração, certas atitudes violentas passam a ser normalizadas, como o domínio dos corpos femininos, seja pelos costumes que ditam como devem se postar ou vestir, seja pela medicina que determinou como devem ser os administrados os partos, por exemplo.

Ainda assim, vítimas deste sistema culturalmente patriarcal, dominado por homens, Heleieth Saffioti (2015) esclarece que o aumento da violência contra a mulher decorre também, do aumento da violência urbana. Isso porque o Estado, ao administrar os corpos, faz com que a sociedade viva o medo como o principal sentimento, isto é, o medo torna-se o motor das relações sociais.

Todavia, homens e mulheres possuem papeis distintos dentro da sociedade: as mulheres, mesmo desempenhando atividades produtivas, ainda são majoritariamente responsáveis pelos cuidados e tarefas domésticas; os homens, por sua vez, destinam a maior

parte do seu tempo ao trabalho produtivo e a si mesmos, não colaborando com as atividades domésticas e de cuidado, o que lhes permite atuar como entes superiores dentro do núcleo familiar. Nos casos mais extremos, movem-se através do autoritarismo e da violência, espalhando o medo no âmbito doméstico. Isso evidencia que homens e mulheres, ainda exercem papéis distintos na sociedade.

A desigualdade de gênero gerou consequências, sendo uma delas os altos índices de violências contra a mulher. Entretanto, deve-se esclarecer o conceito de violência, entendido como a quebra da integridade da vítima em qualquer nível (psicológico, físico, sexual, patrimonial e moral) ocasionando traumas. A pesquisadora francesa Françoise De Vergè (2021) argumenta que o Estado é o responsável por provocar a desigualdade e a injustiça Social, sendo ele o principal instigador da desigualdade social, uma vez que dispõe de instrumentos de poder para atingir a sociedade.

Ainda, como visto anteriormente, a CEDAW, busca promover os direitos das mulheres, sendo o principal instrumento internacional de combate à desigualdade de gênero, a discriminação, a violência. As ações e políticas que os Estados signatários da Convenção e seu Protocolo desenvolvem são acompanhados pelo Comitê CEDAW que possui autoridade para realizar recomendações gerais e específicas com base nos relatórios fornecidos pelos Estados-Parte. Note-se que o Comitê CEDAW também recebe para análise relatórios da sociedade civil.

No que tange a este estudo, convém destacar a Recomendação Geral nº 19, onde o Comitê Cedaw apresenta o conceito de “violência contra a mulher”, enfatizando que essa violência é o meio de discriminação que limita a mulher quanto às possibilidades de gozar dos seus direitos e de sua liberdade em igualdade com os homens. Essa compreensão acerca da violência contra a mulher, fortalece o entendimento de que este tipo de violência é um problema social, político e econômico

A Recomendação Geral nº 35 do Comitê CEDAW, que atualiza a Recomendação Geral nº 19, descreve no artigo 15 da CEDAW que as mulheres estão amparadas pelos Direitos Humanos, o que segue:

> El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia por razón de género es indivisible e interdependiente respecto de otros derechos humanos, a saber: los derechos a la vida, la salud, la libertad y la seguridad de la persona, la igualdad y la misma protección en el seno de la familia, la protección contra la tortura y otros

> tratos crueles, inhumanos o degradantes y la libertad de expresión, de circulación, de participación, de reunión y de asociación (ONU, 2017)[2].

A violência sofrida pelas mulheres é considerada semelhante à tortura e/ou aos tratamentos cruéis, desumanos e degradantes. A violência pode ser direta, cultural ou estrutural. A primeira é visível e predomina na discussão sobre a violência contra as mulheres, pois é fácil identificar a vítima, seus agressores, o evento e os fatos ocorridos. Contudo, as demais violências — estrutural e cultural — são consideradas invisíveis, razão pela qual se faz necessária a ampliação de debates para o enfrentamento das violências contra as mulheres, já que ocorrem no modo de viver em sociedade, não sendo possível identificar facilmente seus agentes (Galtung, 1990).

A violência, seja ela qual for, é projetada especialmente nas relações classistas e raciais, sobretudo no que diz respeito às mulheres negras, quilombolas, dos povos originários e pobres, pois elas não têm poder e muito menos condições financeiras, sendo as principais vítimas da sociedade patriarcal, tendo inúmeros de seus direitos violados. Ditos grupos, sofrem com violações a sua dignidade humana em todas as suas dimensões, por exemplo, alimentação, saúde, trabalho. Essa violência sistêmica entranhada no Estado brasileiro, impede que mecanismos adequados sejam implantados para que as pessoas racializadas sejam protegidas de fato.

O grupo subalternizado formado por mulheres é composto por minorias/maiorias, qual mencionado acima, entre elas as pessoas negras, que, dentro do biopoder e da biopolítica, são consideradas descartáveis e, segundo Sueli Carneiro (2023), a biopolítica age sobre a vida e as questões raciais, impondo quem deve viver e quem deve morrer.

A violência de gênero, portanto, atinge as mulheres em diversas fases de sua vida, até quando criança e adolescente. Essa violência ocorre através de inúmeras formas, seja por atos ou omissões que resultam em morte, lesões, sofrimentos físicos e psicológicos, mas também econômico.

---

[2] O direito das mulheres a uma vida livre de violência de gênero é inseparável e interdependente em relação a outros Direitos Humanos, incluindo o direito à vida, à saúde, à liberdade e à segurança pessoal, o direito à igualdade e à igual proteção dentro da família, à liberdade contra a tortura, o tratamento cruel, desumano ou degradante e à liberdade de expressão, movimento, participação, reunião e associação

Portanto, também na seara da saúde, o biopoder e a biopolítica se expressam quando se negligenciam direitos das mulheres, particularmente daquelas não brancas e pobres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) , que, por serem consideradas cidadãos de segunda classe, tendem a estar expostas a formas veladas ou explícitas de discriminação, capazes de provocar danos físicos, psicológicos e/ou morte, como se demonstrará no último capítulo desta Dissertação quando, ao serem analisadas Tribunais de Justiça da região sul – Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, atinentes a violência obstétrica.

Pelo exposto nesta seção, percebe-se que os Direitos Humanos das mulheres constituem uma luta presente e contínua. Na sequência, o foco de análise será a Agenda 2030 da ONU e os desafios que as mulheres encontram para garantir sua saúde sexual e reprodutiva.

2.2 As metas 3.1, 5.6 e 16.3 da Agenda 2030 da ONU e Enfrentamento da Discriminação De Gênero: avanços e desafios na saúde sexual e reprodutiva

O conceito de gênero está sendo debatido e estruturando em busca de construir a relação entre homens e mulheres dentro da sociedade, bem como, quais papeis são atribuídos para cada gênero (masculino e feminino) na política, na economia e na família.

Joan Scott (1988) debate sobre a terminologia do conceito de gênero e que vem sendo utilizada para a abordagem das ciências sociais, isto é, estudo da vida social dos indivíduos, onde se discute a construção cultural que enquadra cada ser humano em um papel social determinado. É indubitável que o conceito de gênero não tem relação direta com a questão biológica de cada indivíduo, mas está relacionado diretamente com relações culturais e sociais que lhes são impostas pela sociedade, estabelecendo tarefas e papéis públicos e privados diferentes para cada gênero. À mulher, por exemplo, é atribuída uma posição de desigualdade e inferioridade em relação ao homem, ao qual é conferida superioridade e independência, ocasionando a construção da violência e da opressão na sociedade. Daí a importância, nesta Dissertação, dos estudos e das políticas públicas que buscam alterar esse contexto.

É inquestionável que a violência faz parte da estrutura social de toda a sociedade patriarcal, inclusive da brasileira, na qual tem predominância a cultura machista e sexista, que normatiza comportamentos agressivos, abusivos e violentos sobre as mulheres.

Tal cenário evidência que o enfrentamento à violência de gênero não pode ser dissociado de uma agenda mais ampla de promoção dos Direitos Humanos e do desenvolvimento sustentável. Diante da necessidade de buscar proteger as gerações atuais e futuras, no ano de 1992 foi realizada a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD), doravante Rio 92, com a participação de 179 países que acordaram e assinaram a Agenda 21 Global, que buscavam um desenvolvimento sustentável, a fim de estabelecer um novo modelo de desenvolvimento do século XXI (Brasil, s/d). Assim, a Agenda 21, tinha por objetivo promover um novo padrão de desenvolvimento para os indivíduos do próximo século.

Dando sequência às inúmeras conferências, declarações e convenções realizadas e emanadas após a Rio 92, a ONU, nos anos 2000, estabeleceu os Objetivos de Desenvolvimentos do Milênio (ODM), como uma continuidade e resposta às necessidades globais identificadas após a Agenda 21. Os ODM focaram em questões mais específicas e atingíveis, a fim de reduzir a pobreza extrema e melhorar os indicadores sociais até o ano de 2015. Além disso, buscavam contemplar aspectos amplos como o desenvolvimento econômico e social, garantindo melhorias na saúde, principalmente das mulheres, tendo como objetivo a redução da mortalidade materna e o fortalecimento da saúde reprodutiva.

Para tanto, os ODM foram definidos em 8 objetivos, a serem implementados por todos os Estados Parte: 1) erradicar a extrema pobreza e a fome; 2) atingir o ensino básico universal; 3) promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres; 4) reduzir a mortalidade infantil; 5) melhorar a saúde materna; 6) combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; 7) garantir a sustentabilidade ambiental e 8) estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento (ONU/WHO).

Foi reconhecida a necessidade de enfrentar, de forma objetiva e rápida, todos os problemas que violam os direitos que os ODM pretendem sanar. O prazo final para garantir os ODM foi o ano de 2015. Contudo, dado ao seu não cumprimento, uma nova chamada global foi realizada dando origem à Agenda 2030 da ONU. Embora tenham ocorrido grandes avanços com os ODM, ainda persistem desafios significativos. Diante disso, tornou-se indispensável a formação de uma nova estratégia global, mais ampla e alinhada com as demandas atuais. Assim, em setembro de 2015, a Organização das Nações Unidas lançou a Agenda 2030.

Todos os países que se comprometeram conseguiram, em algum grau ou medida, acompanhar os avanços dos ODM, podendo realizar comparativos em nível, global, nacional

e regional. A sociedade civil organizada de cada Estado Parte pôde exigir de seus representantes o cumprimento, ou a falta deste, no que diz respeito à concretização dos ODM. Servindo de exemplo e impulso para a criação de estratégias complementares, amplas e sistêmicas, com a finalidade de buscar soluções adaptadas às realidades e potencialidades específicas de cada sociedade.

Diante disso, o Brasil teve resultados importantes quanto à ODM, especialmente porque o objetivo principal do país era o combate à pobreza extrema e à fome. O Brasil alcançou sete de oito ODM, cumprindo com o objetivo principal. O Brasil alcançou sete dos oito ODM, cumprindo o objetivo principal. Contudo, falhou no objetivo relativo à oferta de água e saneamento básico, dentro do eixo ambiental (Secretaria de Relações Institucionais, 2015).

Como os ODM não foram cumpridos, novos prazos e outros objetivos foram acrescentados à Agenda do Milênio. Com o lema *"ninguém será deixado para trás*", a Agenda 2030 da ONU, interconecta Direitos Humanos e sustentabilidade. Esta proposta foi fundamental para a criação de meios sustentáveis para as gerações futuras, principalmente àquelas vulneráveis, pois todos os seres vivos têm direitos fundamentais.

A Agenda 2030 da ONU, portanto, é dividida em 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, compostos por 169 metas e 232 indicadores. Esses objetivos e metas foram construídos por meio de consultas públicas intensivas e levaram em consideração os 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, de modo a garantir avanços nas metas que não haviam sido alcançadas. Portanto, buscam desenvolver cinco princípios centrais para um futuro melhor para o planeta: pessoas, planeta, prosperidade, paz e parceria.

Em busca de adequar a necessidade de cada país, o Brasil realizou dezessete sessões temáticas e criou dezessete grupos interministeriais que se dedicaram a observar a proposta inicial do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e aperfeiçoá-las, se necessário. Houve um esforço coletivo para chegar nas melhores sugestões e recomendações, que foram aceitas pelo IPEA. Das 169 metas globais encaminhadas pela ONU, 167 metas foram consideradas essenciais para o Brasil, mas, para encaixá-las na realidade do país, foi necessário a alteração dos textos (IPEA,2018).

Desse modo, destaca-se que os pilares para obter o equilíbrio do desenvolvimento sustentável são: social, econômico e ambiental, perpassando todos os Objetivo de Desenvolvimento Sustentável, a saber: 1) erradicação da pobreza; 2) erradicação da fome; 3)

saúde e bem-estar; 4) Educação de qualidade; 5) igualdade de gênero; 6) Água potável e Saneamento; 7) Energia acessível e limpa; 8) Trabalho decente e crescimento econômico; 9) Inovação e infraestrutura; 10) Redução das desigualdades; 11) Cidades e comunidades sustentáveis; 12)Consumo e produção responsáveis; 13) Ação contra mudança Global do Clima; 14) Vida na Água; 15) vida terrestre; 16) Paz, Justiça e Instituições e Eficazes; 17) Parcerias e Meios de Implementação.

A Agenda 2030 da ONU, é acompanhada e revisada pela escala global, em que são realizados indicadores desenvolvidos pelo Grupo Interagência de Peritos sobre os Indicadores dos ODS, que foram examinados e avaliados pela Comissão de Estatística das Nações Unidas. O acompanhamento das metas proporciona às instituições de observarem e identificarem quais países e as áreas temáticas, isto é, metas, estão precisando de atenção dos organismos internacionais para o seu melhor desenvolvimento (IPEA, 2018).

Anualmente, a ONU realiza um encontro do Alto Fórum Político dos ODS, em que os países signatários apresentam relatórios dos seus progressos quanto às metas, ocorrendo uma comparação global (IPEA, 2018). A ONU fomenta os países a levarem consigo a realidade nacional a ser enfrentada, assim como as principais prioridades a serem definidas no momento da construção das estratégias para o alcance dos ODS.

O Brasil se destaca por ser um dos poucos países a usufruir de um instrumento que conduz a territorialização dos ODS, pois assim, mantém uma maior amplitude e a proposta inicial (IPEA, 2018).

Embora o Brasil esteja se esforçando para alcançar as metas da Agenda 2030, ainda há problemas internos a serem enfrentados para que todas sejam alcançadas com sucesso. Para isso é necessário que haja o engajamento das três esferas – União, Estados e Municípios – sendo importante que as metas sejam adaptadas conforme seus entes federados.

Em setembro de 2014, foi criado o Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para a Agenda 2030 da ONU (GT Agenda 2030), que construiu o Relatório Luz, tendo por objetivo analisar a implementação dos ODS, além de mostrar o trabalho remanescente para o cumprimento do compromisso assumido junto à ONU até o ano de 2030. Portanto, o grupo compartilha, promove e monitora a Agenda 2030 da ONU no Estado brasileiro, tendo como principal objetivo dialogar com a sociedade e implementar políticas juntamente com o governo brasileiro e o sistema da ONU para que os ODS sejam aplicados.

O Relatório Luz é realizado por meio dos dados do IPEA, que ajusta as metas da Agenda 2030 da ONUà realidade brasileira, a fim de efetivá-las.

Para que o cumprimento da Agenda 2030 da ONU seja concretizado, é necessário que todos sejam responsabilizados por seus atos. Portanto, a colaboração de todos os indivíduos deve ser realizada de forma igual, com o mesmo sentido e valor dos demais interessados. Ao analisar os Objetivos e metas, constatou-se que os Objetivos 3, 5 e 16 são os que mais se destacam, dada a sua pertinência com a temática da Dissertação. Tais ODS pretendem assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as pessoas, alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas, além de garantir o acesso à justiça, incluindo a Justiça Social.

Nesse sentido, o ODS 3, que consiste em "*assegurar uma vida saudável e promover bem-estar para todos, em todas as idades",* subdivide-se em 13 metas, todas aplicáveis ao Brasil, embora apenas uma não tenha precisado de adequação à realidade nacional. Dentre essas 13 metas, 7 são finalísticas e 6 são de implementação (IPEA, 2018).

A meta 3.1 é relevante para a presente pesquisa, pois busca diminuir a razão da mortalidade materna, estabelecendo como parâmetro 30 mortes por 100.000 nascidos vivos (IPEA, 2018). Através do monitoramento realizado pelo Ministério da Saúde, por meio do Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal, em 2023, mesmo com dados preliminares, foram registradas 20,2 mortes, o menor número desde 1996.

Esta Plataforma observa e atualiza dados referentes à saúde por meio do monitoramento do Ministério da Saúde, sendo possível verificar a mortalidade materna, infantil e fetal detalhadamente, no período de 2010 a 2021. Isso permite realizar uma análise específica em cada região do país. Ressalta-se que os dados apresentados são provenientes do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), permitindo identificar áreas com índices desfavoráveis e elaborar estratégias direcionadas às taxas de mortalidade (IVIS, s.d.).

Trata-se de uma meta finalística em que os objetivos estão diretamente conectados para o seu alcance. Essa meta sofreu alterações em razão de o Brasil apresentar valores abaixo da meta global. Em 2015, a Razão da Mortalidade Materna (RMM) teve uma estimativa de 62 óbitos por 100.000 nascidos vivos e, em 2013, a Comissão Nacional de Combate à Mortalidade Materna, junto com o lançamento da Semana Nacional de Mobilização pela Saúde das

Mulheres e o Ministério da Saúde, assumiu a meta de reduzir a RMM até 2030, buscando alcançar o número máximo de 30 mortes por 100.000 nascidos vivos (IPEA, 2018).

Em 2024, ocorreu a avaliação do progresso das principais metas globais para o Brasil, no âmbito da Agenda 2030 da ONU, realizada pelo IPEA, que elaborou quadros relativos a cada meta específica. Em relação à meta 3.1, conforme avaliação do IPEA, existem dois indicadores globais: o primeiro, 3.1.1 “Razão da mortalidade materna”, apresenta evolução positiva; já o segundo, 3.1.2 “*P*roporção de nascimentos assistidos por profissionais de saúde qualificados”, não apresenta evolução. Embora essa meta tenha sido prejudicada pela Covid-19 e ainda enfrente consequências desse período, ela permanece como problemática que deve ser considerada quando se abordam os direitos à saúde das mulheres (IPEA, 2024).

Nesse sentido, os órgãos governamentais responsáveis por implementar ações que auxiliem no cumprimento da meta 3.1 são o Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres, que realizam diversas ações voltadas ao seu alcance, como a Rede Cegonha, que visa garantir atendimento de qualidade durante o período gestacional, parto e pós-parto, assegurando transporte seguro e tratamento humanizado às gestantes. Outros mecanismos também têm sido aplicados: 1) fortalecimento da atenção primária à saúde; 2) acompanhamento integral da gestação, através de exames pré-natais e outros considerados indispensáveis; 3) ações de educação e conscientização sobre direitos reprodutivos, a fim de evitar a violência obstétrica.

Esses são alguns meios essenciais para que a meta 3.1 da Agenda 2030 da ONU seja alcançada, isto é, para que seja garantido às mulheres cuidado durante a gestação e o parto, evitando riscos e reduzindo as taxas de mortalidade materna e infantil no Brasil.

A Agenda 2030 da ONU é composta por diversas metas interconectadas que se complementam em busca de um resultado positivo e sustentável. Nesse contexto, destaca-se a relação entre a meta 3.1 (redução da mortalidade materna) e o Objetivo 5 (igualdade de gênero e empoderamento de todas as mulheres e meninas). De forma mais clara, essa articulação se dá, especificamente, com a meta 5.1, que busca acabar com todas as formas de discriminação contra mulheres e meninas, e com a meta 5.6, que propõe assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos, em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão.

Essas metas têm a intenção de promover saúde, direitos e igualdade de gênero, principalmente para mulheres e meninas.

Nesse sentido, a promoção da igualdade de gênero, por meio da meta 5.1, e o acesso aos direitos e à saúde reprodutiva, por meio da meta 5.6 são fundamentais para a redução da mortalidade materna, objetivo da meta 3.1.

O ODS 5 da Agenda 2030 da ONU, é composta por 11 metas, sendo originalmente 9 metas e 2 adicionadas. No Brasil, todas são aplicadas, embora 9 tenham sido adaptadas à realidade nacional. Apenas 1 das 11 metas é de implementação; as demais são finalísticas. O Grupo de Trabalho para a construção desta meta contou com 43 participantes (IPEA, 2018). Essa meta busca à igualdade de gênero e empoderamento de todas as mulheres e meninas, reduzir e combatendo todas as formas de discriminação contra elas, garantindo acesso igualitário a recursos econômicos, saúde, educação, e participações em processos de decisões.

Dessa forma, existe uma conexão entre o ODS 5 e suas metas, pois a mortalidade materna é um claro indicador de desigualdade de gênero. As mulheres, muitas vezes, enfrentam barreiras para acessar serviços de saúde adequados, em razão da discriminação de gênero, pobreza, falta de educação e ausência de controle sobre suas vidas reprodutivas. Assim, para que ocorra a redução da mortalidade materna – meta 3.1 – deve ocorrer, necessariamente, a promoção da igualdade de gênero.

Nesse sentido, destaca-se a meta 5.6 do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5 (ODS5) da Agenda 2030, no Brasil:

> **5.6** Promover, proteger e garantir a saúde sexual e reprodutiva, os direitos sexuais e direitos reprodutivos, em consonância com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão, considerando as intersecções de gênero com raça, etnia, idade, deficiência, orientação sexual, identidade de gênero, territorialidade, cultura, religião e nacionalidade, em especial para as mulheres do campo, da floresta, das águas e das periferias urbanas (IPEA,2018).

Antes de abordar especificamente a Meta 5.6 do ODS5, é essencial destacar a Meta 5.2, que estabelece o compromisso de “Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos” (IPEA,2018). A relevância dessa meta reside no fato de que a violência de gênero constitui uma das maiores barreiras para a efetivação dos Direitos Humanos das mulheres, restringindo sua autonomia, sua participação social e política e,

consequentemente, o pleno exercício de sua cidadania. Sem a erradicação da violência, torna-se inviável garantir condições de igualdade, segurança e dignidade, elementos indispensáveis para a concretização dos demais objetivos da Agenda 2030 da ONU, em especial aqueles relacionados à saúde, aos direitos sexuais e reprodutivos e à igualdade substantiva entre homens e mulheres.

Nesse contexto, a meta 5.6 do ODS5 (Brasil) é finalística, isto é, tem o objetivo de alcançar o ODS específico, de forma imediata. Para ampliar a abrangência da dita meta o Brasil se comprometeu a garantir de forma plena os direitos reprodutivos e sexuais, atuando, portanto, conforme Convenções internacionais que propugnam pelo desenvolvimento de políticas públicas eficazes nesta seara (IPEA, 2018).

Ocorre que as metas globais do ODS 5 cobrem menos aspectos detalhados da questão da igualdade de gênero, em que os marcos específicos geralmente têm uma lista com diversos indicadores, considerando diferentes lutas pela igualdade de gênero. O Brasil acaba enfrentando diferentes desafios para alcançar a meta do ODS 5, especialmente porque não há dados suficientes (detalhados e frequentes), e esses tipos de indicadores são essenciais para se ter um monitoramento robusto.

A ausência de dados desagregados e de indicadores sensíveis à interseccionalidade (raça, território, identidade de gênero) prejudica diretamente a efetivação da meta, principalmente porque as metas da Agenda 2030 da ONU, nos últimos quatro anos, passaram a ser desconsideradas em razão das mudanças políticas, econômicas e sociais (IPEA, 2024).

Nesse sentido, ocorreu simultaneamente a crise política brasileira instaurada desde a década passada e inflamada, especialmente, entre os anos de 2019 a 2022, o qual limitou-se em tendências políticas conservadoras (Ipea, 2024).

Nesse cenário, com o governo limitando as necessidades das mulheres, somado aos efeitos da pandemia da Covid-19, os avanços do ODS 5 foram insignificantes e muitas vezes negativos. Nesse período (2019-2022), ocorreram ataques diretos aos avanços dos ODS nº 3 e 5, especialmente porque houve campanhas de (des)esclarecimento sobre as questões de gênero, como a alteração de normas e materiais relacionados aos ODS 3 e 5 para substituir o termo “gênero” pela palavra “mulher”, por exemplo (Brasil, 2024).

Com a mudança governamental, em setembro de 2023, ocorreram algumas alterações, como a recriação da Comissão Nacional para a retomada dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (CNODS), a qual restaurou a importância dos ODS, incluindo a

meta da igualdade de gênero (Ipea, 2024).

Mesmo ocorrendo a troca de governo e uma breve melhoria quanto aos debates da igualdade de gênero e da discriminação, o Brasil ainda enfrenta dificuldades em apurar os indicadores para acompanhar o ODS 5 e a meta 5.6, pois as estatísticas muitas vezes não são realizadas de forma adequada. Observa-se que esta meta trata de temas sensíveis e delicados, o que requer uma pesquisa cuidadosa.

Conforme mencionado acima, durante o período 2019-2022, foi emanada a Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020, a qual previa a obrigatoriedade de os médicos notificarem as autoridades policiais em casos de aborto decorrentes de estupro (Brasil, 2020). É importante destacar que essa portaria foi revogada pela PRT GM/MS nº 13 de 13 janeiro de 2023.

No entanto, ainda que o cenário normativo tenha sofrido alterações recentes, os dados de saúde pública revelam a gravidade do problema, entre os anos de 2012 a 2022, 483 mulheres morreram em hospitais públicos decorrente de aborto, e uma em cada 28 internações por aborto incompleto teve a morte como consequência (Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para a Agenda 2030, 2024). A probabilidade de internação é muito mais alta por falha na tentativa do aborto que por outras causas relacionadas.

O governo eleito em 2022 implantou, em seu mandato, importantes mudanças nas políticas públicas voltadas aos direitos das mulheres, com o objetivo de fortalecer a igualdade de gênero (Brasil, 2024). O impulso principal ocorreu no dia 8 de março de 2023, Dia Internacional da Mulher, quando diversas medidas e iniciativas foram anunciadas em favor da pauta feminina. Entre as ações, destacam-se: 1) a retomada do Programa Mulher Viver sem Violência; 2) a meta de construir 40 Casas da Mulher Brasileira; 3) a inclusão do enfrentamento à violência contra as mulheres no Pronasci; 4) a previsão de 270 patrulhas Maria da Penha em todos os estados; 5) o edital para ações municipais de prevenção à violência; 6) o Decreto nº 11.430, que reserva no mínimo 8% dos postos de trabalho em contratos públicos para mulheres em situação de violência; 7) o Decreto nº 11.432, que regulamenta o Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual; 8) o Decreto nº 11.458, que institui a Estratégia Nacional para o Futebol Feminino; 9) o edital “Meninas nas Ciências Exatas, Engenharia e Computação” do CNPq, no valor de R$ 100 milhões; e 10) a criação de grupos de trabalho interministeriais para elaboração das políticas nacionais de enfrentamento da violência política contra as mulheres (Decreto nº 11.485), de cuidados (Decreto nº 11.460) e de

igualdade salarial, remuneratória e laboral entre mulheres e homens (Decreto nº 11.514) (Brasil, 2024).

O retorno do Programa Mulher Viver sem Violência garante a centralização de políticas públicas a fim de proteger as mulheres no âmbito do Governo Federal, permitindo que o Ministério das Mulheres busque alternativas para trabalhar de maneira estratégica com os ministérios, estados e municípios. Embora o Estado esteja se esforçando para retomar o Programa Mulher Viver sem Violência, a classificação das metas relacionadas ao gênero não está sendo favorável. Nenhuma das metas apresenta avanços concretos: três estão estagnadas, três registraram retrocessos e três são consideradas insuficientes. Inclusive, pode-se perceber que a Meta 5.6 está insuficiente; diante disso, é necessário ampliar o diálogo em órgãos públicos referente à saúde da mulher.

Ainda, é importante salientar a interconexão dos ODS 3 e 5 com o ODS 16, direcionada à promoção de sociedades pacíficas, inclusivas e sustentáveis, que proporcionem o acesso à justiça para todas as pessoas, bem como à construção de instituições eficazes e democráticas. Destaca-se que a Meta 16.3 recomenda a promoção do Estado de Direito, da democracia e da garantia do acesso igualitário ao Poder Judiciário.

Esta meta é essencial para o enfrentamento das violações de direitos que atingem as mulheres, especialmente nos casos de violação dos direitos sexuais e reprodutivos. O acesso à justiça é indispensável para assegurar a responsabilização, a reparação e a garantia de não repetição dessas violações - no caso específico da violência obstétrica e reprodutiva - uma vez que é por meio do Sistema de Justiça que se impõe a responsabilidade às instituições de saúde, bem como aos médicos e demais integrantes das equipes de saúde que adotam práticas inadequadas e/ou obsoletas durante a gravidez, o parto e pós-parto.

Essa dimensão torna-se ainda mais relevante ao se considerar que, como será demonstrado nos próximos capítulos, os índices de judicialização de casos envolvendo violência obstétrica são extremamente baixos nos Tribunais de Justiça da região sul – Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná. A carência desses processos revela uma subnotificação estrutural e uma barreira concreta ao acesso à justiça por parte das mulheres que sofrem esse tipo de violência.

Analisar, juntamente com as outras metas, a Meta 16.3 é extremamente importante, pois debater sobre saúde reprodutiva e igualdade de gênero é imprescindível para enfrentar as omissões institucionais e garantir a efetividade dos Direitos Humanos das mulheres.

Assim, o vínculo entre as metas 3.1, 5.6 e 16.3 fortalece uma abordagem transversal, transdisciplinar, interseccional e sistêmica na promoção da dignidade das mulheres, especialmente daquelas em situação de maior vulnerabilidade social.

Contudo, ao analisar as metas através do Relatório Luz (2024), a classificação das metas é assustadora, pois, em sua maioria, elas são insuficientes ou tiveram índices de retrocesso e/ou estagnação. Diante dos ODS analisados até o presente momento, pode-se observar que apenas uma das metas dos três ODS é satisfatória.

FIGURA 1



Fonte: Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para a Agenda 2030 (2024)

Diante de todo o exposto, a Agenda 2030 da ONU e suas metas relacionadas à igualdade de gênero e à saúde buscam avanços na luta contra a discriminação e na promoção dos direitos das mulheres. O Brasil enfrenta dificuldades para garantir que as metas sejam alcançadas. É fundamental que haja compromissos das políticas públicas e compromissos políticos para que os objetivos sejam traçados e efetivamente implementados. Para tanto, o monitoramento das metas e a promoção de mudanças estruturais são fundamentais, a fim de que não ocorram retrocessos e estagnações, como apontado acima.

Nesse sentido, o retorno de ações para a garantia da igualdade de gênero e da saúde reprodutiva da mulher demonstra um esforço governamental para reverter as perdas e

consolidar os avanços. Mas, para que isso ocorra, é essencial que as três esferas do governo e a sociedade atuem em conjunto, de modo a gerar um impacto duradouro e efetivo.

Assim como as políticas públicas voltadas a esta temática estejam ganhando visibilidade, é imprescindível que o Estado demonstre interesse e fortaleça meios para o enfrentamento das formas de violência que permanecem invisibilizadas, especialmente aquelas que acontecem em espaços nos quais se espera acolhimento e cuidado. Destaca-se a violência obstétrica, que atinge muitas mulheres no Brasil e que, apesar de sua gravidade, costuma ser naturalizada.

Dando sequência aos estudos realizados, no próximo capítulo será analisada a negligência institucional e a ausência de um olhar sensível à perspectiva de gênero, questão que contribui para a perpetuação de uma violência silenciosa e estrutural contra as mulheres.

3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA QUE OCORRE DENTRO DO ÂMBITO PÚBLICO E PRIVADO

A violência obstétrica é um conceito que representa um ato de violência de gênero frequentemente invisibilizado, marcado por práticas abusivas que desrespeitam, humilham e violam diversos direitos das mulheres durante o período gestacional. Contudo, é no momento do parto, que esses atos de violência se tornam mais evidentes.

Neste capítulo, tem-se por objetivo demonstrar a violência obstétrica não ocorre de forma isolada, mas afeta, sobretudo, mulheres pobres e racializadas. Essa violência manifesta-se por meio de práticas abusivas e de atendimentos que violam a saúde reprodutiva. Com tais práticas, o Estado e a sociedade reforçam desigualdades históricas e sustentam um padrão discriminatório que perpetua a exclusão e a negação de direitos fundamentais às mulheres.

A primeira parte deste capítulo abordará a invisibilidade da violência obstétrica, tanto no setor público quanto no privado, destacando como a omissão e a negligência institucional contribuem para a manutenção e a normalização dessas práticas. Na sequência, a discussão se voltará à saúde da mulher, com ênfase na mortalidade materna e na relação entre o respeito à autonomia da mulher e os Direitos Humanos. Ao lançar luz sobre essas questões, pretende-se contribuir para a construção de um debate que reconheça a urgência de políticas públicas comprometidas com a Justiça Reprodutiva e com o enfrentamento da violência obstétrica como uma grave violação dos Direitos Humanos.

3.1 Direito De Saúde E Reprodutivo: Uma Abordagem A Violação Dos Direitos Das Mulheres No Período Gestacional, Parto E Pós-Parto

Como mencionado na seção anterior, embora as mulheres tenham conquistado importantes avanços na garantia de seus direitos, ainda enfrentam inúmeros desafios. A luta por igualdade permanece urgente, uma vez que a violência contra as mulheres persiste em diversas fases da vida, inclusive durante a gestação, o parto e o pós-parto, momentos em que muitas são submetidas a situações vexatórias e constrangedoras.

As mulheres exerciam maior autonomia sobre seus corpos durante a gestação e o parto, especialmente quando esses processos ocorriam em âmbito domiciliar, com o apoio de parteiras. No entanto, com o avanço da medicina e a institucionalização do parto nos

hospitais, essa autonomia foi gradualmente reduzida. O controle sobre o corpo feminino passou a ser exercido majoritariamente por profissionais da saúde, em sua maioria homens, e instituições, limitando a liberdade das mulheres em decidir sobre seus próprios processos reprodutivos.

Diante disso, é de suma importância compreender o conceito de violência obstétrica, pois, por meio desse entendimento, é possível reconhecer sua relação direta com a violência de gênero.

Portanto, a violência obstétrica é uma expressão da violência de gênero, evidenciada pela normalização das formas de tratamento impostos às mulheres durante a gestação, o parto e o pós-parto. Isso é especialmente perceptível durante o parto, momento em que se observa a banalização de práticas invasivas, o excesso de medicalização e a ausência de consentimento, atitudes que passam a ser vistas como rotineiras — ainda que representem graves violações de direitos.

Inserido na lógica da produtividade, o parto é frequentemente encarado como um evento que precisa ser controlado ou suprimido/censurado. Pois são atribuídas a ele características negativas — como processo desagradável, humilhante, repulsivo e sujo —, o que justifica, dentro dessa perspectiva, a pressa ou mesmo a substituição do parto natural por cesarianas desnecessárias. Dessa forma, ignora-se totalmente o sentido e o tempo do corpo feminino, desvalorizando o processo fisiológico do parto, moldando-o de acordo com os padrões "eficientes" e "limpos" exigidos por instituições hospitalares e pela sociedade de modo geral.

Além disso, o parto é, muitas vezes, representado como algo primitivo, capaz de danificar o corpo da mulher (especialmente a vulva e a vagina), comprometendo sua sexualidade futura. Essa concepção negativa serve como instrumento de controle sobre o corpo feminino, ao reforçar a ideia de que ele é frágil, defeituoso e necessita de correção. Assim, a mulher é convencida a submeter-se ao processo e entrega seu corpo aos cuidados da medicina, sob o pretexto da proteção, quando, na realidade, estabelece-se um controle institucional que apaga o protagonismo feminino e esvazia o parto de seu potencial positivo e empoderador (Diniz,2014).

Durante a metade do século XX, passaram-se a ser utilizadas tecnologias na área da saúde, especialmente durante o parto, com o objetivo de simplificar o processo do parto, tornando-o menos doloroso e sofrido tanto para a mãe quanto para a criança, buscando maior

naturalidade do processo e melhorando a saúde das parturientes e de seus filhos (Diniz, 2023). Contudo, quando o mundo médico assumiu o controle dos métodos de nascimentos, ocorreram crescentes violações dos direitos à saúde das mulheres, especialmente devido a introdução de novas técnicas que resultaram em diversas intervenções inapropriadas, desnecessárias e arriscadas, muitas vezes sem avaliação adequada de sua aplicabilidade ou de sua segurança.

Durante o período de 1620 e 1630, a Europa enfrentou uma queda demográfica, com uma acentuada dizimação populacional. Silvia Federici (2017) argumenta que, nesse contexto, o Estado passou a ver a necessidade de aumentar a taxa de natalidade como uma prioridade, adotando políticas que incentivaram o aumento da população para garantir a força de trabalho necessária para a economia e o sustento do sistema social e político vigente. Ou seja, o Estado se apropriou dos direitos reprodutivos e dos corpos das mulheres, controlando-os por meio de violência e opressão, de acordo com os interesses estatais.

Existem diferentes intervenções de parto, por exemplo, como o parto vaginal dirigido, que é aquele no qual o processo de nascimento é conduzido por uma equipe médica, tendo diversas intervenções de rotina. Nesse procedimento, normalmente, a mulher fica imobilizada ou com pouca mobilidade, sem alimentação ou líquidos. O trabalho de parto pode ser antecipado com o auxílio de medicamentos, como a ocitocina sintética, bem como pela ruptura artificial da bolsa amniótica. No momento da expulsão, as mulheres ficam, em geral, deitadas de costas, com as pernas apoiadas e elevadas, alguns médicos usam fórceps para facilitar a saída do bebê e, também a episiotomia[3] e episiorrafia[4] são rotineiras nas parturientes (Diniz, 2023). Frequentemente, utiliza-se o monitoramento contínuo da frequência cardíaca fetal, analgesia peridural e, em alguns casos, manobras como a pressão no fundo do útero (manobra de Kristeller), apesar de não recomendadas pela OMS.

[3] A episiotomia é um corte realizado no períneo da mulher (entre a vagina e o ânus), no final do parto, quando a cabeça do bebê está saindo. O procedimento tem como objetivo ampliar o canal de saída do bebê para facilitar o parto normal. Ele é realizado quando a mãe não apresenta dilatação suficiente para o nascimento. Durante décadas, acreditou-se que essa técnica protegia a mulher de lacerações maiores e antecipava a saída do recém-nascido. Foi na década de 40 que essa prática se popularizou, com a migração dos partos do ambiente domiciliar para o ambiente hospitalar. Entretanto, hoje sabemos que os danos provocados pela episiotomia são maiores que seus benefícios. Em 1999, Marsden Wagner da OMS se referiu a episiotomia como "mutilação genital feminina". Desde então, muitos profissionais adotaram condutas humanizadas em sua prática obstétrica. A episiotomia deve ser realizada apenas em casos de emergência obstétrica e o profissional de saúde deve estar apto a reconhecer esses momentos para evitar violações. A seguir, entenda por que a episiotomia é nociva para a saúde da mulher quando realizada sem necessidade. (Varella, s.d)

[4] Episiorrafia é a sutura resultante da incisão realizada no períneo (episiotomia)

Outra intervenção amplamente presente na assistência obstétrica é a cesariana. Em que se trata de um procedimento cirúrgico, em que é realizado em situações específicas a fim de garantir a segurança da mãe e do bebê, por exemplo quando há sofrimento fetal agudo, apresentação pélvica ou impossibilidade de progressão do trabalho de parto.

O primeiro modelo de parto, ora vaginal, foi utilizado por muito tempo; contudo, com a evolução da medicina e com o fortalecimento do movimento em prol do parto humanizado – que busca garantir a segurança e o respeito ao corpo da mulher, reduzindo, assim, as intervenções médicas desnecessárias, passou a ser questionado e gradualmente substituído.

O movimento de mulheres em defesa lutado por serviços de saúde respeitosos com as singularidades femininas existe há décadas. Entretanto, para as mulheres grávidas e para as parturientes, essa preocupação é ainda maior, pois as práticas adotadas pela medicina moderna, ao interferirem em seus corpos, alteraram processos naturais (Diniz, 2023).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde e com a representação regional da OMS nas Américas, realizou, em 1985, na cidade de Fortaleza, no Brasil, a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Pardo. Durante a dita Conferência foi feita uma análise dos cuidados relacionados ao uso das tecnologias aplicadas ao parto, da qual resultaram diversas recomendações.

O documento em questão declara que todas as mulheres têm o direito a cuidados emocionais, psicológicos e físicos adequados, incluindo exames pré-natais e o planejamento do parto (OMS/WHO, 1985).

As recomendações devem apresentar meios viáveis para minimizar o viés da intervenção médica, visando melhores resultados diante de imprevistos. Nesse sentido, é pertinente que as alterações realizadas nas estruturas dos serviços de saúde não se limitem a modificações superficiais, mas envolvam transformações profundas, incluindo ações individuais e a redistribuição dos recursos humanos e físicos disponíveis (OMS/WHO, 1985). As recomendações referentes às tecnologias do parto aplicam-se tanto ao âmbito público quanto ao âmbito privado.

A Organização Mundial da Saúde, juntamente com Fathalla, conceitua a saúde reprodutiva – conceito fundamental para o presente estudo:

> Health is defined in the WHO Constitution as a ‘state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity’. In the context of this definition, reproductive health would have the following; basic

> elements: (a) that people have the ability to reproduce as well as to regulate their fertility; (b) that women are able to go through pregnancy and child-birth safely; and (c) that the outcomes of pregnancy is successful in terms of maternal and infant survival and well-being. In addition, couples should be able to have sexual relationships free of the fear of unwanted pregnancy and of contracting disease (Fathalla, 1988, p. 341)[5].

Com base na noção de saúde reprodutiva, organizações feministas reivindicam demandas que percebem como questões de Justiça Social em diferentes contextos. Nas lutas em prol da saúde da mulher - como a preocupação com a mortalidade materna, o acesso a métodos contraceptivos e a prevenção da mutilação da genitália feminina - surgem os direitos reprodutivos, os quais destacam a importância da proteção da saúde reprodutiva da mulher (Cook, 2002).

Todas as mulheres têm direito ao acesso a uma saúde de qualidade, especialmente durante a gestação, o parto e o pós-parto. É fundamental que esse período seja marcado por assistência digna, humanizada, respeitosa e livre de qualquer forma de discriminação ou violência. Garantir esse direito assegura o pleno respeito à autonomia e à dignidade da mulher.

Existem diversos documentos referente a um parto seguro, muitos dos quais são reconhecidos como “recomendações da OMS”. Entre eles, destacam-se quatro documentos: a Carta de Fortaleza, a Carta da Trieste, Care in Normal Birth: A Practical Guide e World Health Day: Safe Motherhood. (Diniz,2023).

A Carta de Fortaleza refere-se a um desenvolvimento de um plano individual realizado pela mulher, o qual apresenta todas as informações e suas escolhas relativas ao parto, aumentando as chances de um desfecho mais saudável, pois a mulher é ouvida, conforme Enkin (2000, apud Diniz, 2023, p. s/n).

A Carta da Trieste é uma versão para a neonatologia, assim como a Carta da Fortaleza se aplica à obstetrícia.

O terceiro documento, Care in Normal Birth: A Practical Guide, é uma combinação de diversos estudos que descrevem diversos procedimentos relacionados ao parto. Por fim, o

---

[5] Tradução Livre da Autora da Dissertação: A saúde é definida na Constituição da OMS como um "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". No contexto dessa definição, a saúde reprodutiva incluiria os seguintes elementos básicos: (a) que as pessoas tenham a capacidade de se reproduzir e de regular sua fertilidade; (b) que as mulheres possam passar pela gravidez e pelo parto com segurança; e (c) que os desfechos da gravidez sejam bem-sucedidos em termos de sobrevivência e bem-estar materno e infantil. Além disso, os casais devem poder manter relações sexuais sem medo de uma gravidez indesejada ou da contração de doenças (Fathalla, 1988, p. 341).

World Health Day: Safe Motherhood busca garantir os Direitos Humanos das mulheres na maternidade (WHO/OMS,1998).

Diante destes documentos, observa-se que a primeira recomendação consiste na elaboração de um plano individual feito pela própria mulher. Estudos demonstram que, quanto mais informações as mulheres tiverem sobre as possibilidades relativas ao parto, maior são as chances de que este ocorra de forma saudável, proporcionando uma melhor experiência. Ainda, a mulher possui livre escolha para decidir quanto a própria fecundidade, gravidez, escolha de ter ou não filhos. Isso ocorre porque a mulher passa a ter segurança de suas escolhas, fundamentadas em informações confiáveis. Portanto, o acesso à informação para as mulheres e para as demais pessoas envolvidas na gestação e o parto constitui um direito imprescindível, permitindo que as decisões esclarecidas e seguras sejam tomadas (Corrêa; Perchesky, 1996).

Sendo assim, é direito da mulher realizar o seu planejamento reprodutivo, o qual permite ter o controle sobre o próprio corpo e decidir sobre a gestação, assegurando sua independência na tomada de decisões (Mattar; Diniz, 2012). Embora o planejamento do parto possa ser realizado durante a gravidez, é evidente que tudo depende da situação e do curso do trabalho de parto. É importante ressaltar que, em casos pontuais e urgentes, o planejamento pode ser modificado; entretanto, nesse contexto, a comunicação entre médicos e paciente torna-se fundamental. Nesses momentos, é essencial que a mulher seja ouvida para que não seja considerada como objeto e a experiência do parto não se transformar em trauma.

> A parturiente não seria mais um objeto calado e imobilizado sobre o qual se fazem procedimentos extrativos do feto, mas um sujeito com direito a voz e a movimento, de quem se espera um papel ativo, reconhecendo que será ela a parir, e da equipe se espera que ofereça o apoio quando e se necessário (Diniz, 2023, p. 456*).*

As condutas positivas para as mulheres como “o monitoramento de bem-estar físico e emocional da mulher, a oferta oral de fluidos durante o trabalho de parto e parto, as técnicas não-invasivas e não farmacológicas de alívio da dor (...); a liberdade de posição no trabalho de parto e parto, o encorajamento a posturas verticais.” (Diniz, 2023, p. 437), muitas vezes não estão presentes no dia a dia na maioria dos serviços como os procedimentos que são considerados danosos “como o uso da posição horizontal durante o trabalho de parto e parto;

o uso de rotina do enema[6]; e tricotomia[7]; da infusão intravenosa; a administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto e; os esforços expulsivos dirigidos durante o segundo estágio do trabalho de parto." (Diniz, 2023, p. 436).

Diante disto, é importante destacar o conceito dos direitos reprodutivos, uma vez que representam garantias para que as pessoas possam decidir legal e politicamente sobre sua saúde reprodutiva, assegurando sua dignidade sexual e reprodutiva. Por meio desses direitos reprodutivos, os indivíduos têm autonomia nas escolhas relacionadas à saúde reprodutiva, um direito básico vinculado à dignidade sexual e reprodutiva. Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge (2021) ressaltam que o acesso e a restrição aos direitos reprodutivos são desiguais, dependendo das políticas públicas aplicadas em diferentes níveis governamentais. Ou seja, tanto a garantia quanto a negação desses direitos não se baseiam em decisões individuais, mas na estrutura política de cada governo.

Os direitos reprodutivos surgem com uma resposta crítica ao fato de que as políticas demográficas tratam os corpos femininos como objeto de regulação e controle, sem considerar à vontade e necessidade das mulheres (Dora, 1988). Esses direitos têm como objetivo proteger as mulheres e garantir sua autonomia, rompendo o controle externo e colocando em foco à autodeterminação e a dignidade feminina.

Durante a gestação, as mulheres ficam mais vulneráveis, tornando esse período um momento de incertezas e medo, afinal, a mulher está gerando um outro ser humano que depende dela em todos os sentidos.

Para tanto, é de suma importância que ocorram pelo menos o mínimo exigido de consultas pelo Ministério da Saúde, pois é durante esses atendimentos que a mulher poderá sanar suas dúvidas.

O sistema foi construído por homens e para homens. Assim, houve um impacto significativo quando o parto deixou de ser realizado por parteiras e em domicílio, e médicos passaram a ser chamados, principalmente em casos de complicações, que muitas vezes resultavam na morte da mãe ou da criança. Com a evolução das técnicas médicas, o parto passou a ser controlado exclusivamente por médicos e realizado em hospitais, garantindo

[6] É um termo geral para uma solução líquida que é injetada no reto para limpar o cólon ou tratar a constipação.
[7] Remoção de pelos de uma área específica do corpo, geralmente por raspagem, antes de uma cirurgia ou procedimento.

maior segurança. Contudo, as mulheres acabaram perdendo autonomia durante a gestação, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto (Diniz, 2023).

Muitas vezes, quando procedimentos são realizados pela equipe médica sem autorização e/ou conhecimento da mulher/parturiente, podem ser considerado violência obstétrica. Além disso, alguns procedimentos não apresentam justificativa médica, como a episiotomia. No entanto, esse tipo de intervenção é rotineiro nos partos vaginais, ocasionando lesões desnecessárias, arriscadas e prejudiciais às genitálias femininas (Diniz, 2023).

> A episiotomia é a operação obstétrica mais frequentemente realizada no ocidente. É uma das maneiras mais dramáticas e intensas em que o território do corpo das mulheres é apropriado, a única operação feita sobre o corpo de uma mulher saudável sem o seu consentimento. Ela representa o poder da obstetrícia: os bebês não podem sair sem que as mulheres sejam cortadas. Ela evita que as mulheres vivenciem o parto como evento sexual, e é uma forma de ritual de mutilação genital (Diniz, apud BWHBC, 1992, p.458)

Sendo assim, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (2019, p. 91) conceitua como aquele ato que "abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o postparto, en centros de saúde públicos ou privados". Essa forma de violência atinge diretamente a vida e a dignidade da mulher ao submeter-se ao atendimento de profissionais de saúde. Trata-se de uma temática complexa, que exige uma abordagem integrada com os Direitos Humanos e os direitos das mulheres, considerando suas múltiplas dimensões e impactos.

Nesse sentido, a violência obstétrica é mais uma das diversas violências sofridas pelas mulheres, sustentando-se também na discriminação. Esse tipo de violência ocorre na esfera médica, dentro de instituições públicas e privadas.

No direito público internacional, organismos como a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) e a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH), a OMS e a ONU se pronunciaram sobre a violência obstétrica como uma violação dos Direitos Humanos das mulheres durante a gravidez, o trabalho de parto, parto e pós-parto, caracterizado por tratamento desrespeitoso, abuso, negligente e, em alguns casos, resistência em atender às mulheres durante a gravidez, parto ou pós-parto, tanto em clínicas de saúde como hospitais sejam privados ou públicos (CIDH, 2017; WHO/OMS,2014; ONU, 2010).

O chamado Sistema Interamericano de Direitos Humanos, formado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) e pela Corte Interamericana de Direitos Humanos

(Corte IDH), se manifestou sobre a violência obstétrica no Caso Brítez Arce et al. *v*. Argentina (Corte IDH) analisado por Júlia Gonçalves e Sheila Stolz (2025), que ressaltam a importância dada pela Corte IDH ao fato de que cabe ao Estado-parte que violou Direitos Humanos disponibilizar diligentemente uma variedade de recursos e medidas preventivas que abordem as causas estruturais da violência contra as mulheres, entre elas, a violência obstétrica, para que casos como o de Brítez Arce não se repitam

A violência obstétrica pode ser manifestar de diversas formas de abuso e desrespeito, tipificada de acordo com os tipos de violação e os direitos infringidos. Podem ser elencados os seguintes tipos de desrespeitos e abuso, correlacionando-os aos direitos violados: 1) abuso físico; 2) imposição de intervenções não consentidas; 3) intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcida; 4) cuidado não confidencial ou não privativo; 5) cuidado indigno e abuso verbal; 6) discriminação baseada em certos atributos; 7) abandono/negligência ou recusa de assistência e detenção nos serviços (Tesser *et al*., 2015).

Com a noção de direitos, é possível analisar e problematizar a assistência prestada às mulheres em situação de gestação e parto, permitindo, assim, identificar os distintos tipos de violência de gênero, perpetrados em instituições de saúde.

Embora seja muito falado sobre a violência contra as mulheres, a violência no período gravídico-puerperal ainda não é debatida e conhecida, o que facilita que esse tipo de violência gere consequências graves para a saúde física e psíquica das mulheres (Diniz, 2023). A violência contra a mulher ocorre, principalmente, porque o sistema e as instituições são historicamente dominados por homens, contribuindo para a perda da autodeterminação sobre os corpos femininos. O governo utiliza-se do seu poder e, por muitas vezes, estipula normas que controlam os corpos das mulheres, como, por exemplo, aquelas relativas ao controle da natalidade (Cook, 2002).

Esse controle estatal resultou em efeitos prejudiciais à saúde e ao bem-estar das pessoas, especialmente das mulheres. Em decorrência disso, as mulheres passaram a organizar movimentos em busca da proteção de seus Direitos Humanos protegidos, bem como da implementação de normas em prol da saúde reprodutiva.

O Ministério da Saúde brasileiro (2018), por exemplo, criou políticas para controle do abuso de cesáreas; no entanto, os resultados têm se mostrado contraditórios. O aumento do número de cesáreas foi um fenômeno comum em grandes partes dos países do mundo. Em determinadas regiões, os partos normais ficaram popularmente reconhecidos como se os

bebês “pregassem peças no médico”, pois foram mais rápidos que eles. Médicos que optam pelo parto vaginal, ou seja, que vão contra o efeito manada da cesárea, são considerados “trouxas” (Diniz, 2023).

Diante do quadro da ampliação das cesáreas e da permanência da violência obstétrica, convém recordar que o direito internacional normatiza essa temática. Entre os documentos relevantes, destaca-se a Declaração e Programa de Ação de Conferência do Cairo que define “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos”[8] (UNFPA, 1994, p. 65). Por meio desse direito, os indivíduos têm acesso à informação e ao planejamento familiar conforme suas preferências, garantindo meios seguros para se ter uma gravidez e parto adequados. Em razão disso, a saúde reprodutiva está voltada a métodos, técnicas e serviços que asseguram o bem-estar e previnem problemas relacionados à reprodução (UNFPA, 2014).

A título de sistematização sobre a temática da saúde reprodutiva, apresenta-se na tabela a seguir um rol não exaustivos de normas internacionais que incorporam a ideia de Justiça Reprodutiva e os Direitos Humanos das mulheres:

TABELA 1

ANO	NORMA	OBJETIVO
1979	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW)	Garante o direito à saúde reprodutiva e à autonomia das mulheres sobre suas decisões reprodutivas.
1994	Conferência do Cairo	Estabelece que a saúde reprodutiva é um direito humano fundamental e inclui o acesso à contracepção, planejamento familiar e atendimento seguro à maternidade.
1994	Convenção de Belém de Pará	Os estados devem garantir o acesso à saúde reprodutiva sem discriminação e violência de gênero.
1995	IV Conferência Internacional sobre a Mulher, Desenvolvimento e Paz	Defende os direitos das mulheres e o acesso à saúde reprodutiva.

Tabela desenvolvida pela Autora da Dissertação.

[8] Tradução livre da autora desta Dissertação: A saúde reprodutiva é um estado geral de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou afeções, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos.

Além da perspectiva normativa internacional que sustenta o direito à saúde reprodutiva, é relevante observar como esse debate se articula com noções contemporâneas de justiça, em especial a Justiça Restaurativa. Embora a definição de Justiça Restaurativa não seja totalmente objetiva, sua conceitualização é fundamental para a presente análise. Para tanto, recorre-se à dissertação da Júlia Silva Gonçalves, intitulada “Por uma Justiça Social Reprodutiva no Sistema Interamericano de Direitos Humanos: um estudo do caso Brítez Arce e outros vs. Argentina", defendida em 2024. A autora baseia-se nos estudos da Loretta Ross, ativista feminista negra norte-americana, para apresentar a Justiça Reprodutiva como uma resposta à histórica exclusão de mulheres racializadas - negras, indígenas e latinas - dos debates tradicionais sobre direitos reprodutivos, os quais foram, por muito tempo, centrados nas experiências de mulheres brancas do Norte Global.

Nesse sentido, a Justiça Reprodutiva propõe uma abordagem ampliada, que compreende os direitos reprodutivos como Direitos Humanos e os integra às dimensões sociais, econômicas e políticas, reconhecendo as reais condições materiais e simbólicas que moldam as experiências das mulheres. Para sua efetivação, torna-se essencial a adoção de uma perspectiva interseccional, que considere os diversos marcadores sociais que atravessam as vivências femininas, como raça, classe e gênero (GONÇALVES, 2024).

Todas as Convenções decorrentes das conferências mencionadas configuram normativas internacionais de Direitos Humanos e foram ratificadas pelo Brasil, assumindo a natureza de *soft law*. Cabe esclarecer que as conferências são encontros entre Estados destinados à discussão e formulação de tratados, processo iniciado especialmente a partir da década de 1970. Por sua vez as convenções, diferentemente de leis em sentido estrito, constituem pactos internacionais que vinculam os Estados signatários conforme os compromissos assumidos.

Portanto, para além das normas, é importante que os distintos órgãos do Sistema de Saúde brasileiro atuem de forma responsiva e equânime com as normativas internacionais, que estabelecem boas práticas para o atendimento de gestantes, puérperas e seus familiares. As normativas internacionais arroladas também deveria servir para o balizamento das decisões judiciais, com o objetivo de que estes não tornem espaço de perpetuação de injustiça, como se demonstrará no próximo capítulo.

Contudo, a violência de gênero está presente no cotidiano de muitas pessoas, tanto no Brasil quanto além das nossas fronteiras. Nas Américas, esse tema é regulado pela

Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, que define a violência como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.” (OEA, 1994);

Esse conceito tem sido utilizado como base para a elaboração de legislações específicas nos Estados vinculados à Organização dos Estados Americanos.

O Estado brasileiro não possui legislação específica que trate da conceitualização da violência obstétrica; quanto ao seu conceito, poderiam ser adotadas como referências as legislações venezuelanas (2007), argentina (2009) e mexicana (2018). Na lei 38.668/2007, Ley Orgánica Sobre El Derecho De Las Mujeres A Una Vida Libre De Violencia, no artigo 15, inciso 13, conceitua a violência obstétrica como:

> Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.(Venezuela, 2007)[9]

O parto quando analisado como um processo fisiológico, social e psicológico — e não apenas como um procedimento médico —, devolve o protagonismo à mulher, que deve ser o centro desse processo

Durante o período gestacional, com duração de 40 semanas, o corpo da mulher passa por diversas mudanças físicas e psicológicas. Por isso, é fundamental que as mulheres realizem um planejamento adequado durante a gestação, a fim de garantir um parto seguro e saudável. Nesse contexto, o acompanhamento médico contínuo torna-se essencial e deve ser realizado de forma adequada, conforme indicam os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos de junho de 2024.

Até maio de 2024, no Brasil, foram registrados 33.462 acompanhamentos com apenas 1 a 3 consultas de pré-natal durante toda a gestação, número inferior ao recomendado pela OMS. Em 2023, de janeiro a dezembro, o número de gestantes com 1 a 3 consultas foi de

[9] Tradução livre: Violência obstétrica: a violência obstétrica é entendida como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pela equipe de saúde, que se expressa em um tratamento desumanizador, em um abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, acarretando a perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sua sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida da mulher.

112.662, e, para oferecer uma visão mais completa, em 2022 esse número alcançou 127.808 acompanhamentos. Esses dados apontam uma deficiência no acompanhamento adequado, o que pode comprometer a saúde materna e infantil conforme dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC, 2024).

Gráfico 1

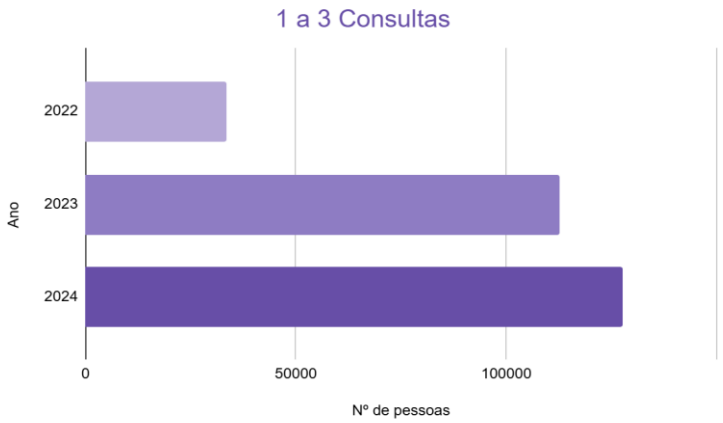


Gráfico desenvolvido pela Autora da Dissertação com base nos dados do SINASC (2024).

Por outro lado, até a metade de 2024 foram registrados 122.689 acompanhamentos com 4 a 6 consultas de pré-natal durante a gestação. Em 2023, esse o número foi de 418.560 gestante, e, em 2022, o total foi de 464.431.

Gráfico 1

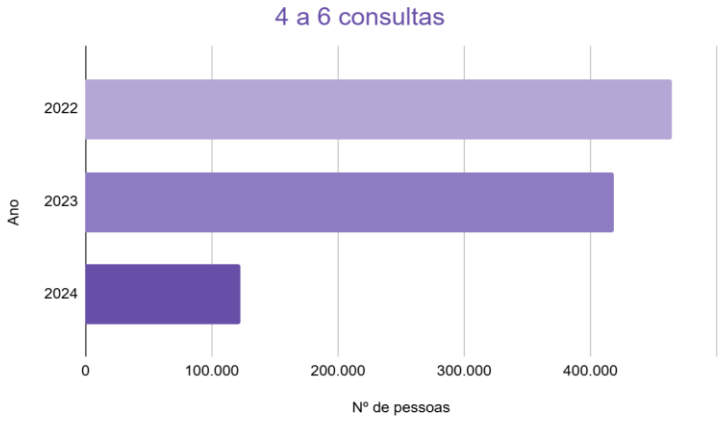


Gráfico desenvolvido pela Autora da Dissertação com base nos dados do SINASC (2024).

Embora esses números apontem para uma melhora em relação ao acompanhamento mais básico, ainda se mostram insuficientes diante das recomendações do Ministério da Saúde, em consonância com a OMS. Esse órgão orienta que as gestantes realizem, no mínimo, seis consultas de pré-natal ao da gravidez: uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro. Ademais, a primeira consulta deve ocorrer ainda no do primeiro trimestre e, a partir da 34ª semana de gestação, as consultas devem ser semanais (BRASIL, 2022).

A análises dos dados oficiais evidencia um aumento nos números de gestantes que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal. Até maio de 2024, foram registrados 609.067 acompanhamentos nessa categoria. Em 2023, esse total foi de 1.953.365, e em 2022 foi de 1.916.010.

Gráfico 3

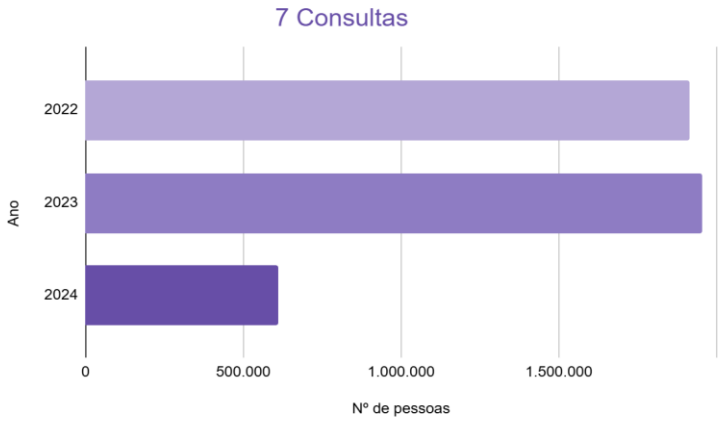


Gráfico desenvolvido pela Autora da Dissertação com base nos dados do SINASC (2024).

Esses dados indicam que, apesar de desafios no acesso ao atendimento, observa-se um avanço significativo na medida em que um número crescente de gestantes tem buscado e realizado o acompanhamento médico adequado em comparação com anos anteriores.

Esses números evidenciam não apenas a relevância do acompanhamento contínuo e adequado durante a gestação, mas também a urgência de políticas públicas que assegurem o acesso universal a esse cuidado, essencial para a saúde materna e neonatal. Tal necessidade torna-se ainda mais premente diante da violência obstétrica no Brasil, marcada, muitas vezes, pela falta de consciência das mulheres de que estão sendo submetidas a práticas violentas ou

discriminatórias. Soma-se, a isso a ausência de dados oficiais consolidados sobre a real dimensão do problema da violência obstétrica, em virtude da recorrente subnotificação, o que agrava ainda mais o cenário.

3.2 Direitos Humanos, Autonomia da Mulher e Desigualdades na Saúde Materna: Entre a Mortalidade e a Violência Obstétrica

Dando sequência ao que foi analisado na seção anterior, convém iniciar com a transcrição do conceito de mortalidade materna adotado pelo Brasil, o qual segue a definição da Organização Mundial da Saúde (1998). Conforme estabelecido, considera-se morte materna o óbito de mulheres grávidas ou puérperas até 42 dias após o término da gestação, quando decorrente da gravidez ou por ela agravada. Segundo a OMS:

> A morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidente (1998, p. 143)

Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população negra é mais prejudicada no âmbito da saúde, trabalho e acesso à dignidade, em razão da persistente desigualdade social e da discriminação estrutural que marcam o Estado brasileiro, sustentadas pelo racismo. Nesse contexto, as mulheres negras constituem o grupo mais vulnerabilizado, por estarem submetida de forma mais intensa à opressão estrutural racista. O racismo estrutural manifesta-se de maneira evidente nos serviços de saúde, refletindo-se no elevado número de mortes maternas e infantis, além dos altos níveis de violência urbana que atingem a população negra em comparação com a população (Ministério da Saúde, 2017).

Sueli Carneiro (2023), ao citar os estudos da Vera Cristina de Souza, evidencia conforme a raça da paciente, as condutar médicas variam, especialmente quando se refere à saúde e direitos reprodutivos das mulheres. Por exemplo o tratamento de miomas, as mulheres brancas costumam receber terapias medicamentosas ou expectantes, enquanto às mulheres negras é frequentemente indicada a histerectomia — retirada do útero —, medida muito mais invasiva e definitiva.

Nesse contexto, a Convenção de Belém do Pará “Toda mulher tem direito a ser livre de violência, tanto na esfera pública como na esfera privada” (OAS, 1994, s/p). No entanto, a

realidade demonstra que a igualdade de tratamento ainda não é alcançada na área da saúde, especialmente quando se trata de mulheres negras. Segundo o UNFPA - agência de saúde sexual e reprodutiva das Nações Unidas, o qual busca garantir que cada gravidez seja planejada e um parto, seguro, o relatório “Tendências na mortalidade materna de 2000 a 2020” revelou retrocessos na saúde materna em diversas regiões do mundo, especialmente quando se trata de acesso à saúde (UNFPA, 2023). O relatório constatou que ocorreu uma grande quantidade de mortes maternas em todo o mundo no ano de 2020, o que é muito preocupante, estimada em 287.000, embora demonstre uma queda significativa comparando com o ano de 2016 que se estimou em 309.000 casos. Ressalta-se que esse período coincide com a entrada em vigor dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que, como tratado no Capítulo 1, estabelecem metas específicas para a redução da mortalidade materna e infantil (UNFPA, 2023).

É importante salientar que, na América Latina e Caribe, assim como na Europa e América do Norte, a taxa de mortalidade materna aumentou entre 2016 e 2020, variando de 15% a 17%. Em 2020, foi contatado que aproximadamente 800 mulheres morreram em decorrência de causas evitáveis relacionadas à gravidez e ao parto (UNFPA, 2023).

O Conselho Regional de Medicina (CRM) do Rio de Janeiro, por meio do seu diretor Bartolomeu Penteado Coelho, afirmou que o preconceito racial não existe, mas o que poderia estar ocorrendo é que por serem estas mulheres serem hipossuficinetes, com menor escolaridade e com menos recursos financeiros, não conseguiriam acessar postos de saúde de qualidade ou hospitais públicos adequados, o que resultaria em um atendimento deficitário. O diretor exemplifica, ainda, que, independentemente da raça, o atendimento em alguns hospitais é precário (Carneiro, 2023).

Os argumentos apresentados pelo diretor do CRM do Rio de Janeiro levam a seguinte reflexão: toda e qualquer mulher gestante e/ou parturiente, independentemente de suas condições sociais, não deveria receber atendimento digno e adequado pelos serviços de saúde e seus profissionais durante este período tão significativo de sua vida? Esse não deveria ser, necessariamente, um momento livre de qualquer forma de violência?

A questão aqui, não é apenas relatar os casos de violência obstétrica nas mulheres negras e pardas. Antes mesmo de engravidar estas mulheres tendem a ter predisposição a ter miomas uterinos - tumores uterinos que se manifestam ao longo do período reprodutivo das mulheres, primeira menstruação a menopausa.

Sueli Carneiro, na obra Dispositivo de Racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser (2023), relata que, para a medicina, a morte evitável é aquela que se todas as medidas cabíveis preventivas adequadas tivessem sido tomadas ela não ocorreria. O movimento feminista incorpora esse conceito ao discutir as mortes de mulheres decorrentes de doenças preventivas, que neste caso são as mortes evitáveis, pois tinha tratamento.

Mesmo diante do elevado número de óbitos, o país não se comove para modificar os índices. Por exemplo, quando ocorre uma queda de um avião existe uma comoção populacional, diante das diversas mortes. Contudo, milhares de mortes maternas acontecem no Brasil há diversos anos, e não há uma mobilização pública referente ao tema, sendo por muitas vezes invisível (Carneiro, 2023).

A mortalidade materna no Brasil é, em sua maioria, evitável e previsível. Sueli (2023) relata que a OMS considera aceitável de até 20 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. No entanto, o Brasil registra seis vezes mais o número de mortes maternas a esse parâmetro.

A principal causa da morte materna no país é a toxemia gravídica - hipertensão arterial que não é tratada durante a gravidez. É importante destacar que a gravidez é uma questão fisiológica, e não uma doença. Nesse contexto, o papel das parteiras tradicionais e, atualmente, das doulas, revela-se fundamental para a humanização do parto e para a recuperação da autonomia reprodutiva das mulheres. Ao ouvirem as gestantes e parturientes, respeitando seus limites e particularidades, as doulas contribuem para a valorização do protagonismo da mulher ao parto, o que pode representar um caminho para redução da morte materna (Carneiro, 2023).

Em 2023, a Ministra da Saúde anunciou como prioridade a redução da mortalidade materna de mulheres negras e pardas. Assim, o Ministério da Saúde promoveu a primeira Oficina Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto SUS, essa oficina tinha os seguintes objetivos:

> • Promover articulação institucional para o fortalecimento das estratégias de enfrentamento dos fatores que determinam a mortalidade materna entre as mulheres negras;
> • Propor um grupo de ações que busque qualificar trabalhadores e trabalhadoras do SUS para o enfrentamento do racismo, que é um dos fatores estruturantes da mortalidade materna de mulheres negras;
> • Apoiar a condução das ações de construção do plano de fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da Mulher e da Política Nacional de Saúde da População Negra, considerando as características locorregionais, bem como fortalecer e fomentar ações estruturantes em saúde da mulher;

> • Disseminar e compartilhar conhecimento e práticas em uma interlocução entre produtores de conhecimento, profissionais de saúde, gestores(as), docentes negras, estudantes e população em geral em articulação com a formação de recursos humanos do SUS (Ministério da Saúde, 2023, p. 5).

No entanto, embora a gravidez seja uma questão fisiológica, como já mencionado, e os índices da OMS para aceitabilidade da mortalidade materna sejam baixos, ainda é necessário discutir os casos de violência obstétrica, discriminação e o acesso da saúde à mulher, pois tais índices estão atrelados a violação dos Direitos Humanos fundamentais de todas as mulheres. As mortes maternas, portanto, configuram casos explícitos de subordinação interseccional, que intensificam a violação dos corpos femininos.

O estado do Rio Grande do Sul, apresentou, em 2022, um boletim epidemiológico sobre mortalidade materna, infantil e fetal, no qual destacou que a razão de mortalidade materna é o principal indicador da qualidade do atendimento à mulher durante o pré-natal, parto e nascimento. Através deste documento contatou-se que a maior incidência da mortalidade materna foi em mulheres negras e pardas, mais de 30 anos, estão na segunda ou mais gestação e com menos de 9 anos de estudos. As principais causas identificadas foram: pré-eclâmpsia, hemorragia pós-parto, outras doenças e afecções e Covid-19 (Governo do Estado do RS, 2022).

Em 2020, o Rio Grande do Sul apresentou 41,3 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, média próxima ao parâmetro da OMS. Contudo, o Brasil apresentou 74,7 óbitos maternos por 100 mil nascimentos. Comparando com os demais estados, o RS ocupou a quarta menor razão de mortalidade materna, ficando atrás do Mato Grosso, Acre e Santa Catarina (Governo do Estado do RS, 2022).

O perfil observado nesse período revelou mulheres majoritariamente brancas, com idade entre 20 e 34 anos, escolaridade de 8 a 11 anos, e em sua terceira ou mais gestação. Ainda assim, os dados indicam que a mortalidade materna reflete a ruptura no acesso a saúde de qualidade, associada a discriminação no atendimento e maior exposição a fatores de riscos (Governo do Estado do RS, 2022).

Destaca-se que a discriminação pode estar interligada às condições de vida, pois mulheres em situação de vulnerabilidade têm menor acesso a exames, acompanhamento pré-natal e cuidados adequados durante a gestação. Assim, embora a mortalidade materna atinja

mulheres de diferentes perfis, ela não impacta todas da mesma forma, sendo agravada pela interseccionalidade entre gênero, raça e classe.

A lógica neoliberal de gestão pública, quando reduz investimentos das políticas públicas e prioriza interesses de mercados, também impacta diretamente a saúde da mulher. A superlotação hospitalar, a falta de profissionais qualificados e a priorização de procedimentos rápidos e rentáveis, como a cesariana desnecessária, enfraquecem a humanização do parto e aprofundam desigualdades já estruturadas na sociedade brasileira.

Os dados obtidos, por meio da análise da mortalidade materna, fetal e infantil no Brasil nos anos de 2010 a 2021, foram extraídos do SIM e SINASC e revelam que os óbitos maternos por raça/cor são mais altos no que se refere às mulheres pardas em comparação tanto a mortalidade materna de mulheres negras como de brancas.

Embora o parto hospitalar seja considerado, em tese, mais seguro, os índices de mortes maternas permanecem elevados. A Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde aponta que, em 2024, foram registrados 65.549 óbitos maternos no Brasil.

Ainda nesse período, contatou-se no Brasil, que 9.932 óbitos ocorreram em domicílio, sendo 2.915 por causas presumíveis. A distribuição regional demonstra desigualdade: 208 óbitos na região Norte, 841 na região Nordeste, 1.323 óbitos na região Sudeste, 308 óbitos na região Sul e 235 óbitos na região Centro-Oeste.

GRÁFICO 4

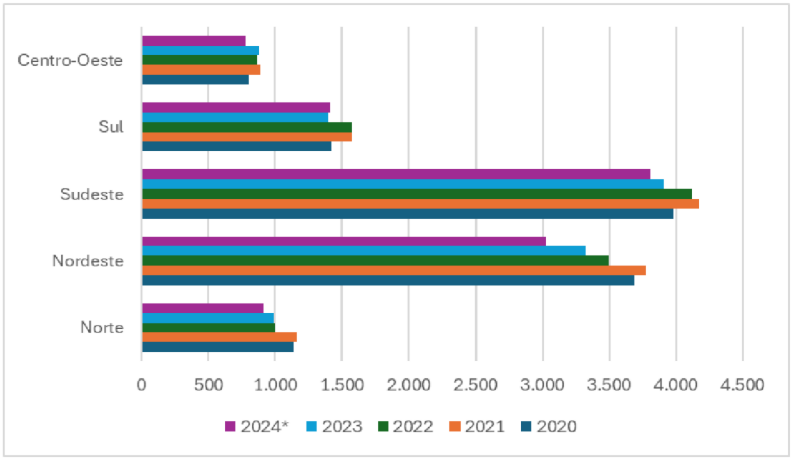


Gráfico desenvolvido pela Autora da Dissertação com base nos dados do SINASC (2024).

Contudo, verificou-se que 7.017 óbitos ocorreram sem causa presumível, distribuídos da seguinte forma: 703 óbitos na região Norte, 2.187 óbitos na região Nordeste, 2.481 óbitos na região Sudeste, 1.104 óbitos na região Sul e 542 óbitos na região Centro-Oeste.

Com o intuito de facilitar a interpretação e a comparação entre as regiões, a autora desta dissertação apresenta, a seguir, um gráfico ilustrativo dos dados.

GRÁFICO 5

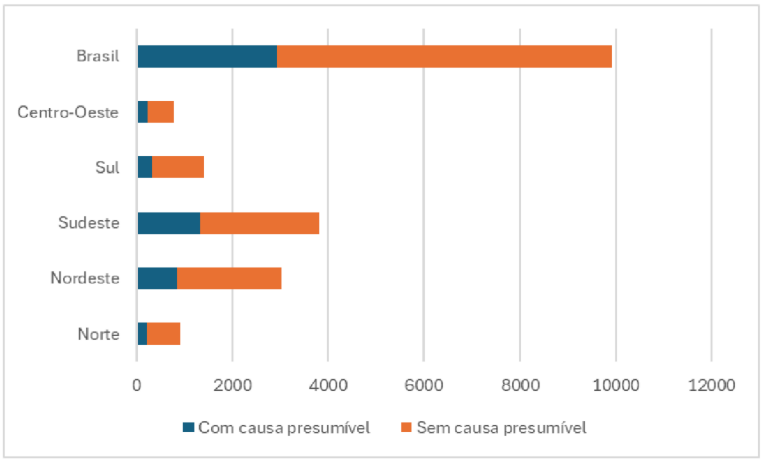


Gráfico desenvolvido pela Autora da Dissertação com base nos dados do SINASC (2024).

O número de óbitos maternos ocorridos em domicílio é preocupante, uma vez que se verifica pouca evolução na redução dos dados das mortes materna ao longo dos anos. Conforme os dados da Plataforma integrada de vigilância em saúde do Ministério da Saúde, observa-se que a região Sudeste é a região que mais tem casos de morte materna por domicílio. Na tabela a seguir, elaborada pela autora desta dissertação, apresentam-se os números registrados nos últimos cinco anos, permitindo uma análise comparativa entre as regiões do Brasil.

Fazendo comparação com o número de morte que o local de ocorrência foi no hospital, o ano de 2024, ocorreram 44.910 óbitos, sendo que 3.976 óbitos na região do Norte, 11.778 óbitos na região Nordeste, 19.126 óbitos na Região Sudeste, 6.386 óbitos na região Sul e 3.644 na Região Centro-Oeste. Contudo em comparação com os demais anos, observa-se que não houve uma redução significativa:

GRÁFICO 6

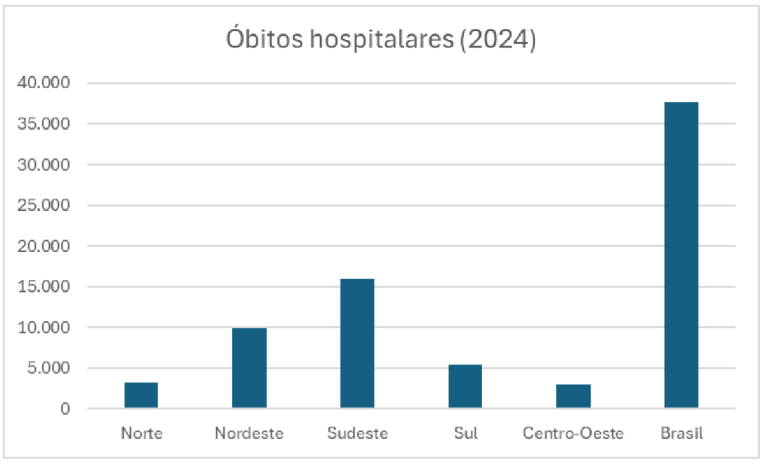


Gráfico desenvolvido pela Autora da Dissertação com base nos dados do SINASC (2024).

Fazendo uma análise com os anos anteriores pode-se perceber que houve uma pequena redução dos índices, segue tabela comparativa:

GRÁFICO 7

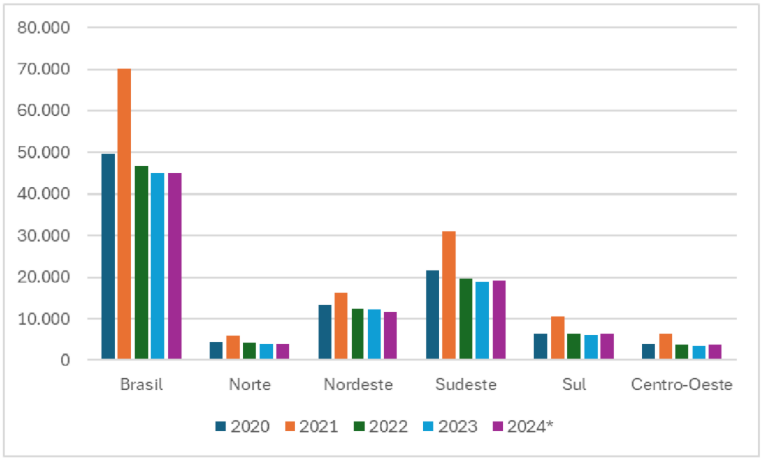


Gráfico desenvolvido pela Autora da Dissertação com base nos dados do SINASC (2024).

O gráfico acima ilustra a evolução da mortalidade materna nas cinco regiões do Brasil entre os anos de 2020 e 2024. Observa-se que todas as regiões apresentaram um aumento expressivo no número de óbitos em 2021, reflexo provável do agravamento da pandemia de COVID-19, com destaque para a região Sudeste, que concentrou o maior número absoluto no período. A partir de 2022, nota-se uma tendência geral de queda, com relativa estabilidade

nos anos seguintes, embora os índices ainda permaneçam elevados em relação a 2020. O gráfico evidencia desigualdades regionais persistentes: o Sudeste e o Nordeste concentram os maiores índices de mortalidade materna, enquanto Norte, Sul e Centro-Oeste apresentam números mais baixos, mas ainda preocupantes. Esses dados reforçam a necessidade de políticas públicas específicas para redução das disparidades regionais e aprimoramento do acesso aos serviços de saúde materna. Esses dados evidenciam a persistência de lacunas no cuidado materno, mesmo em contextos hospitalares, e a necessidade urgente de investimentos em políticas públicas eficazes para a saúde da mulher.

Embora os dados disponíveis muitas vezes não expressem a realidade em razão da subnotificação, observa-se que mulheres negras e pardas são desproporcionalmente mais afetadas pela violência obstétrica e apresentam maiores índices de mortalidade materna em comparação às mulheres brancas. Todavia, os registros oficiais dos sistemas de informação em saúde, como o SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) e o SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), frequentemente não captam essa disparidade, o que contribui para a invisibilização das desigualdades raciais no cuidado obstétrico.

Diante disso, é imprescindível que o Estado e as instituições de saúde assumam um papel ativo na conscientização e enfrentamento da violência obstétrica, o que inclui a elaboração e implementação de políticas públicas voltadas a promoção da equidade racial e a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres, além da garantia de uma comunicação clara e transparente durante o atendimento. Ademais, no momento do parto e de outros procedimentos médicos, é fundamental que a gestante seja devidamente informada sobre cada etapa, de modo a assegurar seu conhecimento, consentimento e autonomia sobre o próprio corpo. A seguir, apresenta-se um gráfico comparativo entre mulheres negras/pardas e brancas, com base nos dados disponíveis, a fim de ilustrar de forma visual as disparidades no atendimento obstétrico e nos índices de mortalidade materna no hospital e no domicílio.

GRÁFICO 8

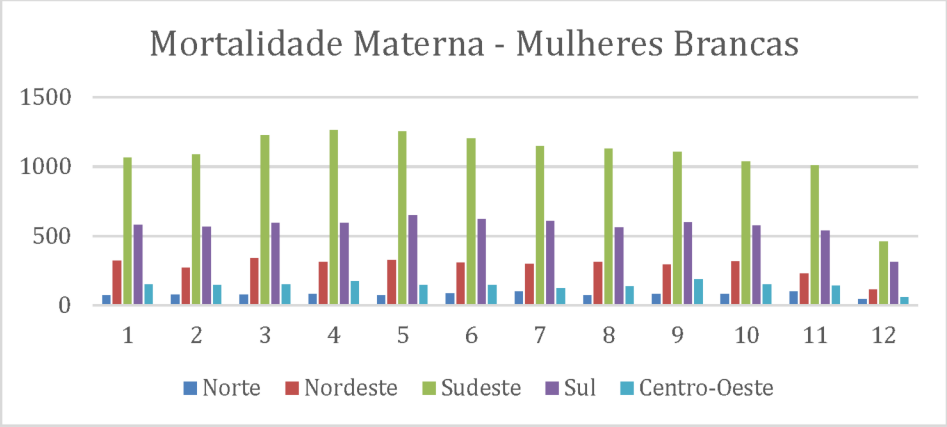


Gráfico desenvolvido pela Autora da Dissertação com base nos dados do SINASC (2024).

GRÁFICO 9

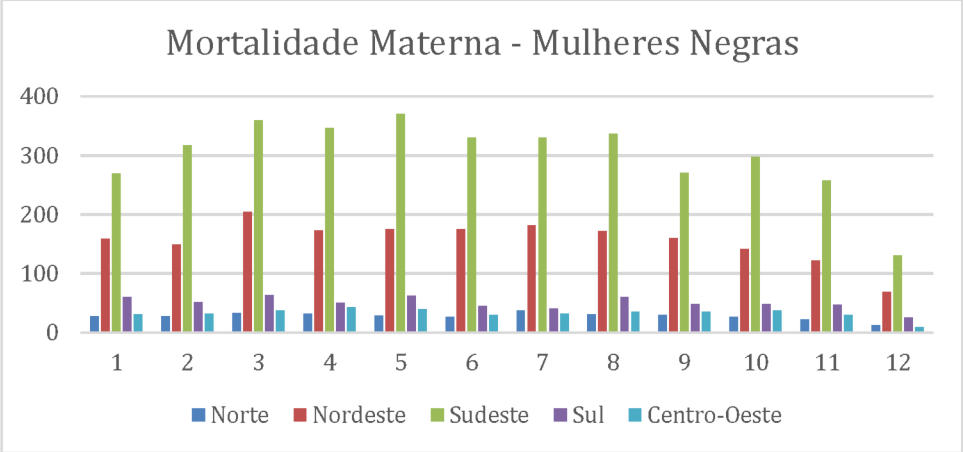


Gráfico desenvolvido pela Autora da Dissertação com base nos dados do SINASC (2024).

GRÁFICO 10

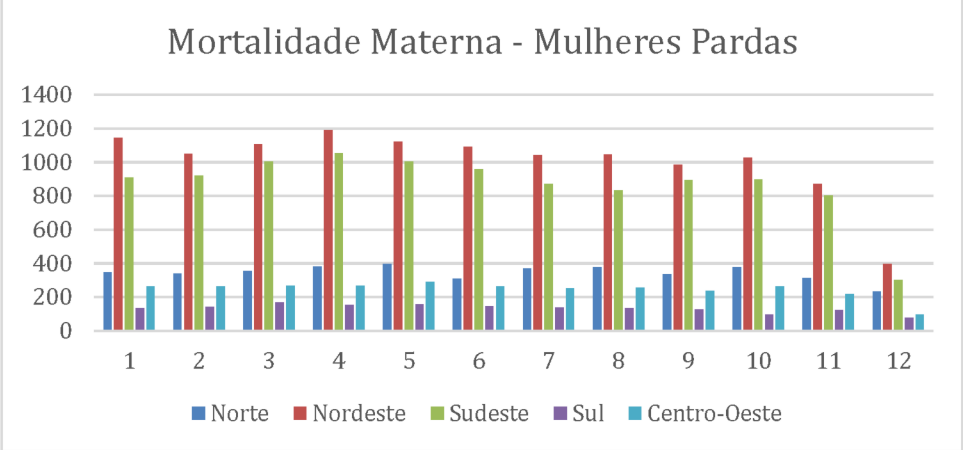


Gráfico desenvolvido pela Autora da Dissertação com base nos dados do SINASC (2024).

Especialmente nas regiões que apresentam índices mais baixos, é necessário considerar a possibilidade de subnotificação, especialmente por ser lugares com menor infraestrutura de saúde, dificuldades logísticas ou baixa capacidade de registro e vigilância epidemiológica. Está subnotificação distorce a realidade e dificulta a formulação de políticas públicas efetivas, pois acaba mascarando a gravidade do problema da mortalidade materna.

Os dados evidenciam não apenas a persistência da mortalidade materna, mas também as desigualdades regionais no acesso à saúde e na garantia de direitos reprodutivos, revelando a urgência de políticas públicas com recorte interseccional, que levem em consideração gênero, raça, classe social e território.

Outro ponto relevante é o alto índice de gestações não planejadas entre as mulheres que recorrem ao sistema público de saúde, geralmente acompanhadas de menor assistência médica e menor número de consultas, o que compromete o acesso à informação e aumenta os riscos. Ademais, existe uma porcentagem alta de mortes maternas evitáveis, isto é, mortes que poderiam ser prevenidas através de um tratamento adequado. Ainda assim, a elevada mortalidade materna não tem mobilizado a sociedade, permanecendo invisibilizada no debate público.

A violência obstétrica está diretamente ligada à inferiorização das mulheres a partir de marcadores sociais como gênero, etnia/raça, escolaridade e classe social, conforme visto nos índices nesta seção. Muitas vezes, deixam de ser vistas como pessoas com sentimentos, vontades e direitos. Em vez disso, seus corpos são tratados como objetos onde se realizam procedimentos sem o consentimento e entendimento da mulher, ou seja, a palavra final é do médico, independente se a mulher quer ou não realizar tal procedimento. O parto, nesse contexto, deixa de ser natural do corpo feminino e passa a ser considerado uma “doença” ou algo que precisa ser controlado de forma excessiva, tirando autonomia, poder e experiência da mulher durante o parto.

Sabe-se que enfrentar a mortalidade materna exige cuidados antes, durante e após o parto. Pesquisas na área da saúde têm demonstrado que o atendimento de qualidade e esclarecedor tende a proporcionar às mulheres uma melhor gestação, parto e pós-parto reduzindo as causas de morte materna evitável.

Relembra-se que, historicamente, o parto era conduzido por parteiras, constituindo um saber tradicionalmente feminino. Com o avanço da medicina, passou a ser um evento médico, técnico e institucional, o que quer dizer é que o parto deixou de ser algo natural, para

ser realizado prioritariamente dentro de hospitais sob o controle da medicina. Essa medicalização consolidou o chamado “pessimismo fisiológico”, a sociedade passou a ter uma visão negativa sobre o corpo das mulheres e os processos naturais da gestação, parto e pós-parto.

A mulher passou a ser considerada biologicamente falha, imprevisível e instável, justificando a ideia de que o parto domiciliar seria perigoso e exigiria, necessariamente, a intervenção médico-hospitalar (Diniz, 1996).

Essa lógica reforça o machismo institucionalizado, que reduz a mulher intelectualmente, passando o papel social de reprodutora e naturaliza sua subordinação. O parto não é visto como uma demonstração de força ou do potencial da mulher e sim como um momento de fragilidade, que a mulher precisa ser salva por um médico, em sua maioria homem, pois o corpo não é capaz de realizar o parto. Sendo assim, esta visão controla os corpos das mulheres por meio da imposição dos procedimentos médicos, através da episiotomia, uso da ocitocina sintética, cesáreas desnecessárias, por exemplo. Muitas dessas intervenções não têm como foco o bem-estar da mulher, mas sim a padronização e o controle institucional do parto e do corpo feminino.

Contudo, no contexto de mortalidade materna, ressalta-se que as causas destas mortes são, em sua grande maioria, evitáveis, quando são garantidos atendimentos de pré-natal, parto e pós-parto de qualidade.

Sendo assim, constata-se que a mortalidade no Brasil ultrapassa a esfera da saúde pública, configurando-se como um reflexo das desigualdades estruturais e da persistente negação dos direitos das mulheres, especialmente daquelas que estão em maior vulnerabilidade social. A análise realizada até aqui, mostra que a realidade brasileira precisa urgentemente de medidas para garantir não apenas o acesso universal aos serviços de saúde, mas também o respeito à autonomia, à dignidade e à integridade física e emocional das gestantes e parturientes. A garantia dos direitos reprodutivos deve ser compreendida como uma questão de Justiça Social e de efetivação da cidadania plena das mulheres.

A fim de aprofundar a compreensão dos impactos das falhas estruturais do sistema de saúde das mulheres focado especialmente na violência obstétrica, o próximo capítulo abordará uma análise de casos concretos sobre dita violência. A partir de uma análise jurisprudencial no Tribunal do Rio Grande do Sul, encontram-se casos específicos que evidenciam como a violação dos direitos das mulheres se perpetua no cotidiano, através de

abuso, negligência e desumanização, por muitas vezes ocultas nas estatísticas oficiais. Através dessas jurisprudências consegue-se entender e dar visibilidade a violência obstétrica sofridas pelas mulheres, construindo uma visão sensível e crítica a prática obstétrica no país, buscando contribuir com um modelo de cuidado e com maior visibilidade sobre este importante tema sociojurídico.

4. A EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS NA PRÁTICA JUDICIAL: CASOS ALYNE, ADELIR E DECISÕES DO TJRS

Como visto anteriormente, a violência obstétrica é uma violação dos Direitos Humanos que atinge muitas mulheres, independentemente dos marcadores sociais da diferença que lhe atravessam, manifestada através da negligência, abuso e desrespeito no atendimento médico paciente durante a gravidez, parto e pós-parto. As mulheres têm direito de ter uma vida sem violência.

Durante a pesquisa, encontraram-se casos específicos de violências obstétricas que ocorreram no Brasil. Casos emblemáticos que evidenciam a gravidade da violência obstétrica, especialmente a violação dos direitos reprodutivos e da dignidade feminina, e que tiveram que ser debatidos no sistema internacional: o caso Adelir Carmen Lemos de Góes, submetida à cesárea forçada, sem seu consentimento, e o caso Alyne Pimentel, mulher negra, periférica, que faleceu devido à negligência no atendimento obstétrico.

Também serão analisados casos de violência obstétrica julgados pelos Tribunais de Justiça da região Sul do Brasil — Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná. Para tanto, foram selecionadas jurisprudências disponíveis em bases oficiais de pesquisa jurisprudencial, a partir de palavras-chave relacionadas à temática (“violência obstétrica”). Dentre eles, optou-se por destacar duas decisões do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, considerando que o Programa de Pós-Graduação está vinculado a esse Estado e, assim, torna-se relevante compreender de forma mais próxima a postura das comarcas gaúchas diante da temática. Ademais, a escolha dessas duas decisões se justifica por pertencerem ao mesmo período, embora apresentem abordagens distintas: uma reconhece expressamente a violência obstétrica, enquanto a outra deixa de fazê-lo, o que torna ainda mais relevante a escolha feita.

4.1 Caso Alyne Pimentel: A Primeira Condenação Internacional do Brasil por Violência Obstétrica

O Caso Alyne Pimentel é o primeiro Caso Jurídico sobre mortalidade materna decidido por um órgão deliberativo internacional de Direitos Humanos - Comitê CEDAW da ONU - que responsabilizou um Estado-Parte por uma morte materna evitável.

Alyne Pimentel estava grávida de sua 2ª gestação, aos 28 anos, negra e periférica. Sentindo-se mal, buscou atendimento em uma unidade de saúde no Rio de Janeiro, conveniada pelo SUS. Não foi realizado nenhum exame laboratorial, tampouco uma ultrassonografia, apenas recebeu um remédio e foi mandada de volta para casa. Contudo, de dois dias depois, ainda estava se sentindo mal, retornou ao posto de saúde. Ao realizar alguns exames, não foram detectados os batimentos do bebê, constatando-se que o feto estava morto, sendo necessária a indução do parto.

Após um longo período de espera, o feto foi retirado, mas o procedimento não foi bem-sucedido, visto que a extração da placenta não foi realizada durante a indução, ocorrendo somente após 14 horas. Em razão da demora para retirar a placenta, o estado de saúde de Alyne deteriorou-se progressivamente. Nesse período, a família de Alyne foi impedida de visitá-la. Quando, finalmente, lhes foi permitido o acesso, seu estado já havia piorado consideravelmente. Alyne teve que aguardar mais de oito horas para ser transferida para o Hospital Geral de Nova Iguaçu, uma vez que não havia ambulâncias disponíveis para o transporte imediato. O objetivo da transferência era proporcionar-lhe um atendimento mais especializado e com melhores equipamentos.

Já em coma, os registros médicos de Alyne foram retidos, e, na transferência, apenas um relatório oral foi repassado aos médicos que a receberam no novo hospital. Após transcorridas 21 horas desde a busca pelo primeiro atendimento médico obstétrico, no dia 16 de novembro de 2002, e em razão da demora e da inadequada prestação dos serviços médico-hospitalares nos dois atendimentos, Alyne faleceu, deixando uma filha de cinco anos de idade (ONU, 2011).

A autópsia confirmou que a causa da morte foi hemorragia digestiva. A mãe de Alyne, após o óbito, foi informada pelos médicos de que o feto já estava morto havia dias dentro do útero, o que teria causado seu falecimento (Reis, 2024).

Embora a Alyne tenha recebido atendimento no dia em que começou a sentir dores, este foi caracterizado por procedimentos inadequados e tardios, que provocaram sua morte em 16 de novembro de 2002. Para melhor compreensão do caso, foi elaborado um quadro exemplificativo do ocorrido, veja:

TABELA 1

DATA	ESTADO DA FEDERAÇÃO E PROCEDIMENTO
11/11/2002	Alyne estava com fortes dores abdominais e náuseas, diante disso foi prescrito medicamentos (b12), exames de urina e sangue para 48h.
13/02/2002	Teve piora dos seus sintomas, sendo internada, ao realizar exames constataram que o feto não tinha mais batimentos cardíacos. Portanto, foi necessário induzir o parto.
14/02/2002	Após o parto Alyne não se sentiu bem, tendo uma piora do quadro, teve hemorragia, vômitos de sangue, desorientação e fraqueza. E depois 14 horas do parto foi realizada a curetagem para a retirada da placenta.
15/02/2002 durante o dia	Durante o dia estava com todos os sintomas do dia anterior, e começou a ter dificuldade respiratória. Estava com punção abdominal, oxigênio complementar e com medicamentos. Era necessária sua transferência para unidade com melhores aparelhos, teve que aguardar 8 horas uma ambulância e começou a apresentar sinais de coma.
15/02/2002 durante a noite	Às 22h Alyne chegou na Maternidade de Nova Iguaçu em estado grave, com pressão arterial em zero, precisando ser ressuscitada. Ainda, os seus registros médicos não foram entregues quando transferida, apenas teve um relato oral de seus sintomas para o médico, agora, responsável.
16/02/2002	Alyne faleceu por volta das 19h, com hemorragia digestiva. O hospital se recusou a entregar o histórico médico para os familiares de Alyne.

Tabela desenvolvida pela Autora da Dissertação

Como visto na seção anterior, considera-se mortalidade materna o período da gravidez até 42 dias após o parto, portanto, levando em consideração a definição da OMS (1998), o caso de Alyne pode ser, sim, considerado como morte materna. É evidente que se trata de mais um caso de mortalidade materna por causa evitável, o que reforça a importância de que os direitos reprodutivos sejam pauta constante em debates e políticas públicas.

No ano seguinte à morte de Alyne, em fevereiro de 2003, seu marido ajuizou ação contra o sistema de saúde por danos morais e materiais. Contudo, em razão da morosidade

do Estado brasileiro em solucionar o caso, a demanda foi encaminhada, em 2007, pela mãe de Alyne, Maria de Lourdes da Silva Pimentel, em conjunto com o Centro por Direitos Reprodutivos e a Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos, ao Comitê CEDAW da ONU.

O Comitê CEDAW responsabilizou o Brasil, em 2011, por não ter prestado atendimento adequado à paciente quando surgiram as complicações. Assim, o Estado brasileiro foi condenado por não ter garantido assistência apropriada e um serviço de saúde de qualidade, deixando de agir com a cautela necessária para adotar medidas que evitassem a discriminação contra as mulheres no âmbito da saúde pública (Pereira; Costa, 2023).

Embora o Brasil não reconheça oficialmente a morte de Alyne Pimentel como morte materna, sustentando que seu óbito decorreu de hemorragia digestiva, o mérito da decisão do Comitê CEDAW foi afirmar que a morte de Alyne Pimentel esteve relacionada a fatores maternos. Isso porque o Estado tem o dever prestar serviços adequados para assegurar uma maternidade segura. O Comitê CEDAW também destacou que o Estado é responsável pelas ações praticadas por instituições de saúde, públicas e privadas, quando atuam de forma conveniada ou terceirizada. Cabe-lhe, portanto, averiguar, fiscalizar e regular essas instituições, conforme previsto na Constituição Federal, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser garantida sem riscos. Ressalte-se, contudo, que este caso não versa especificamente sobre violência obstétrica, mas sim sobre saúde materna de forma ampla, sendo, entretanto, relevante para evidenciar a responsabilização internacional do Estado diante de falhas na assistência à gestante.

Sendo assim, neste parâmetro, o Brasil deixou de cumprir sua obrigação constitucional, nos termos dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, bem como violou o artigo 12, § 2º da Convenção CEDAW que prevê:

> 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. (ONU, 1979).

O Brasil descumpriu, portanto, o dever de formular políticas públicas capazes de atender às necessidades das mulheres no tocante à saúde materna, o que, no caso de Alyne, se materializou nas falhas na prestação dos serviços de saúde, agravadas por fatores de discriminação interseccional. Alyne Pimentel sofreu discriminação em razão de sua raça, cor, gênero e condição social. Ademais, o Comitê observou que, em virtude da morosidade do

processo judicial no Brasil, o Estado também não cumpriu com sua obrigação de garantir uma prestação jurisdicional célere e eficaz à família da vítima.

Diante de todos esses fatos, o Comitê CEDAW reconheceu o dever do Estado brasileiro indenizar a família de Alyne por danos morais e materiais. Além disso, recomendou a adoção de políticas públicas voltadas à melhoria do atendimento às gestantes nos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, com o objetivo de prevenir novas violações aos direitos das mulheres no campo da saúde materna.

A seguir, sistematiza-se a decisão paradigmática do Comitê CEDAW, com o objetivo de facilitar a compreensão da temática central desta Dissertação.

TABELA 2

MEDIDAS A SEREM TOMADAS	DESCRIÇÃO
Garantir direitos à maternidade sem risco	Assegurar que todas as mulheres tenham acesso a uma maternidade sem risco e a atendimento obstétrico de emergência adequado.
Capacitação dos profissionais de saúde	Proporcionar treinamento adequado aos profissionais de saúde sobre os direitos de saúde reprodutiva das mulheres, tratamento durante a gravidez e parto, e atendimento obstétrico de emergência.
Acesso a recursos em casos de violação dos direitos reprodutivos	Garantir que as mulheres tenham acesso a recursos eficazes quando seus direitos de saúde reprodutiva forem violados, e treinar o pessoal judicial e aqueles responsáveis pelo cumprimento da lei.
Cumprimento das normas nos serviços privados de saúde	Assegurar que os serviços privados de saúde cumpram as normas nacionais e internacionais sobre saúde reprodutiva.
Sanções aos profissionais de saúde que violarem direitos reprodutivos	Impor sanções adequadas aos profissionais de saúde que violarem os direitos de saúde reprodutiva das mulheres.
Reduzir mortes maternas preveníveis	Reduzir a mortalidade materna prevenível, aplicando o Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e estabelecendo comitês sobre mortalidade materna nas localidades onde ainda não existam.

Tabela desenvolvida pela Autora desta Dissertação

O caso de Alyne é um símbolo das desigualdades e das lutas das mulheres em busca de garantir os direitos reprodutivos, não apenas no Brasil, mas em todo o mundo (Cook, 2013).

Destaca-se que o Comitê CEDAW tem, como regra, aceitar apenas casos que já tenham tramitado nos Tribunais nacionais. Contudo, embora a regra geral seja o esgotamento dos recursos internos, uma das exceções a essa regra ocorre diante de atraso processual injustificado ou da inexistência de garantias efetivas para assegurar o direito dentro do país. No caso em análise, o Comitê CEDAW admitiu a denúncia mesmo sem a conclusão do processo judicial em âmbito nacional.

Embora o Estado brasileiro não tenha dado o devido andamento ao caso, houve certa melhora no que diz respeito à saúde reprodutiva da mulher, por meio de normatizações do Ministério da Saúde, tais como: a) Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011; b) Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011; c) Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011; d) Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011; e) Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013; f) Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012; g) Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014; h) Portaria GM/MS nº 961, de 22 de maio de 2013; i) Portaria GM/MS nº 1.920, de 5 de setembro de 2013; j) Portaria GM/MS nº 1.153, de 22 de maio de 2014; k) Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015; l) Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016; m) Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017; n) Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022 (revogada pela Portaria GM/MS nº 13, de 13 de janeiro de 2023); e o) Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024.

Todas essas portarias têm como objetivo enfrentar a mortalidade materna e garantir a proteção da saúde reprodutiva. A Rede Cegonha, por exemplo, possui três objetivos principais: (1) incentivar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança; (2) organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, assegurando acesso, acolhimento e resolutividade; e (3) reduzir a mortalidade materna e infantil (Brasil, 2011).

Durante o período gestacional a mulher tem direito a ter um atendimento digno, com prioridade e qualidade.

Contudo, mesmo com a edição dessas portarias e esforços do Estado para enfrentar a violência, o próprio Ministério da Saúde reconhece a existência de racismo institucional. Nesse sentido, aponta a importância da criação de mecanismos que promovam a saúde integral da população negra e parda, enfrentando as barreiras estruturais que esses grupos enfrentam diariamente e que impactam de forma negativa e direta nos indicadores de saúde — como as

altas taxas de mortalidade materna e infantil, os óbitos precoces, a incidência de doenças crônicas e infecciosas e os elevados índices de violência (Brasil, 2017).

O Comitê CEDAW entende a assistência uterina e o ciclo reprodutivo como um direito básico da mulher, e a sua ausência abre margem para a discriminação de gênero, raça e classe.

Ademais, é inaceitável, no caso de Alyne, que o procedimento de curetagem tenha sido realizado somente quatorze horas após o parto. A combinação da hemorragia não tratada adequadamente com a conduta negligente no atendimento médico contribuiu decisivamente para o óbito da paciente (Andrade, 2017).

Este primeiro caso evidencia, de forma paradigmática, as dificuldades em garantir os direitos reprodutivos das mulheres, tanto em âmbito internacional quanto na interpretação da própria Constituição Federal. O caso levado ao Comitê CEDAW expôs ao mundo a morosidade e a indiferença das instituições brasileiras, não apenas da saúde, mas também do sistema de justiça. Tal contexto afeta de maneira mais direta mulheres negras e pardas, de baixa renda, que, em sua maioria, não dispõem de conhecimentos e instrumentos adequados para sua autoproteção. Em suma, este caso revela de forma contundente o racismo estrutural e institucional.

4.2 Caso Adelir Carmen: A Violação da Autonomia Reprodutiva e o Uso do Poder Judiciário como Instrumento de Coerção

O segundo Caso Jurídico a ser estudado é o de Adelir Góes. Ele foi selecionado para análise na segunda seção deste terceiro capítulo devido à sua significativa influência e relevância para este trabalho. Trata-se de um episódio em que a violência obstétrica se manifesta de forma evidente, resultando na violação dos Direitos Humanos da mulher parturiente. Este caso ocorreu no Rio Grande do Sul, por isto o julgamento se dá no âmbito de atuação do Tribunal de Justiça do RS.

Adelir, uma jovem cigana de 29 anos, grávida do seu terceiro filho, residia no Rio Grande do Sul, na cidade de Torres. No dia 1º de abril de 2014, ela foi retirada de sua casa e forçada a realizar, sem seu consentimento, uma cesárea. Ela foi levada para o hospital por um oficial de justiça e escoltada por policiais, pois o Ministério Público realizou o pedido solicitado pela médica responsável pelo atendimento, que decidiu recorrer ao Judiciário para que suas orientações fossem cumpridas pela paciente, isto é, para que o parto fosse realizado por meio

da cirurgia cesárea. A juíza aceitou os argumentos da médica e concedeu a liminar no mesmo dia.

Adelir teria procurado a unidade de saúde no dia 31 de março de 2014, com dores na lombar e no ventre. Estava acompanhada de sua doula (profissional de parto). Foram ao hospital municipal e realizou ultrassonografia, onde, após o atendimento, a médica informou que era necessária a realização da cesárea, pois o bebê estava pélvico (sentado, o que impossibilitaria a parturiente de ter um parto vaginal), correndo o risco de romper seu útero, já que Adelir havia realizado duas outras cesarianas. Contudo, não lhe foram entregues os resultados dos exames, tampouco disponibilizadas imagens, apenas orientada à internação para cirurgia.

A gestante, suspeitando da avaliação médica, assinou o termo de responsabilidade, pois gostaria de ter uma segunda opinião profissional. Mas, antes mesmo de conseguir atendimento para a segunda opinião, a primeira médica ingressou em juízo na Vara da Infância, sendo deferida a intervenção para determinar a condução coercitiva da mulher para a realização da cirurgia, sem lhe dar a oportunidade do contraditório.

Durante a madrugada do dia 1 de abril de 2014, foi realizada a cirurgia — mesmo que Adelir estivesse com dilatação quase completa para o parto vaginal — sem o consentimento desta, que não pôde nem assistir ao nascimento da filha, visto que sua visão foi coberta. Outrossim, o seu marido, pai do bebê, foi impedido de assistir ao parto, embora a legislação vigente garanta ao companheiro esse direito, caso a mulher deseje. O bebê nasceu saudável, sem nenhuma intercorrência, ou seja, não havia nada que confirmasse o sofrimento fetal prévio para justificar a cesariana.

Para melhor entendimento, realiza-se a seguinte tabela:

TABELA 3

DATA	SINTOMAS/PROCEDIMENTOS
31/03/2014	Adelir procura a unidade de saúde com dores na lombar e no ventre.
	Realiza ultrassonografia no hospital municipal, não recebe os exames ou imagens, apenas a recomendação de internação

	A médica informa que o bebê está pélvico e recomenda cesárea, sob alegação de risco de ruptura uterina devido a cesáreas anteriores.
	Assina termo de responsabilidade e decide buscar uma segunda opinião
1º de abril de 2014	Antes de obter nova avaliação, a médica solicita intervenção judicial. Juíza concede liminar para condução coercitiva ao hospital. Adelir é retirada de casa por oficial de justiça e escoltada pela polícia
	Submetida a cesárea forçada durante a madrugada, sem seu consentimento. Sua visão é coberta, impedindo-a de assistir ao nascimento da filha. Marido é proibido de acompanhar o parto, contrariando a legislação vigente

Tabela desenvolvida pela Autora desta Dissertação

A obstetra Melania Amorim (BBC News Brasil, 2014), em entrevista, informa que uma nova cesárea também traz riscos, como hemorragia, lesões na bexiga e intestino e pode até ser necessário retirar o útero. A mulher é quem deve decidir qual risco será assumido. Segundo a entrevista, a mulher deve ter a voz final sobre o tipo de parto que será realizado. Ressalta que cada caso é um caso individual, regra à qual o caso Adelir também se sujeita, ou seja, deveriam ter lhe dado a opção de analisar em conjunto com a equipe de saúde os benefícios e riscos dos tipos de parto, fornecendo-lhe as informações necessárias para que ela fizesse sua escolha de forma esclarecida e autônoma.

O Estado interferiu na vida de Adelir de forma direta e violenta ao forçá-la a realizar a cirurgia cesárea sem seu consentimento. A parturiente recebeu um tratamento hostil durante todo o procedimento médico, sendo alvo de zombarias e inferiorizações, o que ficou marcado de forma negativa, tanto do ponto de vista emocional quanto psicológico. A violação dos direitos de Adelir é uma afronta ao direito constitucional e civil brasileiro, às recomendações do Ministério da Saúde e às diretrizes do Código de Ética Médica, bem como à Convenção de Belém do Pará e à CEDAW.

Convém frisar que Adelir tinha conhecimento sobre os tipos de parto, pois estava acompanhada por uma doula, profissional que auxilia no suporte e conforto da grávida. Por isso, solicitou os exames para constatar que o bebê estava saudável; exames que não lhe foram entregues. Ademais, Adelir assinou o termo de responsabilidade, pois sabia que tinha

o direito de aguardar a evolução do parto em casa. Contudo, o Estado interferiu em sua decisão autônoma e esclarecida, submetendo-a a uma cirurgia cesárea de alto risco, sem a opinião de outros médicos para verificar e opinar sobre a real necessidade desta cirurgia.

A violência obstétrica sofrida por Adelir está institucionalizada, pois o sistema de saúde retirou sua autonomia, coagindo-a e obrigando-a a se submeter a um procedimento que não desejava, além de constrangê-la de diversas formas, haja vista a busca e apreensão sofrida — quiçá porque se trata de uma mulher cigana.

O direito de escolher a forma de parto deveria ser exercido no planejamento dele, pois este é um direito fundamental da mulher, protegido pela Constituição Federal no artigo 6º. A escolha do parto é um Direito Humano da parturiente, estando conectado à integridade pessoal, liberdade e consciência, direito protegido pelo Pacto de San José da Costa Rica, ratificado pelo Brasil em 1992.

Adelir teve diversos de seus direitos violados. Apenas o fato de o bebê estar pélvico não significa que seja necessária a cirurgia cesárea, pois existem manobras apropriadas e seguras para auxiliar na retirada do bebê (no parto vaginal). Diante disso, na denúncia do caso à Defensoria Pública, a Artemis acreditava que havia despreparo técnico do hospital no caso em questão.

Embora a cesariana seja necessária para situações específicas, ainda assim é uma cirurgia que pode gerar riscos à saúde da mulher e do bebê, como atrair infecções ou provocar hemorragias. Muitas vezes as cirurgias cesarianas são realizadas desnecessariamente, configurando violação do Código de Ética Médica[10], pois pode estar sendo realizado um ato médico desnecessário, postura que é vedada ao médico.

No caso de Adelir, não havia risco iminente e comprovado de morte da parturiente e do bebê. Ambos tinham o direito de ter acesso à saúde adequado e um parto tranquilo, seguro e humanizado — o que não ocorreu. Toda a família (mãe, pai e filho) teve seus direitos violados não somente no momento do parto. Esse episódio tornou-se o emblema da violência obstétrica no Brasil, mobilizando movimentos, marchas e atos promovidos em prol do Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento em diversas capitais brasileiras, com slogans que mencionavam a autonomia da mulher, como “meu corpo, minhas regras”.

[10] Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Esse movimento iniciou-se na década de 1980, com o aumento das cesáreas. O Movimento pela Humanização é composto por profissionais da saúde e usuárias desse serviço. Profissionais “humanizados” organizaram-se para criar estratégias para enfrentar o modelo padrão, buscando uma nova experiência de parir, para além da questão biológica, envolvendo a dimensão da espiritualidade e da sexualidade (Carneiro, 2014), e propondo partos menos invasivos e com poucos medicamentos.

O movimento demonstrou que muitos procedimentos adotados rotineiramente nos hospitais são desnecessários. Inclusive, alguns podem ocasionar problemas de saúde tanto na mulher quanto no filho. Dentre os procedimentos considerados prejudiciais estão: a intervenção precoce, cesárea agendada, imobilização da grávida e proibição de sua alimentação. Há ainda práticas questionáveis, como a lavagem intestinal, a raspagem dos pelos pubianos, o rompimento da bolsa, a aplicação de hormônios, o corte no períneo (episiotomia), os esforços expulsivos dirigidos (quando pedem para a mulher fazer força), a manobra de Kristeller e os toques vaginais realizados por diferentes membros da equipe médica. O movimento para que tais práticas sejam evitadas tem por fundamento a publicação científica da OMS, de 1996, sobre práticas rotineiras na assistência obstétrica, na qual se aponta que essas condutas violam diversos direitos das mulheres.

O termo humanização, embora amplo, está atrelado à criação de políticas públicas com a finalidade de buscar melhorias no acesso, na cobertura e na qualidade da saúde e do acompanhamento do pré-natal, do parto e do pós-parto, tanto para as parturientes quanto para os bebês (Brasil, 2002).

Adelir realizou uma entrevista dois anos após o ocorrido e relatou que passou por uma humilhação que não tem como explicar ou esquecer, mas que recebeu muito apoio para seguir em frente. Graças ao ativismo da causa do parto humanizado, conseguiu ser forte e superar o trauma. Também disse que, após ganhar a causa judicial, não fez nada contra a médica e que ainda assinou um termo para que nada pudesse servir de acusação e responsabilização da profissional. Embora tenha ficado com muitas cicatrizes — simbolicamente falando — ainda vê o lado positivo, pois, graças ao seu caso, o cenário obstétrico melhorou, dando pequenos passos para a humanização do parto (Cofen, 2016).

4.3 Casos dos Tribunais de Justiça da região Sul do Brasil — Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul: Entre o Reconhecimento e a Negação da Violência Obstétrica

Em 2021, foi promovido o Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero, que reconhece a violência obstétrica como uma forma de violência de gênero e institucional. Considerando esse marco, realizou-se uma pesquisa no banco de decisões do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Contudo, devido à ausência de filtros específicos para a busca por decisões que tratem de violência obstétrica, optou-se por uma análise de dados mais direcionada no âmbito dos Tribunais de Justiça da região Sul do Brasil — Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

A partir disso, esta última parte do trabalho tem como objetivo examinar as decisões dos Tribunais referidos a fim de verificar se a temática da violência obstétrica tem sido incorporada nas ementas dessas decisões. A coleta inicial dos dados foi realizada em novembro de 2024 e atualizada em maio de 2025. Não houve delimitação temporal das decisões, pois o objetivo consistiu em identificar possíveis variações na forma de abordagem do tema antes da implementação do Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero. Assim, todas as sentenças disponíveis foram incluídas na análise, independentemente do ano de publicação.

Ao analisar a pesquisa jurisprudencial no Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, com a palavra-chave “violência obstétrica”, obteve-se o resultado de 37 registros, os quais serão analisados a seguir, por meio de uma tabela para facilitar a compreensão:

TABELA 4

Nº DO PROCESSO	TEMA CENTRAL	RECONHECIMENTO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	ANO DO JULGAMENTO
0002665-29.2018.8.16.0004	Resp. Civi.	Não reconheceu V.O	**08/06/2025**
0029332-03.2020.8.16.0030	Direito Civil/ Resp. Civil/Erro Médico	Sim, reconheceu V.O	**29/05/2025**
0026478-87.2024.8.16.0000	D. Civil e Processo Civil. Erro Médico	Não reconheceu V.O	**20/05/2025**
048468-03.2025.8.16.0000	Segredo de Justiça		15/05/2025
0021564-06.2022.8.16.0014	Ação indenizatória	Sim, reconheceu a V.O	12/05/2025
005539-15.2024.8.16.0056	Segredo de Justiça		06/04/2025
0019631-86.2022.8.16.0017	D. Civil e Proc. Civil	V.O não comprovada.	05/03/2025
0031720-32.2022.8.16.0021	D. Civil e Proc. Civil	Sem reconhecimento definitivo.	24/02/2025
0022460-59.2020.8.16.0001	V.O e D. Morais	Não reconheceu V.O	23/02/2025

0014909-81.2023.8.16.0014	D. Processual Civil e Direito da Saúde	A apelação não analisada; autos encaminhado ao órgão competente	05/12/2024
0003175-71.2020.8.16.0004	Direito Civil	Não reconheceu V.O	11/11/2024
0013551-48.2018.8.16.0017	Indenização D. Moral	Não reconheceu V.O	17/10/2024
0000985-20.2021.8.16.0031 (segredo de Justiça)	Indenização por D. Morais, Violência obstétrica e parto humanizado	Sim, reconheceu a V.O	07/10/2024
0057922-41.2024.8.16.0000	Indenização por D.M e V.O	Não reconheceu V.O	25/09/2024
0021688-43.2013.8.16.0001	Indenização por dano moral e erro médico.	Reconhecida a violência obstétrica	27/07/2024
0002049-08.2021.8.16.0050	Responsabilidade civil V.O. D.Morais.	Sim, reconheceu a V.O	01/07/2024
0004357-49.2020.8.16.0083	Erro médico, V.O, dano moral e estético	Sim, reconheceu a V.O	03/06/2024
0083554-06.2023.8.16.0000	Erro médico e V.O	Sim, reconheceu a V.O	15/04/2024
0000257-63.2023.8.16.0045	Resp. Civil.	Sim, reconheceu a V.O	25/03/2024
0009763-38.2022.8.16.0000 (Segredo de Justiça)	Ação Civil Pública. V.O	Sim, reconheceu a V.O	12/03/2024
0011342-84.2023.8.16.0000	Ação indenizatória	Não foi analisada V.O - questão territorial	16/11/2023
0000869-86.2019.8.16.0159	Ação de indenização	Não reconheceu V.O	28/10/2023
0009308-14.2023.8.16.0170	Conflito negativo de competência	Não especificada V.O	28/10/2023
0002173-64.2019.8.16.0113	Alegação de V.O verbal	Não reconheceu V.O	05/10/2023
0021043-81.2020.8.16.0030	Resp. Civil	Sim, reconheceu a V.O	30/09/2023
0028982-37.2023.8.16.0021	Alegação de V.O SUS	Não reconheceu V.O	25/09/2023
0000554-50.2021.8.16.0139	Negativa de cesárea via SUS	Sim, reconheceu a V.O	26/06/2023
0010163-83.2019.8.16.0056	V.O. e incompetência absoluta do juízo	Não apreciada (Segredo de Justiça)	22/05/2023
0017731-39.2020.8.16.0017	V.O. Improcedência ausência de prova	Não reconheceu V.O	20/02/2023
0003164-37.20		(Segredo de Justiça)	24/10/2022
0017280-65.2021.8.16.0021	MS – Direito à saúde – Cesariana após V.O	O Tribunal concedeu a segurança, garantindo que a mulher pudesse realizar a cesariana em hospital diverso.	18/10/2022
0001099-77.2017.8.16.0134	Resp. Civil Estado, Erro médico.	Sim, V.O configurada. (Segredo de Justiça)	10/10/2022
0010157-56.2016.8.16.0129	Indenização D. Moral	Não reconheceu V.O	18/09/2022
0003922-65.2019.8.16.0130	Plano de saúde, D. acompanhante no parto	A violência obstétrica em partes	21/03/2022
0036752-18.2021.8.16.0000	Agravo de instrumento	Segredo de Justiça	13/10/2021

0028593-98.2018.8.16.0030	Indenização, episiotomia sem consentimento	Sim, reconheceu a V.O	29/06/2021
0045144-22.2017.8.16.018	Indenização D. Morais	Não foi analisado V.O, em razão da falta de perícia.	04/05/2020

Tabela desenvolvida pela Autora desta Dissertação.

Ao realizar a pesquisa jurisprudencial no Tribunal de Santa Catarina, utilizando a palavra-chave "violência obstétrica", foram identificados apenas seis casos em que este termo consta expressamente na ementa das decisões, o que já demonstra a escassez de enfrentamento direto do tema no âmbito do Poder Judiciário, principalmente por ser recorrente os relatos de práticas abusivas no momento do parto.

A fim de analisar de forma mais clara o tema, elaborou-se uma tabela, contendo o resumo das decisões encontradas:

TABELA 5

Nº DO PROCESSO	TEMA CENTRAL	RECONHECIMENTO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	ANO DO JULGAMENTO
0300949-96.2015.8.24.0028 (Acórdão do Tribunal de Justiça)	Óbito fetal por oligoidrâmnio	**Negado.** Tese de violência obstétrica não demonstrada.	**2023**
0312724-89.2016.8.24.0023 (Acórdão do Tribunal de Justiça)	Manobra de Kristeller	**Parcialmente reconhecido**. Uso da manobra foi entendido como violência obstétrica	**2019**
0001069-83.2010.8.24.0063 (Acórdão do Tribunal de Justiça)	Parto gemelar com óbito	**Negado**. Violência obstétrica não demonstrada	**2019**
0021886-26.2012.8.24.0023 (Acórdão do Tribunal de Justiça)	Laceração perineal grau 3 e 4	**Negado**. Procedimentos foram considerados adequados	**2019**
1022397-70.2013.8.24.0023 (Acórdão do Tribunal de Justiça)	Laceração perineal grau 2+	**Negado**. Violência obstétrica não reconhecida.	**2018**

0011832-34.2013.8.24.0033 (Acórdão do Tribunal de Justiça)	Laceração perineal fratura de clavícula grau 4 + desgaste ósseo	**Negado**. Ausência de patologia decorrente do parto.	**2017**

Tabela desenvolvida pela Autora desta Dissertação.

Observa-se, no entanto, que nenhuma das decisões encontradas foi favorável ou reconheceu a violência obstétrica no Tribunal de Justiça de Santa Catarina.

Em contraponto, foram identificados treze casos no Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul que estão relacionados com a violência obstétrica. Foi elaborada uma tabela com os detalhes das decisões desses casos, e sua análise reflete a aplicação da responsabilidade civil em situações de falha nos atendimentos obstétricos e as implicações jurídicas resultantes.

TABELA 6

Nº DO PROCESSO	TEMA CENTRAL	RECONHECIMENTO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	ANO DE JULGAMENTO
5001726-68.2015.8.21.0023	Responsabilidade Civil por erro médico com perspectiva de gênero	Sim, com base no Protocolo CNJ 492/2023	2025
5012290-45.2022.8.21.2001	Intempestividade recursal	Não reconheceu a Violência obstétrica	2025
5000246-36.2007.8.21.0023	Erro médico e negligência no parto	Sim, a violência obstétrica foi reconhecida, em razão da negligência médica	2024
5000332-82.2018.8.21.0132	Erro médico em parto de alto risco pelo SUS	Houve o reconhecimento da Violência obstétrica, em razão do atendimento prestado à autora.	2024
5146340-75.2024.8.21.7000	Gratuidade de justiça	Não reconheceu a Violência obstétrica	2024
5001239-77.2017.8.21.0072	Cesariana não consentida	Não reconheceu a Violência obstétrica	2024
5000724-97.2018.8.21.0010	Parto traumático	Houve o reconhecimento da Violência obstétrica, em razão da desconsideração da vontade da gestante.	2024
5026249-40.2021.8.21.0022	Negativa de atendimento emergencial	Não reconheceu a Violência obstétrica	2023
5000083-64.2020.8.21.0067	Erro médico no SUS	Não reconheceu a Violência obstétrica	2022
5191013-27.2022.8.21.7000	Dúvida de competência	Não (sem julgamento do mérito)	2022
7100988-60.94	Violência obstétrica em parto	Reconhecida violência obstétrica por falhas graves na internação e no parto, com dor desnecessária, ausência de analgesia e descumprimento de diretrizes.	30/03/2021

7008402-90.32	Erro médico e violência obstétrica	Reconhecida violência obstétrica por laqueadura sem consentimento durante cesariana, violando o direito de autonomia reprodutiva.	18/03/2021
7007154-78.89	Controle de constitucionalidade	Não se aplica	2017

Tabela desenvolvida pela Autora desta Dissertação

Com o objetivo de melhor visualização, foi construído um gráfico ilustrando as decisões que reconhecem a ocorrência de violência obstétrica.

GRÁFICO 11

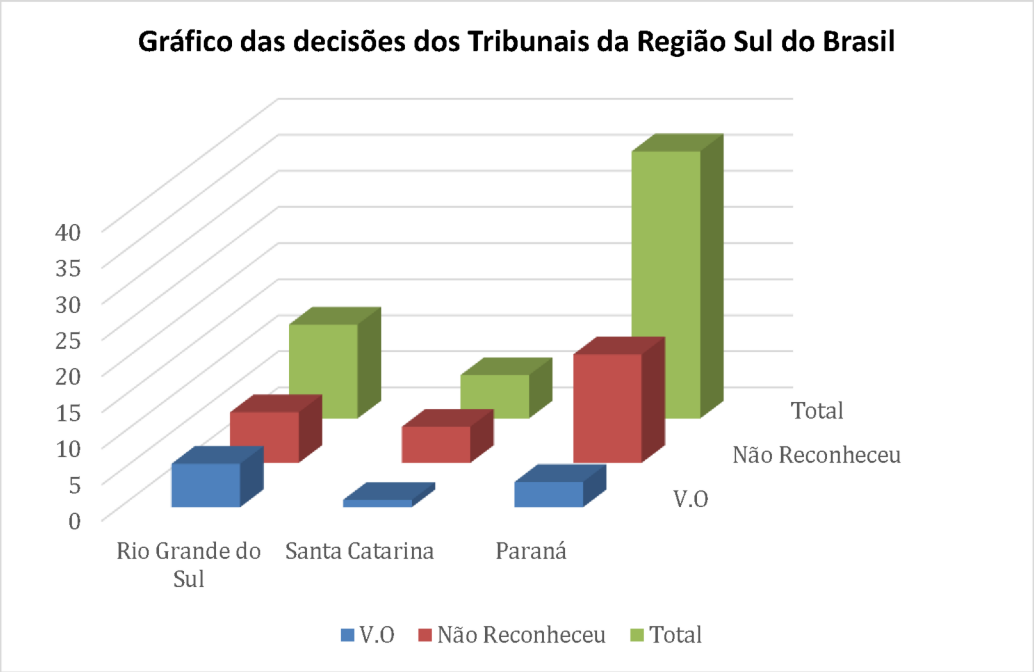


Gráfico elaborado pela Autora da Dissertação.

Após a análise do conjunto de decisões judiciais proferidas pelos Tribunais da Região Sul do Brasil, optou-se por selecionar duas decisões oriundas do estado do Rio Grande do Sul. Tal escolha se justifica pelo fato de que o Programa de Pós-graduação ao qual esta Dissertação está vinculada está sediado neste estado, o que favorece o aprofundamento e a contextualização local do estudo. Além disso, considerou-se relevante selecionar uma decisão com desfecho positivo e outra com desfecho negativo - sendo que nesta última não há uma conceitualização clara sobre violência obstétrica, apenas menções pontuais. Ambas foram

proferidas em março de 2021, justamente por apresentarem vieses de análise diferentes, o que enriquece a comparação.

A primeira decisão refere-se a um caso ocorrido na Comarca de Pelotas[11]:

> **Ementa:** RECURSO INOMINADO. SEGUNDA TURMA RECURSAL DA FAZENDA PÚBLICA.RESPONSABILIDADE CIVIL. MUNICÍPIO DE PELOTAS. SANTA CASA DE PELOTAS. PARTO.SOFRIMENTO DESNECESSÁRIO. INTERNAÇÃO ANTECEDENTE AO PARTO PERMEADO POR CONDUTAS INADEQUADAS. FALHA NO ATENDIMENTO MÉDICO PRESTADO. FONTE DO DEVER DE INDENIZAR CARACTERIZADA. DANOS MORAIS. 1. Fonte do dever de indenizar caracterizada, pois todo o processo de internação dos autores para o parto do filho foi permeado por graves falhas. Destaca-se que a parte sequer estava em trabalho de parto quando admita para internação na Santa Casa; apesar do longo período em que permaneceu aguardando o nascimento de seu filho (três dias) não obteve alimentação por parte do hospital não obstante a prescrição feita pelos médicos atendentes; os instrumentos eram embalados pelo Hospital em um invólucro azul que não permitia ao médico *obstetra* identificar qual tipo de fórceps se tratava, sendo necessário a abertura de cada um deles para testagem, o que evidentemente gera transtornos em um momento tão delicado e crítico, onde até mesmo os segundos fazem diferença para salvar a vida da criança; d) ausência de analgesia, descumprindo Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal; e) não disponibilização dos meios necessários para a realização do parto de maneira mais sadia possível e a respeitar o direito à dignidade e integridade física da gestante; f) ausência de médico anestesiologista no hospital que pudesse amenizar a dor intensa suportada pela autora e acompanhada pelo marido, também autor. 2. Caso concreto em que a *violência obstétrica* constatada não pode ser relevada em nome da salvação da criança e da parturiente, mas no caso foi meio que impingiu extrema e desnecessária dor e sofrimento aos demandantes. 3. Danos morais configurados, que decorrem logicamente dos fatos. Circunstâncias do caso concreto que levam à manutenção do valor arbitrado, rejeitando-se pleito de redução.4. Reajustados os juros moratórios, incidentes desde a data do fato., conforme artigo 398 do Código de 2002, e a Súmula 54 do Superior Tribunal de Justiça. Ajuste que se faz de ofício, pela ausência de fundamentação recursal explícita, mas que resta autorizada de acordo com precedentes do Superior Tribunal de Justiça e Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. RECURSOS DESPROVIDOS. (Recurso Cível, Nº71009886094, Segunda Turma Recursal da Fazenda Pública, Turmas Recursais, Relator: Daniel Henrique Dummer, Julgado em: 30-03-2021)

Trata-se de um Processo Judicial ajuizado contra o Município de Pelotas e a Santa Casa de Pelotas (Hospital), que foi movido por um casal que sofreu violência obstétrica durante a internação para o parto de seu filho. O Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul entendeu que houve falhas durante o atendimento médico, que causaram sofrimento desnecessário à gestante e ao acompanhante, caracterizando dano moral e o direito à indenização.

Para melhor compreensão será realizado um breve relato do caso. A parturiente realizou todo o seu pré-natal sem nenhuma intercorrência médica, teve uma gestação regular

[11] Este primeiro caso, foi possível obter acesso à íntegra do Processo, razão pela qual a análise apresenta mais detalhes em comparação ao segundo, que será examinado posteriormente.

e saudável. No dia 09 de julho de 2015, começou a sentir fortes dores no ventre, no início da manhã, quando ligou para seu marido para levá-la ao Hospital São Francisco de Paula. Como não havia leito na maternidade desse hospital, foi encaminhada para o Hospital Santa Casa de Misericórdia.

O primeiro médico que a atendeu constatou que estava com a pressão um pouco alterada, dor abdominal e dor de cabeça. Estando na 40ª semana da gestação e em razão dos outros sintomas, o médico indicou a internação sob o risco de não haver mais leitos posteriormente. Contudo, indicou a indução do parto. Foi internada no mesmo dia (09/07/2015), às 16h15min, momento em que o parto foi induzido. Durante a internação houve troca de plantão e estudantes/residentes compareciam ao quarto da parturiente para averiguar os batimentos cardíacos do bebê. A dilatação não estava evoluindo como o esperado, e, em razão disso, a parturiente relatava tanto para médicos quanto para enfermeiros que estava com muita dor e se sentindo fraca. Durante a internação não foi liberado nenhum tipo de alimentação, embora houvesse prescrição médica permitindo que ela se alimentasse.

Como não havia evolução para o parto, foi administrado novo medicamento no dia 10 de julho. Com a prescrição deste, as dores aumentaram, e a parturiente se sentiu ainda mais fraca e exausta. Foi-lhe informado que não havia anestesista de plantão.

Após nova troca de plantão, no dia 11 de julho, foi administrado outro medicamento no soro, pois foi observado pela médica plantonista que não havia dilatação suficiente para o parto, permanecendo assim até o meio-dia.

Após nova troca de plantão, no dia 11 de julho, foi administrado outro medicamento no soro, pois foi observado pela médica plantonista que não havia dilatação suficiente para o parto, permanecendo assim até o meio-dia.

A parturiente não teve a atenção acolhedora e humanizada pela equipe médica, visto que o tratamento foi displicente. A parturiente e seu esposo questionaram a equipe médica antes de ser encaminhada para a sala de parto, para o pato vaginal, pois estava muito cansada e com muita dor, mas o tratamento médico apenas informou que teria que fazer a criança nascer.

A parturiente foi obrigada a ficar de pé para aumentar as chances de dilatação, mas, pela fraqueza decorrente da falta de alimentação, exaustão e dor severa, não conseguiu.

Sentiu ainda mais dores e chegou a vomitar sangue, pois estava em jejum desde a chegada ao hospital.

Ao ser encaminhada para a sala de parto, constatou-se que os batimentos da criança estavam reduzidos, indicando sofrimento fetal. Foi então informado que não havia anestesista no hospital. A parturiente foi deitada na mesa de parto, sua bolsa foi estourada, e foi orientada a fazer força.

Exaurida após três dias sem comer e em meio a fortes dores, não conseguiu ter forças para o parto. A médica realizou episiotomia (dois cortes no períneo) para auxiliar a saída do bebê. Mesmo assim, como o bebê era grande, a expulsão não ocorreu. A médica solicitou o uso de fórceps, mas, após quatro tentativas com diferentes tamanhos, a parturiente sentiu dores lancinantes e não resistia mais. O pai, desesperado, empurrou a barriga da esposa para auxiliar, quando o bebê nasceu. Contudo, estava sem sinais vitais, sendo acionado o pediatra, que, após seis minutos de ressuscitação, conseguiu reverter o quadro.

O bebê foi encaminhado para a UTI Neonatal do Hospital Francisco de Paula, acompanhado pelo pai.

A mãe permaneceu na sala de parto, onde foram feitas as suturas da episiotomia. A médica informou que ela poderia retornar ao quarto caminhando, tomar banho, se hidratar e se alimentar. Contudo, a mulher não tinha condições de caminhar e só foi transportada em maca graças à enfermeira que a apoiou psicologicamente.

O caso foi de tamanha brutalidade e descaso que, antes, durante e após o parto, a mulher não recebeu nenhum atendimento humanizado, tendo seus direitos violados e sofrendo tratamento rude por parte da equipe.

A mulher perdeu muito sangue durante o parto, desenvolvendo anemia e fraqueza, a ponto de não conseguir se levantar para ir ao banheiro, sendo necessário o uso de sonda de alívio.

O bebê, por sua vez, nasceu com Apgar[12] 10/4/8, ou seja, sem sinais vitais ao nascer, sendo necessário realizar manobras de ressuscitação por cerca de seis minutos até sua recuperação. Em seguida, foi encaminhado à UTI Neonatal, onde chegou às 14h10min já entubado pelos paramédicos do SAMU. Ainda na Santa Casa, apresentou episódios de

[12] É um método rápido para avaliar o neonato imediatamente após o nascimento e em resposta à ressuscitação.

convulsão que se repetiram durante o trajeto e na internação no Hospital São Francisco, o que demandou procedimentos de extubação e nova entubação.

O bebê teve paralisia parcial do lado direito do corpo, sendo necessário o acompanhamento de fisioterapeuta e administração de anticonvulsivos. A Além disso, em razão do uso do fórceps, sofreu lesões musculares na cabeça e no rosto, ficando com cicatriz e com um dos olhos sem fechar sozinho. Mais tarde, ao começar a andar, os pais notaram movimentos desiguais nos braços. A perícia solicitada pelo Ministério Público constatou paralisia cerebral.

Os principais pontos da decisão quanto à falha de atendimento médico foram: a gestante foi internada sem estar em trabalho de parto; ficou três dias internada sem alimentação, apesar de prescrição médica permitindo; os instrumentos para o parto estavam mal identificados, atrasando procedimentos urgentes como o uso do fórceps; faltou analgesia para controlar a dor da paciente, contrariando diretrizes nacionais de parto humanizado, já que não havia anestesista disponível.

O sofrimento não pode ser relativizado pelo fato de mãe e bebê terem sobrevivido. A Justiça entendeu que a dor sofrida pela paciente foi desnecessária e caracterizou como violência obstétrica. O tribunal reconheceu o direito à indenização, rejeitando o pedido de redução formulado pelo Município e pelo Hospital.

A decisão reconheceu que houve falhas sérias no atendimento à gestante, configurando responsabilidade civil do hospital e do município. A Justiça concluiu que essas falhas causaram dano moral ao casal, que deve ser indenizado, mantendo-se o valor fixado como adequado.

TABELA 7

CATEGORIA	DESCRIÇÃO
Órgão Julgador	2ª Turma Recursal da Fazenda Pública/RS
Processo	Recurso Cível nº 71009886094
Relator	Daniel Henrique Dummer
Data do Julgamento	30/03/2021
Partes Envolvidas	Autores (gestante e marido) x Município de Pelotas e Santa Casa de Pelotas

Fatos Relevantes	- Internação sem Trabalho de parto - 3 dias internada sem comer - Falta de analgesia - Falta de anestesista - Instrumento mal identificado
Falhas Identificadas	- Condutas médicas inadequadas -Violência obstétrica - Falta de respeito à dignidade da gestante - Descumprimento de diretrizes do parto humanizado
Dano Mora	Reconhecido devido ao sofrimento desnecessário causado à gestante e ao acompanhante
Indenização	Valor mantido; pedido de redução foi negado
Responsabilidade	Responsabilidade civil do Município e do hospital caracterizada
Juros Moratórios	Ajustados para contarem desde a data do fato, conforme art. 398 do Código Civil e Súmula 54 do STJ
Resultado do Recurso	Recursos desprovidos (decisão foi mantida)

Tabela desenvolvida pela Autora desta Dissertação

A decisão reconheceu expressamente que o sofrimento imposto à mulher durante o trabalho de parto, bem como ao seu acompanhante, foi absolutamente desnecessário e decorreu de falhas graves no atendimento médico, enquadrando-se de forma inequívoca como violência obstétrica. Além disso, a fundamentação ancorou-se no princípio da dignidade da pessoa humana e no direito à integridade física da mulher, demonstrando que tais valores não podem ser relativizados, ainda que diante da complexidade dos atendimentos obstétricos.

Destaca-se, ademais, que se trata da primeira sentença a reconhecer a ocorrência de violência obstétrica, afirmando que esta não pode ser afastada pelo simples fato de o parto ter tido um desfecho considerado positivo, isto é, a sobrevivência da mãe e do bebê. Mesmo diante desse resultado favorável, a dor, a humilhação e o sofrimento impostos à parturiente não foram desconsiderados, sendo avaliados como injustificáveis e evitáveis. Tal reconhecimento reforça a violação dos direitos da mulher e a afronta ao princípio da dignidade. O enquadramento da conduta como violência obstétrica ficou explícito na fundamentação da decisão.

A garantia e a efetiva proteção dos Direitos Humanos ainda enfrentam dificuldades significativas para se consolidarem nos Estados, sobretudo quando se trata dos direitos reprodutivos das mulheres, em razão de desigualdades e preconceitos historicamente enraizados.

O segundo o caso a ser analisado ocorreu na Comarca de Passo Fundo:

> **Ementa:** APELAÇÕES. RESPONSABILIDADE CIVIL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. ERRO MÉDICO. SERVIÇO PRESTADO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.ILEGITIMIDADE PASSIVA DO PROFISSIONAL MÉDICO. TEMA 940 DO STF. Em se tratando de profissional médico que prestou atendimento pelo Sistema Único de Saúde, a ação deve ser direcionada tão-somente em face do hospital prestar do serviço público, já que o médico age, nessa hipótese, como agente público, nos termos da tese firmada no Tema 940 do Supremo Tribunal Federal. Ilegitimidade passiva reconhecida, de ofício. LESÃO EM RECÉM-NASCIDO. TOCOTRAUMATISMO. AUSÊNCIA DE ERRO MÉDICO. *VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA*. LAQUEADURA TUBÁRIA REALIZADA SEM CONSENTIMENTO. INOBSERVÂNCIA DAS FORMALIDADES LEGAIS EXIGIDAS PARA PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO. DANO MORAL DEVIDO. A responsabilidade civil dos estabelecimentos hospitalares e demais instituições de saúde é de natureza objetiva, regida pelo Código de Defesa do Consumidor, porquanto se enquadram no conceito de prestadores de serviço. Contudo, para que haja a responsabilização do estabelecimento hospitalar por erro do profissional médico, necessária a demonstração de uma conduta negligente, imprudente ou imperita que tenha produzido o resultado danoso ao paciente. Por sua vez, a responsabilidade civil do médico, enquanto profissional liberal prestador de serviço, é subjetiva, nos termos do art. 14, §4 do Código de Defesa do Consumidor, sendo, portanto, necessária a verificação do agir culposo na conduta causadora do dano. A lesão denominada tocotraumatismo, que ocorre no procedimento de cesariana, decorre do esforço realizado no momento do parto. Ausência de imperícia médica. Manutenção do juízo de improcedência. O procedimento de laqueadura tubária exige consentimento prévio do paciente. O poder de disposição sobre o próprio corpo é direito de personalidade e o paciente detém autonomia para o seu exercício, na forma do artigo 15 do CCB. A intervenção médica sem prévio consentimento somente é admissível nos casos de risco iminente de morte, e exceto nesse caso, é vedado ao médico deixar de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal, nos termos do que dispõe o artigo 22 do Código de Ética Médica, Resolução 2.217/18, do Conselho Federal de Medicina. Realizada a laqueadura sem prévio consentimento da paciente o médico infringe dever ético e ofende o direito de personalidade da paciente, praticando ato de esterilização. A existência de risco em futura gestação não se caracteriza como risco iminente, e não se constitui em consentimento informado a simples declaração do esposo da paciente de que o casal não pretenderia ter mais filhos. DANO MORAL. CABIMENTO. No caso em tela, o procedimento de laqueadura tubária na autora, realizado sem a devida autorização durante a cesariana, causou dor e sofrimento à demandante que ultrapassa qualquer mero dissabor, a qual foi submetida ao procedimento permanente de esterilização sem exercer o seu direito de decidir pela sua realização ou não. DANO MORAL. QUANTUM INDENIZATÓRIO. MANUTENÇÃO DO VALOR ARBITRADO. Manutenção do valor fixado na sentença, porquanto adequado às peculiaridades do caso. PROCESSO EXTINTO, DE OFÍCIO, EM FACE DO PROFISSIONAL MÉDICO, COM FULCRO NO ART. 485, VI, DO CPC, PREJUDICADO O APELO QUE INTERPÔS. RECURSOS DAS AUTORAS E DO HOSPITAL DEMANDADO DESPROVIDOS. (Apelação Cível, Nº 70084029032,

Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Denise Oliveira Cezar, Julgado em: 18-03-2021)

Como se pode observar, trata-se de uma ação de indenização por erro médico ocorrido durante atendimento prestado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Há dois pontos centrais no processo: em primeiro lugar, a lesão no recém-nascido durante o parto (tocotraumatismo); em segundo, a realização de laqueadura tubária na parturiente sem o devido consentimento, sequer tendo sido a mulher informada. Para melhor compreensão, elaborou-se uma tabela com a síntese da decisão:

TABELA 8

TEMA	RESUMO DA DECISÃO
LEGITIMIDADE PASSIVA DO MÉDICO	Médico que atua pelo SUS é considerado agente público. Ação deve ser proposta contra o hospital, não contra o médico. (Tema 940 do STF). Ilegitimidade passiva reconhecida de ofício.
LESÃO EM RECÉM-NASCIDO	Tocotraumatismo - Lesão decorrente de esforço no parto cesariano. Ausência de imperícia médica. Improcedência da alegação de erro médico mantida.
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	Laqueadura sem consentimento da paciente viola o direito de personalidade e o dever ético. Não configura risco iminente que justificasse a ausência de consentimento.
RESPONSABILIDADE CIVIL	Estabelecimento de saúde tem responsabilidade objetiva (CDC). O médico tem responsabilidade subjetiva. O hospital responde por erro médico somente com prova de negligência, imprudência ou imperícia.
DANO MORAL	Laqueadura sem consentimento - causou sofrimento e ofensa à autonomia da paciente. Dano moral configurado. Valor da indenização mantido, por ser adequado ao caso.
EXTINÇÃO PARCIAL DO PROCESSO	Processo extinto quanto ao médico com base no art. 485, VI, do CPC. A apelação interposta por ele ficou prejudicada.
RESULTADO DOS RECURSOS	Recursos da autora e do hospital foram desprovidos.

Tabela desenvolvida pela Autora desta Dissertação

O julgamento analisou a responsabilidade à luz do Código de Defesa do Consumidor, diferenciando a responsabilidade objetiva dos hospitais da responsabilidade subjetiva dos profissionais médicos, enquanto profissionais liberais. Contudo, embora tenha mencionado a

violência obstétrica, a decisão não apresentou embasamento conceitual consistente nem articulação com normas nacionais e internacionais que explicitassem a violação dos direitos das mulheres. Assim, a violência foi tratada apenas sob a perspectiva do erro médico ético e legal, como violação ao direito à autonomia e ao consentimento da mulher, reconhecendo-se o dano moral decorrente da prática. Ou seja, a violência esteve presente no conteúdo da conduta analisada —a laqueadura forçada —, mas não foi incorporada ao discurso jurídico como categoria específica.

O aspecto central de questionamento na decisão refere-se ao reconhecimento da ilegitimidade passiva do médico demandado, com base no Tema 940 do STF[13]. Considerando que a médica prestava serviços no âmbito do SUS, entendeu-se que atuava como agente público, cabendo, portanto, apenas ao ente público a responsabilidade. Assim, o processo foi extinto em relação ao médico, reforçando a importância de uma correta delimitação da legitimidade passiva nas ações envolvendo erro médico em contextos de serviço público.

Assim, ainda que se admita a responsabilização tanto do Estado quanto do profissional de saúde, essa separação não pode servir de justificativa para que as mulheres sejam ignoradas, invisibilizadas, desrespeitadas ou humilhadas, sobretudo no que se refere à autonomia reprodutiva e à dignidade no momento do parto.

No caso em análise, o ponto central da condenação foi a laqueadura tubária realizada sem o consentimento prévio e expresso da parturiente. A esterilização involuntária violou o direito à autonomia da mulher sobre o próprio corpo, configurando afronta aos direitos da personalidade, previstos no Código Civil e no Código de Ética Médica. Ainda que o esposo da parturiente tenha declarado não desejar mais filhos, tal vontade não poderia se sobrepor ao consentimento da mulher. A ausência de comunicação e o apagamento da decisão da paciente fundamentaram o reconhecimento do dano moral, fixando-se a indenização pelo sofrimento imposto à parturiente.

Contudo, a aplicação do Tema 940, ao afastar a responsabilidade direta do médico nos atendimentos realizados pelo SUS, suscita preocupações quanto à efetividade da proteção dos direitos das mulheres no âmbito da saúde pública. Embora tenha sido reconhecida a responsabilidade civil da instituição, a ausência de consequências jurídicas individuais aos

[13] Tema 940: Responsabilidade civil subjetiva do agente público por danos causados a terceiros, no exercício de atividade pública.

profissionais pode contribuir para a perpetuação de práticas abusivas, ampliando a violência obstétrica. Esse risco se intensifica considerando que a maior parte dos partos no Brasil ocorre na rede pública, e que a exclusão da responsabilidade pessoal de profissionais em condutas como cesarianas desnecessárias, episiotomias ou esterilizações sem consentimento fragiliza a responsabilização efetiva.

Diante disso, mostra-se necessário um esforço contínuo, tanto do poder público quanto da esfera privada, para que casos como este sejam enfrentados com base em uma perspectiva de gênero. Ao esvaziar o conteúdo político e social da violência obstétrica, o Judiciário acaba reforçando sua invisibilidade institucional e dificultando a construção de uma jurisprudência comprometida com a efetividade da dignidade reprodutiva das mulheres.

Nas duas decisões analisadas neste capítulo, a questão de gênero aparece de forma implícita, sobretudo no reconhecimento da violência obstétrica sofrida pelas autoras durante o atendimento médico. No último caso, a laqueadura tubária realizada sem consentimento configurou grave violação aos direitos reprodutivos e à autonomia corporal da mulher, diretamente relacionados à desigualdade de gênero e ao controle social sobre o corpo feminino. No primeiro, destacou-se a negligência no parto, a ausência de anestesia e falhas estruturais hospitalares. Em ambos os casos, mesmo sem menção expressa ao termo “gênero”, evidencia-se a necessidade de uma perspectiva de julgamento sensível às desigualdades estruturais que atingem as mulheres.

Além disso, ambas reconheceram a violência não apenas como falha técnica ou erro médico, mas como prática de dor, humilhação e desrespeito, impondo a necessidade de responsabilização do Estado e dos serviços de saúde pelas violações dos direitos das mulheres.

Diante de tudo isso, constata-se a ocorrência de graves violações aos direitos das mulheres no contexto obstétrico, especialmente no que concerne à autonomia reprodutiva, à integridade física e à dignidade humana durante o período gravídico-puerperal. As decisões, contudo, ainda carecem de uma abordagem expressa e sistemática sob a ótica de gênero. A ausência desse reconhecimento formal da violência obstétrica como violência de gênero perpetua estruturas discriminatórias que legitimam práticas institucionalizadas de controle e subjugação do corpo feminino. Ao restringir a análise a falhas técnicas ou erros de procedimento, o Judiciário limita a compreensão do caráter estrutural e simbólico da

violência, que atinge de forma desproporcional as mulheres, sobretudo aquelas em situação de vulnerabilidade social.

A aplicação de normas como o Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero (CNJ) permitiria uma análise mais ampla e interseccional, capaz de reconhecer as desigualdades históricas e estruturais que atravessam o acesso à saúde e ao Judiciário. Da mesma forma, a incorporação de marcos normativos nacionais e internacionais — como a Convenção de Belém do Pará e a CEDAW — é essencial para fortalecer a proteção aos direitos sexuais e reprodutivos e consolidar uma jurisprudência comprometida com a erradicação da discriminação de gênero e a efetivação da justiça para as mulheres.

Sendo assim, somente por meio de uma mudança de paradigma será possível avançar em direção a uma tutela jurisdicional comprometida com o enfrentamento da discriminação de gênero e com a promoção da dignidade humana das mulheres em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal.

CONCLUSÃO

Apesar da maior visibilidade que a violência obstétrica tem ganhado nos últimos anos, ela segue sendo um grande problema na saúde, pois é comum sua ocorrência nos hospitais. Neste tipo de violência, as parturientes são obrigadas a se submeter a procedimentos desnecessários, a tratamentos desumanos e próximos a atos de tortura, além de serem culpabilizadas por seu estado gravídico.

A gestação, o parto e o pós-parto são momentos complexos vividos pelas mulheres, pois envolvem diversos processos biológicos, psicológicos e emocionais, podendo ser agravados por vários fatores externos e adversos tanto de modo direito como indireto.

A violência obstétrica decorre da maneira como a mulher é tratada pelos profissionais de saúde e consiste, basicamente, na apropriação do seu corpo e dos processos reprodutivos, bem como no tratamento violento, abusivo e que emprega excesso de medicamento, fazendo com que a mulher não disponha de sua plena capacidade de decisão, pois é coagida a aceitar determinados tratamentos por falta de conhecimento, de esclarecimento e/ou até mesmo por pressão do profissional da saúde em razão da hierarquia médico-paciente. Essas violências acontecem nos mais diversos âmbitos, seja no trato direto entre a mulher e os profissionais de saúde, seja no institucional estabelecido com clínicas e hospitais.

Os dados levantados pelas pesquisas realizadas e devidamente analisados evidenciam que, mesmo com bons avanços nos estudos da questão de gênero, ainda existem obstáculos significativos na efetiva aplicação de normas jurídicas específicas voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher, especialmente no âmbito do Poder Judiciário. Dentre as diversas formas de violência, a violência obstétrica — foco desta pesquisa — permanece amplamente invisibilizada, tanto na legislação nacional — pois inexiste normativa de âmbito nacional que trate do tema, como também na postura do Conselho Federal de Medicina que a desacredita — quanto nas práticas dos(as) profissionais da saúde vinculados aos sistemas de saúde público e privado de saúde, assim como na cultura patriarcal, racista e classista que tanto caracteriza a sociedade brasileira.

Com o avanço das tecnologias médicas, obteve-se uma crescente medicalização do parto acompanhada, quase sempre, do afastamento da autonomia da mulher sobre seu

próprio corpo. A pesquisa revelou que, apesar da crescente discussão sobre o tema, ainda há barreiras consideráveis para que a escuta qualificada da mulher seja efetivada — não apenas durante o processo de parto, mas também nos espaços de denúncia e judicialização das violações, onde frequentemente suas vozes continuam sendo desconsideradas.

O estudo identificou decisões do Poder Judiciário da Região Sul do Brasil – Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul – que tratavam da temática da "violência obstétrica". No entanto, considerando que esta pesquisa está vinculada a um Programa de Pós-graduação sediado no estado do Rio Grande do Sul, optou-se por concentrar a análise em casos que se destacaram nesse estado.

O estudo evidenciou que o Poder Judiciário, em especial no estado do Rio Grande do Sul, apesar de exercer segundo a Constituição Federal de 1988 um papel de destaque na garantia de Direitos Fundamentais e, por conseguinte, no enfrentamento de todo e qualquer tipo de violência contra as mulheres; no que tange a violência obstétrica, ainda enfrenta importantes desafios para garantir a efetiva proteção de seus direitos reprodutivos. Um dos principais entraves identificados é a ausência de legislação específica sobre o tema, o que dificulta a uniformização da compreensão jurídica sobre a violência obstétrica. Observa-se, ainda, que a maioria das decisões judiciais analisadas é anterior à adoção do Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero o que pode explicar a ausência de uma análise pautada nas desigualdades de gênero. No entanto, mesmo após a implementação do referido Protocolo, nota-se que ainda são escassos os julgamentos que incorporam de forma efetiva a perspectiva de gênero, sobretudo no que diz respeito à valorização da palavra da vítima — elemento central em casos que envolvem violência obstétrica. Palavra esta desvalorizada quando se compara com argumentos de autoridade médica.

A análise das decisões judiciais revelou algum avanço, mas não se pode deixar de observar que o Sistema Judiciário necessita de maior sensibilidade e capacitação para lidar com casos de violência obstétrica de forma adequada, seguindo as diretrizes internacionais de Direitos Humanos e promovendo assim a Justiça Reprodutiva e a Justiça Social.

No Caso Jurídico de Adelir Góes, está clara a violência obstétrica: além de ser forçada a realizar o parto por cesariana, por ordem judicial, sofreu diversas violações de seus Direitos Humanos durante o parto. Considera-se emblemático o Caso Jurídico de Alyne Pimentel, pois ressalta a necessidade de que o Estado brasileiro enfrente a violação dos Direitos Humanos das mulheres e implemente ações e políticas públicas direcionadas à Justiça Reprodutiva.

Este estudo contribui para a compreensão de como a violência obstétrica afeta a saúde mental, emocional e física das mulheres, além de sugerir melhorias nas práticas direcionadas à gravidez, ao parto e ao pós-parto. Ao esvaziar o sentido político e social da Justiça Reprodutiva, o Judiciário acaba por reforçar a invisibilidade institucional da violência obstétrica, dificultando a construção de uma jurisprudência comprometida com a efetividade da dignidade reprodutiva das mulheres.

Diante dos estudos e das análises realizadas, o problema que norteou a presente Dissertação — a saber: o Estado brasileiro se comprometeu, em 2015, a atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) e respectivas metas da Agenda 2030 da ONU; importa saber como o Poder Judiciário — especialmente o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJRS) — está julgando os casos de violência obstétrica que chegam aos Tribunais de Justiça da região sul – Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná?; pode ser sinteticamente respondido afirmando-se que, embora o Brasil tenha formalmente assumido o compromisso de cumprir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da ONU, observa-se que os avanços em relação à Meta 5.6 do ODS 5, que trata do acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, permanecem limitados, sobretudo no plano da efetividade. Contexto que se repete no que diz respeito à Meta 16.3 do ODS 16, referente ao acesso à justiça, pois a garantia jurídica dos direitos reprodutivos das mulheres é, tal qual demonstrado, escassa; e, por fim no que diz respeito à Meta 3.1 do ODS 3, que induz os Estados a buscarem reduzir a mortalidade materna, ficou evidenciado que ainda muito precisa ser feito, tal qual verificado no paradigmático Caso Jurídico de Alyne Pimentel.

As decisões judiciais arroladas e analisadas revelam que, mesmo sendo reconhecidas as falhas na prestação dos serviços de saúde e os danos às pacientes, a violência obstétrica raramente é reconhecida de forma clara como uma manifestação de violência de gênero e de discriminação institucional. Essa omissão dificulta a construção de uma jurisprudência comprometida com a promoção do enfrentamento da discriminação de gênero e corrobora a necessidade de uma atuação judicial mais sensível às dimensões estruturais da violência contra as mulheres, com vistas à concretização da Justiça Reprodutiva, da Justiça Social e dos compromissos assumidos na Agenda 2030 da ONU.

Cabe destacar a promulgação da Lei 15.139/2024, que institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Paternal, originada do Projeto de Lei nº 1.640/2022. A norma é um passo significativo no reconhecimento da dor e do sofrimento decorrentes da perda

gestacional ou neonatal, compreendendo tais experiências como eventos que exigem acolhimento especializado e sensível nos serviços de saúde. A relatora do projeto, senadora Augusta Brito (PT-CE)(Senado Federal, 2025), destacou que “a perda de um filho durante a gestação ou no parto é uma dor enorme” e, portanto, demanda protocolos humanizados de cuidado. A inclusão dessa política evidencia que o Estado brasileiro, ainda que de forma gradual e parcial, começa a reconhecer a necessidade de garantir às mulheres e às famílias condições de amparo emocional, psicológico e social nos contextos reprodutivos, o que se articula diretamente com a perspectiva da Justiça Reprodutiva defendida nesta pesquisa.

Por fim, a violência obstétrica deve ser tratada como uma questão de Direitos Humanos, sendo imprescindível que o Sistema Judiciário e os órgãos públicos – particularmente os vinculados a área da saúde – trabalhem juntos para garantir que todas as mulheres possam exercer seus direitos reprodutivos de maneira autônoma, plena e livre de violência, respeitando-se, assim, sua dignidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Denise Almeida de. Direitos reprodutivos das mulheres: uma reflexão sobre a proteção internacional dos Direitos Humanos**.** In: **LOPES, Ana Maria D'Ávila; LIMA, Martonio Mont'Alverne Barreto** (orgs.). *Internalização de tratados internacionais de Direitos Humanos na América do Sul.* Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2017.

BBC NEWS BRASIL**. Cesárea sem consentimento**: a polêmica sobre os direitos do pai na sala de parto. *BBC News Brasil*, 04 abr. 2014. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/04/140404_cesarea_debate_pai_rb. Acesso em: 23 mar. 2025.

BENTO, Cida. **Cidadania em Preto e Branco**. 3 ed. São Paulo: Ática Editora, 1999.

BENTO, Cida. **O Pacto da Branquitude**. São Paulo: Companhia da Letras Editora, 2022.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:** uma política para o SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Convenção sobre os Direitos Políticos da Mulher.** 16 de Set. de 1963. Brasília. Disponível em: https://www.camara.leg.br/Internet/comissao/index/perm/cdh/Tratados_e_Convencoes/Mulher/convencao_sobre_os_direitos_politicos_da_mulher.htm#:~:text=As%20mulheres%20ter%C3%A3o%2C%20em%20igualdade,as%20elei%C3%A7%C3%B5es%2C%20sem%20nenhuma%20restri%C3%A7%C3%A3o.&text=As%20mulheres%20ser%C3%A3o%2C%20em%20condi%C3%A7%C3%B5es,legisla%C3%A7%C3%A3o%20nacional%2C%20sem%20nenhuma%20restri%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 09 jul. 2024

BRASIL. **Decreto nº 64.216, de 18 de mar. de 1969.** Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/d64216.html. Acesso em: 09 jul. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 1.973,** de 1º de ago. de 1996. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm. Acesso em 15 nov. 2023.

BRASIL. **Humanização do parto.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf. Acesso em: 23 mar. 2025.

BRASIL. **CEDAW divulga recomendações ao Estado brasileiro sobre direitos das mulheres.** Gov.br. 10 jun. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/noticias/2024/junho/cedaw-divulga-recomendacoes-ao-estado-brasleiro-sobre-direitos-das-mulheres. Acesso em: 09 jul. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 592, de 6 de jul. de 1992.** Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos. Promulgação. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm. Acesso em: 10 jul.

2024.

BRASIL. **Relatório principais ações 2023***:* Ministério das Mulheres. Brasília: Ministério das Mulheres, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/noticias/2024/fevereiro/Relatorio_Principais_Acoes_2023_Ministrio_das_Mulheres.pdf. Acesso em: 29 out. 2024.

BRASIL. **Nota técnica nº 13/2022 – SAPS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/wpcontent/2022/02/SEI_MS-0027964234-Nota-Tecnica-13.pdf. Acesso em: 06 jun. 2024.

BRASIL. **DECRETO Nº 4.377,** DE 13 DE SET. DE 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. Brasília, 13 de set. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm. Acesso em: 04 de jul. 2024.

BRASIL. **Relatório:** oficina de Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à saúde 2023. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2024/01/Relatorio_oficina_morte_materna-1.pdf. Acesso em: 24 de mar. 2025.

BRASIL. **Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher – CEDAW**. Comunicação nº 17/2008: Alyne da Silva Pimentel Teixeira vs. Brasil. Genebra: Nações Unidas, 2011. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/acoes-internacionais/Articulacao/articulacao-internacional/onu-1/Relatorio2014CasoAlyne22agosto1v.pdf. Acesso em: 16 outubro 2024.

CARNEIRO, Sueli. **Dispositivo de racialidade:** A construção do outro como não ser como fundamento do ser. 1.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

CARNEIRO, Sueli. “Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero”. In: **ASHOKA EMPREENDIMENTOS SOCIAIS; TAKANO CIDADANIA** (Orgs.). Racismos contemporâneos. Rio de Janeiro: Takano, 200

CECATTE, J.G; GOLLDEMBERG, P. Cesárea no Brasil – Um direito? In: Galvão, L e Dias**. Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil,** São Paulo, Hucitec, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Cofen). **Mulher submetida a cesárea forçada no RS estuda para ser enfermeira obstétrica. 14 out. 2026.** Disponível em: https://www.cofen.gov.br/mulher-submetida-a-cesarea-forcada-no-rs-estuda-para-ser-enfermeira-obstetrica/. Acesso em: 23 de mar. 2025.

Corrêa, Sônia; Petchesky, Rosalind. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma perspectiva feminista. Physis**: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol 6, p. 144-177, 1996.

CORTE IDH. **Caso Gutiérrez Hernández y otros vs. Guatemala.** Preliminares, Mérito, Reparações e custas. Sentença de 24 de agosto de 2017. Disponível em:

https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_339_esp.pdf. Acesso em: 11 mar. 2025.

CASOTECA DE LITIGÂNCIA ESTRATÉGICA EM DIREITOS HUMANOS. **CASO ADELIR.** 02 abr. 2014**.** Disponível em: https://casoteca.forumjustica.com.br/wp-content/uploads/2017/11/Den%C3%BAnica-Adelir-Torres-RS-CDH-RS.pdf. Acesso em: 14 jan. 2025.

COMISÍON INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. **Violência y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes:** Buenas práticas y desafíos en América latina en el Caribe, 2019: Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 14 de noviembre de 2019. Disponível em: https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf. Acesso em: 03 jul. 2024.

COOK, Rebeca. Estimulando a efetivação dos direitos reprodutivos. In: BUGLIONE, Samantha (Org.). **Reprodução e Sexualidade: uma questão de Justiça.** Porto Alegre: Themis, 2002, p. 13-61.

COOK. Rebecca j. Human Rights and Maternal Health: Exploring the Effectiveness of the Alyne Decision. In: **Journal of Law, Medicine and Ethics.** Hoboken. V. 41. N. 1. P. 103-123. 2013.Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jlme.12008. Acesso em: 15 mar. 2025.

CRENSHAW, Kimberlé. "**Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero**". Revista Estudos Feministas, v. 7, n. 12, p. 171-188, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf. Acesso em 05 abril 2024.

DAVIS, Angela. Mulheres, Raça e Classe. São Paulo: Boitempo Editorial, 1981/2016.

DE VETGÈS, Françoise. **Uma Teoria Feminista Da Violência:** Por Uma Política Antirracista Da Proteção. Ubu Editora Ltda Me. 2021.

DINIZ. Simone Grilo. **Assistência ao parto e relações de gênero:** elementos para uma releitura médico-social [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1996.

Grilo Diniz, Simone. **O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 18, núm. 48, 2014, pp. 217-220 Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho São Paulo, Brasil. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180130050020. Acesso em: 11 abril 2025.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto** – teoria e prática: gênero, Direitos Humanos, desafios e lições aprendidas na implementação de práticas humanizadas no SUS. São Paulo: Editora Dialética. 2023. ISBN 978-65-252-7336-5.

DORLIN, Elsa. **Autodefesa:** uma filosofia da violência. São Paulo: crocodilo edições/ Ubu Editora, 2020

FATHALLA, Mahmoud Fahmy. Research Needs in Human Reproduction. In: DICZFALUSY, E; GRIFFIN, P.D; FATHALLA, Mahmoud. **Research in Human Reproduction:** Biennial Report (1986-1987). World Health Organization, Geneva Editors, 1988, p. 341-346.

FAÚNDES, A.E; **CECCATTI, J.G.** Operação Cesárea no Brasil: Incidência, Tendência, Causas, Consequências e Propostas da Ação. In **Caderno de Saúde Pública,** V. 7, N. 2, 1991.

FIOCRUZ. Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Nascer no Brasil 2.** 2019. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/. Acesso em: 22 jan. 2025.

FOLHA DE S. PAULO**. Um dos dados do estudo**. *Folha de S. Paulo*, 26 maio 2002. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2605200201.htm. Acesso em: 1 abr. 2025.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA**). Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD).** Brasília: UNFPA, 1994. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ICPD-PoA-Es-FINAL.pdf. Acesso em: 27 mar. 2025.

GONÇALVES, Júlia Silva; STOLZ, Sheila. Obstetric violence as a violation of the due diligence standard in the Inter-American Human Rights System. **Boletín Mexicano De Derecho Comparado**, v. 58, n. 172, p. 1-28, 2025.
Disponível em: https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-comparado/article/view/19236 e DOI:
https://doi.org/10.22201/iij.24484873e.2025.172.19236

GONÇALVES, Júlia Silva; STOLZ, Sheila. Direitos Reprodutivos enquanto Direitos Humanos: uma proteção normativa internacional. **Revista de Direitos Humanos em Perspectiva**, v. 10, p. 23-41, 2024. Disponível em:
https://indexlaw.org/index.php/direitoshumanos/article/view/10434. Acesso em: 06 abr. 2025.

GONÇALVES, Júlia Silva; STOLZ, Sheila. O standard da Devida Diligência na Corte Interamericana de Direitos Humanos: uma análise da violência obstétrica no Caso Brítez Arce e Outros vs Argentina. **Revista Jurídica- Unicuritiba**, v. 1, p. 1-2, 2024.

GONZALEZ, Lélia. "**Racismo e sexismo na cultura brasileira**". In: SILVA, L. A. et al. Movimentos sociais urbanos, minorias e outros estudos. Ciências Sociais Hoje, Brasília, ANPOCS n. 2, p. 223-244, 1983.

HILL COLLINS, Patricia. **Black Feminist Thought. Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment**. Londres: Routledge, 1990.

HOOKS, Bell. **E eu não sou uma mulher?** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1981/2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICO APLICADA. **Agenda 2030: objetivos de desenvolvimento sustentável:** avaliação do progresso das principais metas globais para o

Brasil: ODS 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. Brasília: Ipea, 2024. 22 p. (Cadernos ODS, 3). DOI: http://dx.doi.org/10.38116/ri2024ODS3. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/14124/3/Agenda_2030_ODS_3_Assegurar_uma_vida_saudavel.pdf. Acesso em: 25 out. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Ipea). *Agenda 2030: ODS 5 – Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas*. Brasília: Ipea, 2020. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/14123/1/Agenda_2030_ODS_5_Alcancar_a_igualdade_de_genero.pdf. Acesso em: 29 out. 2024.

IVIS. Análise da mortalidade materna, fetal e infantil no Brasil (2010 -2021). Disponível em: https://ivisanalitico.aids.gov.br/dashboard/analise_da_mortalidade_materna_fetal_e_infantil_no_brasil_2010_2022. Acesso em: 04 set. 2024.

GALTUNG, Johan**. Cultural Violence**. 1 ED. V. 27. Londres; Sage Publications, 1990.

GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Boletim epidemiológico do estado do Rio Grande do Sul:** Mortalidade Materna, Infantil e Feral, 2022. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202206/07162400-boletim-epidemiologico-sobre-mortalidade-materna-infantil-e-fetal-2022.pdf. Acesso: 27 mar. 2025.

GRUPO DE TRABALHO DA SOCIEDADE CIVIL PARA A AGENDA 2030. **VIII RELATÓRIO LUZ DA SOCIEDADE CIVIL AGENDA 2030 DA ONUDE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL BRASIL**. Disponível em: https://gtagenda2030.org.br/wp-content/uploads/2024/10/rl_2024_pt-web-completo_lowres.pdf. Acesso em: 04 fev. 2025.

MATTAR, Emily; DINIZ, Simoni Grillo. Reproductive hierarchies: motherhood and inequalities in women's exercising of human rights. **Revista Interface:** Comunic, saúde, educ. [S.l], v. 16, n. 40, p. 107-119, jan/mar. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/XqxCrSPzLQSytJjsFQMdwjb/?lang=pt. Acesso em: 11 de mar.2025.

ORGANIZATION OF AMERICAN STATES. **Declaração de Direitos Humanos de Viana.** Viena, 14-25 de Junho de 1993. Disponível em: https://www.oas.org/dil/port/1993%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Programa%20de%20Ac%C3%A7%C3%A3o%20adoptado%20pela%20Confer%C3%AAncia%20Mundial%20de%20Viena%20sobre%20Direitos%20Humanos%20em%20junho%20de%201993.pdf. Acesso em: 04 jul. 2024

ORGANIZATION OF AMERICAN STATES. **Pacto Internacional dos Direitos Econônomicos, Sociais e Culturais.** 1992. Disponível em: https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf. Acesso em: 10 jul. 2024.

OEA. **CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, "CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ".** 9 de junho de 1994. Disponível em:https://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm. Acesso em: 04 jul. 2024.

OEA - ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **RELATÓRIO N° 54/01* CASO 12.051 MARIA DA PENHA MAIA FERNANDES.** BRASIL, 4 de abril de 2001. Disponível em: https://cidh.oas.org/annualrep/2000port/12051.htm. Acesso em: 05 jul. 2024.

OEA. **Convención Interamericana para Prevenir, Punir y Erradicar la Violencia contra la Mujer** - Convenção de Belém do Pará. 1994. Disponível em https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html. Acesso em 05 de abr. de 2024.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Care in normal birth. A pratical guide: marternalandanewboen health/safe motherhood unit Family anda reproductive health. Genebra: World Health Organization, 1996.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** 10 dezembro de 1948. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos. Acesso em: 20 nov. 2023

ONU. **Gender Equality.** United Nations Peace, dignity and equality on a healthy planet. S. d. Disponível em: https://www.un.org/en/global-issues/gender-equality. Acesso em: 09 jun. 2025.

ONU MULHERES. **CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER**. (CEDAW). Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw1.pdf. Acesso em: 23 de mai. 2025.

ONU MULHERES. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - Pequim, 1995.** Maria Luiza Ribeiro Viotti, 2013. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf. Acesso em 09 jul. 2024.

ONU MULHERES. **Direitos Humanos.** Youtube Onu Mulheres Brasil. 16 mar. 2016. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=hGKAaVoDlSs. Acesso em: 11 jul. 2024.

ON WOMAN. **A short historu of the commission on the status of women.** Intergovernmental support division. Un Women, New York, 2019. Disponível em: https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2019/A-short-history-of-the-CSW-en.pdf. Acesso em: 13 jul. 2024.

ON WOMAN. **Comissão sobre a Condição da Mulher.** Disponível em: https://www.unwomen.org/en/how-we-work/commission-on-the-status-of-women. Acesso em 10 jul. 2024

ONU. Relatório Alyne da Silva Pimental Teixeira (deceased) v. Brazil. Comitê CEDAW, 2011. Disponível em: https://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-49-D-17-2008.pdf. Acesso em: 15 mar. 2025.

ONU. **EXCLUSIVO: Diplomata brasileira foi essencial para menção à igualdade de gênero na Carta da ONU.** 09 nov. 2016. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/74852-exclusivo-diplomata-brasileira-foi-essencial-para-men%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-igualdade-de-g%C3%AAnero-na-carta-da. Acesso em: 25. jun. 2025.

ONU. **Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil.** S.d. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/sdgs. Acesso em: 15 mai. 2024

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **OMS lança nova recomendação sobre intervenções não clínicas para reduzir número de cesarianas desnecessárias.** 11 out. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/11-10-2018-oms-lanca-nova-recomendacao-sobre-intervencoes-nao-clinicas-para-reduzir-numero. Acesso em: 23 jun. 2025.

PEREIRA, Jacqueline Lopes; COSTA, Christian Douglas da Silva. Por um feminismo interamericano: caso "Brítez Arce", violência obstétrica e interseccionalidade. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Uberlândia**, *[S. l.]*, v. 51, n. 1, p. 887–899, 2023. DOI: 10.14393/RFADIR-51.1.2023.68331.887-899. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/revistafadir/article/view/68331. Acesso em: 15 mar. 2025.

PIOVESAN. Flávia. **Temas de Direitos Humanos.** São Paulo: Saraiva, 5. Ed, 2012.

REIS, Nadja Alves dos. **Conheça Alyne Pimentel, que inspira programa do SUS para cuidado a gestantes e puérperas.** Agência Gov, Brasília, 20 set. 2024. Disponível em: https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202409/rede-alyne-conheca-a-historia-da-jovem-negra-que-deu-nome-ao-novo-programa-de-cuidado-integral-a-gestante-e-bebe. Acesso em: 15 mar. 2025.

RIBEIRO, Djamila. **Pequeno Manual Antirracista.** Companhia das Letras; 1ª edição. 2019.

SENADO FEDERAL. **Lei garante assistência humanizada a mães e pais em luto por perda de bebê**. *Senado Notícias*, Brasília, 26 maio 2025. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2025/05/26/lei-garante-assistencia-humanizada-a-maes-e-pais-em-luto-por-perda-bebe. Acesso em: 08 jun. 2025.

SCHOROEDER SOARES, Karoline; PEREIRA HERZOG, Luíse; STOLZ, Sheila. AS VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS QUANDO DA SEPARAÇÃO FORÇADA DE MÃES E FILHOS(AS). A PARADIGMÁTICA DECISÃO DA CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS NO CASO GELMAN VS. URUGUAY. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, Florianopolis, Brasil, v. 10, n. 1, 2024. DOI: 10.26668/2525-9849/Index_Law_Journals/2024.v10i1.10466. Disponível em: https://www.indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/view/10466. Acesso em: 3 jul. 2025.

SCOTT. Joan. **Gender and the Politics of History**. New York: Columbia University Press; 1988.

SCOTT, Joan W. **Gender: a useful category of historical analysis**. The American Historical Review, [s.l.], v. 91, n. 5, p. 1053-1075, 1986. Disponível em: https://doi.org/10.2307/1864376. Acesso em: 26 ago. 2025.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação & realidade, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.

SECRETARIA DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS. **Brasil cumpriu sete dos oito objetivos de desenvolvimento do milênio**. Gov.br. 19 de set. 2015. Disponível em: https://www.gov.br/sri/pt-br/backup-secretaria-de-governo/portalfederativo/arquivos-

privados/noticias/internacionais/brasil-cumpriu-sete-dos-oito-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio#:~:text=Os%20ODM%20foram%20assumidos%20por,aids%2C%20a%20mal%C3%A1ria%20e%20outras. Acesso em: 01 fev. 2025.

SOARES, Karoline Schoroeder; HERZOG, Luíse Pereira; STOLZ, SHEILA. As violações de Direitos Humanos quando da separação forçada de mães e filhos(as). A paradigmática decisão da Corte Interamericana de Direitos Humanos no Caso Gelman vs. Uruguay. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, v. 10, p. 21-36, 2024. **DOI:** https://doi.org/10.26668/2525-9849/Index_Law_Journals/2024.v10i1.10466

TESSER, C. D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H. F. de A.; DINIZ, S. G. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1–12, 2015. DOI: 10.5712/rbmfc10(35)1013. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013. Acesso em: 1 fev. 2025.

UNFPA. **Uma mulher morre a cada dois minutos devido à gravidez ou ao parto,** indica estudo de agências da ONU. 27 fev. 2024. UNFPA Brasil. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/uma-mulher-morre-cada-dois-minutos-devido-a-gravidez-ou-ao-parto-indica-estudo-da-onu. Acesso em: 01 jul 2024.

UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS. **Recomendação Geral nº 35 sobre violência de género contra as mulheres, que atualiza a recomendação geral n.º 35.** 2017. Disponível em: https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhsldCrOlUTvLRFDjh6%2Fx1pWAeqJn4T68N1uqnZjLbtFuaxmiWrx1jUjN2YPr87ua2opczpm8HRQTpbV8yB4xPAMNMdlvkcJoAEe33GIZ%2FzBVX. Acesso em: 26 jul. 2024.

VARELLA. Patrícia. **O que é episiotomia**. Disponível em: https://drapatriciavarella.com.br/blog/o-que-e-episiotomia/. Acesso em: 11 ago. 2025.

VENEZUELA. **LEY ORGÁNICA SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA**. La Asamblea Nacional, República Boliviana de Venezuela, Caracas, 2007. Disponível em: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf. Acesso em: 11 de abril de 2025.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Appropriate technology for birth.** The Lancet, Volume 326, Issue 8452, 1985, Pages 436-437, ISSN 0140-6736, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3.

_____. **Preventions and elimination od disrespect and abuse during facility-based childbirth.** 2014. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23. Acesso em: 11 mar. 2025.

ANEXO A

Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES
Período 2021-2025

DESCRITOR: Violência Obstétrica

01. ALMEIDA, GABRIELA LIMA VALENCA. **A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E O COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL NA DEFESA DA MULHER E DO SEU DIREITO AO PARTO RESPEITOSO**' 26/06/2023 213 f. Mestrado em DIREITO DA SAÚDE: DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA, Santos Biblioteca Depositária: Universidade Santa Cecília - UNISANTA
    Detalhes
02. ARAGAO, SUELLYN MATTOS DE. **O QUE OS DISCURSOS EM TORNO DO TERMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SINALIZAM AO DIREITO?**' 13/03/2023 271 f. Doutorado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, Curitiba Biblioteca Depositária: Biblioteca Central UFPR
    Detalhes
03. BRASILEIRO, ANA CLARA MATIAS. **Violência Obstétrica Em Julgamento: Etnografia de Acórdãos Sobre Um Conceito em Disputa**' 25/09/2023 137 f. Doutorado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, Belo Horizonte Biblioteca Depositária: Repositório Institucional da UFMG
    Detalhes
04. CAETANO, LIVIA DE MOURA FARIA. **RESPONSABILIDADE CIVIL EM CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA UMA ANÁLISE DA JURISPRUDÊNCIA BRASILEIRA**' 12/09/2023 undefined f. Mestrado Profissional em DIREITO ECONÔMICO E DESENVOLVIMENTO Instituição de Ensino: INSTITUTO BRASILEIRO DE ENSINO, DESENVOLVIMENTO E PESQUISA, Brasília Biblioteca Depositária: undefined
    Detalhes
05. LOTFI, MONIZZE. **DIREITOS HUMANOS DA PACIENTE GESTANTE: NECESSIDADE DE NORMATIZAÇÃO INTERNACIONAL ESPECÍFICA?**' 09/08/2023 116 f. Mestrado em

DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS, Santos Biblioteca Depositária: Universidade Católica de Santos - UniSantos
Detalhes

06. SOUZA, ISA CARLA ALVES DE. **A Justiça Reprodutiva Como Instrumento de Promoção da Autonomia Reprodutiva de Mulheres Negras no Brasil**' 13/07/2023 103 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, Belo Horizonte Biblioteca Depositária: Repositório Institucional da UFMG
Detalhes
07. IBIAPINA, HELAINE MAGALHAES MEDEIROS. **Da autonomia privada da mulher à humanização do parto: uma busca por uma relação horizontal** ' 01/02/2022 98 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: CENTRO UNIVERSITÁRIO 7 DE SETEMBRO, Fortaleza Biblioteca Depositária: https://www.uni7.edu.br/biblioteca/biblioteca-online/
Detalhes
08. YOSHIOKA, ANARA REBECA CISCOTO. **O RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO DIREITO BRASILEIRO: A PROTEÇÃO E A PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA PERSONALIDADE DO INDIVÍDUO PARTURIENTE**' 08/02/2022 307 f. Mestrado em CIÊNCIAS JURÍDICAS Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE CESUMAR, Maringá Biblioteca Depositária: UNICESUMAR
Detalhes
09. PEREIRA, FERNANDA ARAUJO. **As Lutas Pela Humanização da Assistência Ao Parto e Ao Nascimento: um Estudo de Caso Sobre a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro**' 10/08/2022 258 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, Belo Horizonte Biblioteca Depositária: Repositório Institucional da UFMG
Detalhes
10. ROCKEMBACK, ANA CLAUDIA. **A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**' 08/06/2022 123 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA, Chapecó Biblioteca Depositária: Universidade do Oeste de Santa Catarina
Detalhes

11. FALEIROS, JULIANA LEME. **A RELAÇÃO ENTRE A CONCEPÇÃO DE FEMININO E A CONSTRUÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO: expressão do patriarcado autocrático**' 30/11/2021 199 f. Doutorado em DIREITO POLÍTICO E ECONÔMICO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE, São Paulo Biblioteca Depositária: Biblioteca Universidade Presbiteriana Mackenzie Detalhes
12. GOMES, ISABELLA GROBERIO. **HABITUS PATRIARCAL E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: BIOLOGIZAÇÃO DO SOCIAL, CONTROLE PATRIARCAL DOS CORPOS E VIOLAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DAS GRÁVIDAS, PARTURIENTES E PUÉRPERAS**' 17/03/2021 93 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: FACULDADE DE DIREITO DE VITORIA , Vitória Biblioteca Depositária: Biblioteca Professor Renato Pacheco Detalhes
13. LUSSAC, ROBERTA LEMOS. **A violência obstétrica sob o paradigma da justiça restaurativa**' 27/05/2021 175 f. Doutorado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, Rio de Janeiro Biblioteca Depositária: UERJ/Rede Sirius/Biblioteca CCS/C Detalhes
14. NUNES, ANA BEATRIZ CRUZ. **Para uma abordagem bioética dos direitos reprodutivos das mulheres frente ao tratamento jurisprudencial da violência obstétrica pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo**' 24/11/2021 118 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO (FRANCA), Franca Biblioteca Depositária: Repositório Institucional da Unesp Detalhes

Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7690904)

8.
UCHOA, ANA CAROLINA PATE CARDOSO. **E EU NÃO SOU UMA MÃE?: Maternidades Destituídas e (In)Justiça Reprodutiva**' 11/12/2024 173 f. Mestrado em Ciências Humanas e Sociais Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ABC, Santo André Biblioteca Depositária: UFABC
Detalhes (https://sucupira-legado.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=15933129)

9.
RIBEIRO, MILENA DA CUNHA. **Caminhos reprodutivos de mulheres com filhos e filhas vivendo com Síndrome Congênita do Zika Vírus**' 29/05/2019 164 f. Mestrado em SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER Instituição de Ensino: FUNDACAO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), Rio de Janeiro Biblioteca Depositária: Biblioteca da Saúde da Mulher e da Criança
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7665550)

10.
SILVA, TATIANE FARIAS DA ROSA. **MULHERES NEGRAS E JUSTIÇA REPRODUTIVA: uma contribuição para o Serviço Social**' 31/10/2022 159 f. Mestrado em SERVIÇO SOCIAL E DESENVOLVIMENTO REGIONAL Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, Niterói Biblioteca Depositária:
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13641532)

11.
AQUINO, MARIA FERNANDA PIRES DE. **BIOLOGIA DA POLINIZAÇÃO DE DUAS ESPÉCIES SIMPRÁTICAS DE ACANTHACEAE, NA REGIÃO DE CAMPINAS, SÃO PAULO**' 31/05/1998 88 f. Mestrado em BIOLOGIA VEGETAL Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, Campinas Biblioteca Depositária: BIBL. CENTRAL UNICAMP, E IB, UNICAMP

Trabalho anterior à Plataforma Sucupira

12.
GALLO, MEL BLEIL. **ACOMPANHAMENTO FEMINISTA AO ABORTO NA AMÉRICA LATINA E CARIBE: justiça reprodutiva e resistência decolonial à biopolítica**' 16/05/2021 186 f. Mestrado em Ciências Humanas e Sociais Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ABC, Santo André Biblioteca Depositária: UFABC
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=11564154)

13.
CORREIA, KARLA PATRICIA MATOS. **DIREITOS REPRODUTIVOS E JUSTIÇA DE GÊNERO: AUTODETERMINAÇÃO REPRODUTIVA DAS MULHERES NO BRASIL APÓS A LEI 9263/96 – LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR**' 03/05/2023 undefined f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS, Fortaleza Biblioteca Depositária:
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13731739)

14.
LACERDA, ANA CAROLINA COSTA. **O Paradoxo da Reprodução: Estado, População e Justiça Reprodutiva nas Relações Internacionais**' 25/09/2024 209 f. Doutorado em RELAÇÕES INTERNACIONAIS Instituição de Ensino: PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO, Rio de Janeiro Biblioteca Depositária: PUC RIO
Detalhes (https://sucupira-legado.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=15661359)

15.
MOREIRA, ARIANE FERNANDA DOS REIS. **Justiça Reprodutiva em Casa de Santo: Contribuições das vivências de terreiro para práxis do conceito**' 26/02/2023 106 f. Mestrado em PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, Porto Alegre Biblioteca Depositária: LUME - Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=12653622)

16.
LIMA, MARIANA RAMOS PITTA. **Tecnologias biomédicas e aborto em uma maternidade pública de Salvador - Bahia: estudo etnográfico.**' 20/06/2022 undefined f. Doutorado em SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, Salvador Biblioteca Depositária: Biblioteca Universitaria
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13183713)

17.
LIMA, ANA MARIA BOURGUIGNON DE. **JUSTIÇA REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PUERPERAL: AVALIAÇÃO CRÍTICA DAS CONDIÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO PERÍODO PÓS-PARTO NO BRASIL (2000-2019)**' 18/02/2022 229 f. Doutorado em CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA, Ponta Grossa Biblioteca Depositária: Biblioteca Central da UEPG
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13162938)

18.
PULS, IVANA SESSAK. **Aborto legal de gravidez decorrente de violência sexual: representações sociais de médicos/as**' 26/03/2024 191 f. Mestrado em PSICOLOGIA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, Vitória Biblioteca Depositária: undefined
Detalhes (https://sucupira-legado.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=15155832)

19.
SANTOS, LUNA BORGES PEREIRA. **JUSTIÇA REPRODUTIVA NO BRASIL: AÇÕES CONSTITUCIONAIS EM TEMPOS DE CRISES EM SAÚDE PÚBLICA**' 08/09/2024 190 f. Doutorado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, Brasília Biblioteca Depositária: BCE
Detalhes (https://sucupira-legado.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=16595075)

20.
FREITAS, LETICIA RESENDE DE. **As Contribuições do Feminismo Negro e o debate sobre Direitos Reprodutivos nos Estados Unidos**' 02/09/2024 undefined f. Mestrado em RELAÇÕES INTERNACIONAIS Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, Uberlândia Biblioteca Depositária: undefined
Detalhes (https://sucupira-legado.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=15400150)

☐ DIREITO	21	52 opções
☐ SAÚDE COLETIVA	4	
☐ PSICOLOGIA	3	
☐ SAÚDE PÚBLICA	3	
☐ SOCIOLOGIA	3	

Instituição: 45 opções

☐ UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA	11
☐ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO	8
☐ UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA	4
☐ UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS	4
☐ UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE	4

Biblioteca: 71 opções

☐ Biblioteca Central	3
☐ UNESA - Biblioteca Prof. Claudio Vianna de Lima	3
☐ BCE	2
☐ Biblioteca Central da UFPE	2

1.
PEREIRA, MILENA CASSAL. **Do vôo da Fênix aos mandamentos do Peregrino: Justiça reprodutiva e a presença negra nas ruas do Partenon em Porto Alegre/RS**' 16/04/2023 185 f. Doutorado em CIÊNCIAS SOCIAIS Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS, São Leopoldo Biblioteca Depositária: UNISINOS
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=14044289)
2.
SOUZA, ISA CARLA ALVES DE. **A Justiça Reprodutiva Como Instrumento de Promoção da Autonomia Reprodutiva de Mulheres Negras no Brasil**' 13/07/2023 103 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, Belo Horizonte Biblioteca Depositária: Repositório Institucional da UFMG
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13798318)
3.
SILVA, FLAIZA SAMPAIO. **A (DES)PROTEÇÃO CONSTITUCIONAL: A CONSTRUÇÃO DO CARATER FUNDAMENTAL DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL SOB A PERSPECTIVA FEMINISTA DO DIREITO**' 06/07/2021 108 f. Mestrado em Direito Constitucional Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, Niterói Biblioteca Depositária: -
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=11245915)
4.
SILVA, INGRID SCHIMITH MIRANDA DA. **A governança reprodutiva na América Latina: um olhar através da lente da Justiça Reprodutiva**' 07/11/2023 41 f. Mestrado Profissional em GOVERNANÇA GLOBAL E FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS INTERNACIONAIS Instituição de Ensino: PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, São Paulo Biblioteca Depositária: REPOSITORIO PUCSP
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=14943214)
5.
BARBOSA, SAMANTHA VITENA. **Emergências sanitárias e mulheres negras: interseccionalidade, justiça reprodutiva e solidariedade nas iniciativas da sociedade civil**' 21/09/2023 121 f. Mestrado em BIOÉTICA, ÉTICA APLICADA E SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino: FUNDACAO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), Rio de Janeiro Biblioteca Depositária: Biblioteca de Saúde Pública
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=14181019)
6.
BRASIL, GABRIELLA ALVES. **ATUALIZAÇÕES DA LEI DE PLANEJAMENTO FAMILIAR SOB A PERSPECTIVA DA JUSTIÇA REPRODUTIVA**' 19/09/2023 101 f. Mestrado Profissional em POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE Instituição de Ensino: FIOCRUZ (ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE, DIRETORIA REGIONAL DE BRASÍLIA), Brasília Biblioteca Depositária: Fiocruz Brasília
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13898656)
7.
LOPES, LAIS GODOI. **A Família para Além do Gênero: Reformulações dos Direitos Reprodutivos a Partir das Biotecnologias**' 09/06/2019 236 f. Doutorado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, Belo Horizonte Biblioteca Depositária: Biblioteca universitária UFMG

ELAINE REIS BRANDAO	2
Lenio Luiz Streck	2
ALZIRA MITZ BERNARDES GUARANY	1

Banca: 230 opções

DEBORA DINIZ RODRIGUES	5
CRISTIANE DA SILVA CABRAL	3
EMANUELLE FREITAS GOES	3
ANA CAROLINA BROCHADO TEIXEIRA	2
ELAINE REIS BRANDAO	2

Grande Área Conhecimento: 6 opções

CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS	26
CIÊNCIAS DA SAÚDE	16
CIÊNCIAS HUMANAS	15
MULTIDISCIPLINAR	11
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS	1

Área Conhecimento: 24 opções

DIREITO	16
SAÚDE COLETIVA	8
SOCIAIS E HUMANIDADES	7
DIREITO PÚBLICO	5
PSICOLOGIA	4

Área Avaliação: 16 opções

DIREITO	23
SAÚDE COLETIVA	12
INTERDISCIPLINAR	10
PSICOLOGIA	6
SOCIOLOGIA	5

Área Concentração: 57 opções

DIREITO, ESTADO E CONSTITUIÇÃO	4
SAÚDE PÚBLICA	4
BIOÉTICA, ÉTICA APLICADA E SAÚDE COLETIVA	2
DIREITO E JUSTIÇA	2

Nome Programa:

BRASIL
(HTTPS://GOV.BR)

CAPES
(http://www.capes.gov.br/)

Fale conosco (https://www.gov.br/capes/pt-br/canais_atendimento/fale-conosco)
Dúvidas frequentes (https://www.gov.br/capes/pt-br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes)
Serviço de informação ao cidadão - SIC (https://www.gov.br/acessoainformacao/pt-br) Ajuda

A A⁻ A A⁺

Busca

Justiça Reprodutiva

Buscar

Painel de informações quantitativas (teses e dissertações) (http://visaoanalitica.capes.gov.br/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer_guest.jsp?reportSBIP=SBIP%3A%2F%2FMETASERVER%2FDTI%2FBanco_de_teses_e_dissertacoes%2FRelatorios%2FBanco%20de%20Teses%20e%20Disserta%C3%A7%C3%B5es%20Informa%C3%A7%C3%B5es%20quantitativas(Report)&page=vi60464&sso_guest=true&printEnabled=false&shareEnabled=false&informationEnabled=false&

Inicio (index.html) > **Busca**

105 *resultados para* ***Justiça Reprodutiva***

Exibindo 1-20 de 105

<< () < () **1 ()** 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () > () >> ()

Refinar meus resultados

Tipo: *3 opções*

☑ Mestrado *(Dissertação)*	66
☑ Doutorado *(Tese)*	20

Ano: *20 opções*

☑ 2023	22
☑ 2021	17
☑ 2022	15
☐ 2019	10
☐ 2008	4

Autor: *89 opções*

☐ ADALENE FERREIRA FIGUEIREDO DA SILVA	1
☐ ADRIANA MIRANDA RAMOS COSTA	1
☐ AMANDA LUIZE NUNES SANTOS	1
☐ ANA BEATRIZ CRUZ NUNES	1
☐ ANA BEATRIZ DE MENDONCA BARROSO	1

Orientador: *82 opções*

☐ DEBORA DINIZ RODRIGUES	3
☐ JANAINA LIMA PENALVA DA SILVA	3

4.
PARIS, MARIANA SILVINO. **RESPONSABILIDADE E REPARAÇÃO: TESTEMUNHO SOBRE UM CASO DE MORTE MATERNA NA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL.** ' 24/07/2022 97 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, Brasília Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA CENTRAL - BCE - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB - BRASIL - BR
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=11656574)
5.
GUINDANI, IGOR. **Reconhecimento do estado de filiação biológico nos casos de multiparentalidade** ' 12/02/2023 159 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, Rio de Janeiro Biblioteca Depositária: Biblioteca Central da UFRJ
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13724015)

Catálogo de Teses e Dissertações
Central de Atendimento - 0800 616161

Copyright 2016 Capes. Todos os direitos reservados.

Versão: **1.1.34**

GABRIELA RONDON ROSSI LOUZADA	3
JANAINA LIMA PENALVA DA SILVA	3
DEBORA DINIZ RODRIGUES	2
ARBEL GRINER	1
DANIELA SILVA FONTOURA DE BARCELLOS	1

Grande Área Conhecimento: 1 opções

CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS	5

Área Conhecimento: 2 opções

DIREITO PÚBLICO	3
DIREITO	2

Área Avaliação: 1 opções

DIREITO	5

Área Concentração: 2 opções

DIREITO, ESTADO E CONSTITUIÇÃO	3
TEORIAS JURÍDICAS CONTEMPORÂNEAS	2

Nome Programa: 1 opções

DIREITO	5

Instituição: 2 opções

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA	3
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO	2

Biblioteca: 4 opções

Biblioteca Central da UFRJ	2
BCE - UnB	1
BIBLIOTECA CENTRAL - BCE - UnB	1
BIBLIOTECA CENTRAL - BCE - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB - BRASIL - BR	1

1.
SANTOS, ELAINE GOMES DOS. **A JUSTIÇA RACIAL REPRODUTIVA E O CONSTITUCIONALISMO AMEFRICANA: Novos pactos civilizatórios gestados por mulheres negras em marcha.**' 07/02/2023 105 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, Rio de Janeiro Biblioteca Depositária: Biblioteca Central da UFRJ
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=14940500)
2.
DANTAS, ANA CAROLINA LESSA. **Barriga de aluguel e direito à autonomia reprodutiva no Brasil: três experiências virtuais.**' 01/06/2021 136 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, Brasília Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA CENTRAL - BCE - UnB
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=10955197)
3.
SANTOS, AMANDA LUIZE NUNES. **LITÍGIO ESTRATÉGICO FEMINISTA PELO DIREITO AO ABORTO LEGAL: ENQUADRAMENTOS DISCURSIVOS EM DEBATE NO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL.**' 29/01/2023 146 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, Brasília Biblioteca Depositária: BCE - UnB
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=12938701)

BRASIL
(HTTPS://GOV.BR)

CAPES
(http://www.capes.gov.br/)

Fale conosco (https://www.gov.br/capes/pt-br/canais_atendimento/fale-conosco)
Dúvidas frequentes (https://www.gov.br/capes/pt-br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes)
Serviço de informação ao cidadão - SIC (https://www.gov.br/acessoainformacao/pt-br) Ajuda

A A⁻ A A⁺

Busca

Justiça Reprodutiva

Buscar

Painel de informações quantitativas (teses e dissertações) (http://visaoanalitica.capes.gov.br/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer_guest.jsp?reportSBIP=SBIP%3A%2F%2FMETASERVER%2FDTI%2FBanco_de_teses_e_dissertacoes%2FRelatorios%2FBanco%20de%20Teses%20e%20Disserta%C3%A7%C3%B5es%20Informa%C3%A7%C3%B5es%20quantitativas(Report)&page=vi60464&sso_guest=true&printEnabled=false&shareEnabled=false&informationEnabled=false&

Inicio (index.html) > **Busca**

5 *resultados para* ***Justiça Reprodutiva***
Exibindo 1-20 de 5

« () < () **1 ()** > () » ()

Refinar meus resultados

Tipo: *1 opções*

☑ Mestrado *(Dissertação)*	5

Ano: *3 opções*

☑ 2023	3
☑ 2021	1
☑ 2022	1

Autor: *5 opções*

☐ AMANDA LUIZE NUNES SANTOS	1
☐ ANA CAROLINA LESSA DANTAS	1
☐ ELAINE GOMES DOS SANTOS	1
☐ IGOR GUINDANI	1
☐ MARIANA SILVINO PARIS	1

Orientador: *4 opções*

☐ JANAINA LIMA PENALVA DA SILVA	2
☐ DEBORA DINIZ RODRIGUES	1
☐ FABIANA RODRIGUES BARLETTA	1
☐ VANESSA OLIVEIRA BATISTA BERNER	1

Banca: *11 opções*

Catálogo de Teses e Dissertações
Central de Atendimento - 0800 616161

Copyright 2016 Capes. Todos os direitos reservados.

Versão: **1.1.34**

DESCRITOR: Justiça Reprodutiva

01. GONCALVES, JULIA SILVA. POR UMA JUSTIÇA SOCIAL REPRODUTIVA NO SISTEMA INTERAMERICANO DE DIREITOS HUMANOS: UM ESTUDO DO CASO BRÍTEZ ARCE E OUTROS VS ARGENTINA' 28/04/2024 166 f. Mestrado em Direito e Justiça Social Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, Rio Grande Biblioteca Depositária: FURG
    Detalhes
02. BITTENCOURT, RENATA OSORIO CACIQUINHO. **ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO E IGUALDADE DE GÊNERO: caminhos de inserção e empoderamento das mulheres no campo institucional e do trabalho**' 26/03/2023 211 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: CENTRO UNIVERSITÁRIO DO DISTRITO FEDERAL, Brasília Biblioteca Depositária:
    Detalhes
03. CORREIA, KARLA PATRICIA MATOS. **DIREITOS REPRODUTIVOS E JUSTIÇA DE GÊNERO: AUTODETERMINAÇÃO REPRODUTIVA DAS MULHERES NO BRASIL APÓS A LEI 9263/96 – LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR**' 03/05/2023 undefined f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS, Fortaleza Biblioteca Depositária:
    Detalhes
04. GUINDANI, IGOR. **Reconhecimento do estado de filiação biológico nos casos de multiparentalidade** ' 12/02/2023 159 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, Rio de Janeiro Biblioteca Depositária: Biblioteca Central da UFRJ
    Detalhes
05. SANTOS, AMANDA LUIZE NUNES. **LITÍGIO ESTRATÉGICO FEMINISTA PELO DIREITO AO ABORTO LEGAL: ENQUADRAMENTOS DISCURSIVOS EM DEBATE NO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL.** ' 29/01/2023 146 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, Brasília Biblioteca Depositária: BCE - UnB
    Detalhes

06. SANTOS, ELAINE GOMES DOS. **A JUSTIÇA RACIAL REPRODUTIVA E O CONSTITUCIONALISMO AMEFRICANA: Novos pactos civilizatórios gestados por mulheres negras em marcha.**' 07/02/2023 105 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, Rio de Janeiro Biblioteca Depositária: Biblioteca Central da UFRJ
Detalhes
07. SOUZA, ISA CARLA ALVES DE. **A Justiça Reprodutiva Como Instrumento de Promoção da Autonomia Reprodutiva de Mulheres Negras no Brasil**' 13/07/2023 103 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, Belo Horizonte Biblioteca Depositária: Repositório Institucional da UFMG
Detalhes
08. PARIS, MARIANA SILVINO. **RESPONSABILIDADE E REPARAÇÃO: TESTEMUNHO SOBRE UM CASO DE MORTE MATERNA NA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL.**' 24/07/2022 97 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, Brasília Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA CENTRAL - BCE - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB - BRASIL - BR
Detalhes
09. SILVA, DEBORA SIMOES DA. **VOZES FEMININAS (IN)VISIBILIZADAS: DA (DES)ASSISTÊNCIA ESTATAL ÀS MULHERES NO ÂMBITO DO ABORTAMENTO SOB UMA PERSPECTIVA DECOLONIAL**' 08/05/2022 193 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, Curitiba Biblioteca Depositária: Biblioteca Central UFPR
Detalhes
10. DANTAS, ANA CAROLINA LESSA. **Barriga de aluguel e direito à autonomia reprodutiva no Brasil: três experiências virtuais.**' 01/06/2021 136 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, Brasília Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA CENTRAL - BCE - UnB
Detalhes

Repositório Institucional da UFMG	3
Biblioteca Central UFPR	1
Biblioteca Professor Renato Pacheco	1
Biblioteca Universidade Presbiteriana Mackenzie	1
Repositório Institucional da Unesp	1

1.
YOSHIOKA, ANARA REBECA CISCOTO. **O RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO DIREITO BRASILEIRO: A PROTEÇÃO E A PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA PERSONALIDADE DO INDIVÍDUO PARTURIENTE**' 08/02/2022 307 f. Mestrado em CIÊNCIAS JURÍDICAS Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE CESUMAR, Maringá Biblioteca Depositária: UNICESUMAR
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=11617440)
2.
NUNES, ANA BEATRIZ CRUZ. **Para uma abordagem bioética dos direitos reprodutivos das mulheres frente ao tratamento jurisprudencial da violência obstétrica pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo**' 24/11/2021 118 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO (FRANCA), Franca Biblioteca Depositária: Repositório Institucional da Unesp
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=11282744)
3.
ROCKEMBACK, ANA CLAUDIA. **A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**' 08/06/2022 123 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA, Chapecó Biblioteca Depositária: Universidade do Oeste de Santa Catarina
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=11566582)
4.
LUSSAC, ROBERTA LEMOS. **A violência obstétrica sob o paradigma da justiça restaurativa**' 27/05/2021 175 f. Doutorado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, Rio de Janeiro Biblioteca Depositária: UERJ/Rede Sirius/Biblioteca CCS/C
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=10941113)
5.
GOMES, ISABELLA GROBERIO. **HABITUS PATRIARCAL E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: BIOLOGIZAÇÃO DO SOCIAL, CONTROLE PATRIARCAL DOS CORPOS E VIOLAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DAS GRÁVIDAS, PARTURIENTES E PUÉRPERAS**' 17/03/2021 93 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: FACULDADE DE DIREITO DE VITORIA , Vitória Biblioteca Depositária: Biblioteca Professor Renato Pacheco
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=11038468)
6.
BRASILEIRO, ANA CLARA MATIAS. **Violência Obstétrica Em Julgamento: Etnografia de Acórdãos Sobre Um Conceito em Disputa**' 25/09/2023 137 f. Doutorado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, Belo Horizonte Biblioteca Depositária: Repositório Institucional da UFMG
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13881665)
7.
ALMEIDA, GABRIELA LIMA VALENCA. **A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E O COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL NA DEFESA DA MULHER E DO SEU DIREITO AO PARTO RESPEITOSO**' 26/06/2023 213 f. Mestrado em DIREITO DA SAÚDE: DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA, Santos Biblioteca Depositária: Universidade Santa Cecília - UNISANTA
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13853272)
8.
IBIAPINA, HELAINE MAGALHAES MEDEIROS. **Da autonomia privada da mulher à humanização do parto: uma busca por uma relação horizontal** ' 01/02/2022 98 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: CENTRO UNIVERSITÁRIO 7 DE SETEMBRO, Fortaleza Biblioteca Depositária: https://www.uni7.edu.br/biblioteca/biblioteca-online/
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13366712)
9.
ARAGAO, SUELLYN MATTOS DE. **O QUE OS DISCURSOS EM TORNO DO TERMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SINALIZAM AO DIREITO?**' 13/03/2023 271 f. Doutorado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, Curitiba Biblioteca Depositária: Biblioteca Central UFPR
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=14710765)
10.
CAETANO, LIVIA DE MOURA FARIA. **RESPONSABILIDADE CIVIL EM CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA UMA ANÁLISE DA JURISPRUDÊNCIA BRASILEIRA**' 12/09/2023 undefined f. Mestrado Profissional em DIREITO ECONÔMICO E DESENVOLVIMENTO Instituição de Ensino: INSTITUTO BRASILEIRO DE ENSINO, DESENVOLVIMENTO E PESQUISA, Brasília Biblioteca Depositária: undefined
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=15118206)
11.
LOTFI, MONIZZE. **DIREITOS HUMANOS DA PACIENTE GESTANTE: NECESSIDADE DE NORMATIZAÇÃO INTERNACIONAL ESPECÍFICA?**' 09/08/2023 116 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS, Santos Biblioteca Depositária: Universidade Católica de Santos - UniSantos

☐ LUCIANO PEREIRA DE SOUZA	1

Banca: 54 opções

☐ ADRIANA MACHADO YAGHSISIAN	1
☐ ANA CARLA VASCO DE TOLEDO	1
☐ ANA LUCIA PASTORE SCHRITZMEYER	1
☐ ANDRE FILIPE PEREIRA REID DOS SANTOS	1
☐ ANGELA COUTO MACHADO FONSECA	1

Grande Área Conhecimento: 1 opções

☑ CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS	14

Área Conhecimento: 1 opções

☑ DIREITO	14

Área Avaliação: 1 opções

☑ DIREITO	14

Área Concentração: 12 opções

☐ DIREITO E JUSTIÇA	3
☐ CIDADANIA, ESTADO E GLOBALIZAÇÃO	1
☐ DIMENSÕES MATERIAIS E EFICACIAIS DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS	1
☐ DIREITO INTERNACIONAL	1
☐ DIREITO POLÍTICO E ECONÔMICO	1

Nome Programa: 5 opções

☐ DIREITO	10
☐ CIÊNCIAS JURÍDICAS	1
☐ DIREITO DA SAÚDE: DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS	1
☐ DIREITO ECONÔMICO E DESENVOLVIMENTO	1
☐ DIREITO POLÍTICO E ECONÔMICO	1

Instituição: 12 opções

☐ UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS	3
☐ CENTRO UNIVERSITÁRIO 7 DE SETEMBRO	1
☐ FACULDADE DE DIREITO DE VITORIA	1
☐ INSTITUTO BRASILEIRO DE ENSINO, DESENVOLVIMENTO E PESQUISA	1
☐ UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS	1

Biblioteca: 11 opções

BRASIL
(HTTPS://GOV.BR)

CAPES
(http://www.capes.gov.br/)

Fale conosco (https://www.gov.br/capes/pt-br/canais_atendimento/fale-conosco)
Dúvidas frequentes (https://www.gov.br/capes/pt-br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes)
Serviço de informação ao cidadão - SIC (https://www.gov.br/acessoainformacao/pt-br) Ajuda

A A⁻ A A⁺

Busca

Violência Obstétrica

Buscar

Painel de informações quantitativas (teses e dissertações) (http://visaoanalitica.capes.gov.br/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer_guest.jsp?reportSBIP=SBIP%3A%2F%2FMETASERVER%2FDTI%2FBanco_de_teses_e_dissertacoes%2FRelatorios%2FBanco%20de%20Teses%20e%20Disserta%C3%A7%C3%
%20Informa%C3%A7%C3%B5es%20quantitativas(Report)&page=vi60464&sso_guest=true&printEnabled=false&shareEnabled=false&informationEnabled=false&

Inicio (index.html) > **Busca**

14 *resultados para* ***Violência Obstétrica***

Exibindo 1-20 de 14

<< () < () **1 ()** > () >> ()

Refinar meus resultados

Tipo: *3 opções*

☐ Mestrado *(Dissertação)*	9
☐ Doutorado *(Tese)*	4

Ano: *3 opções*

☑ 2023	6
☑ 2021	4
☑ 2022	4

Autor: *14 opções*

☐ ANA BEATRIZ CRUZ NUNES	1
☐ ANA CLARA MATIAS BRASILEIRO	1
☐ ANA CLAUDIA ROCKEMBACK	1
☐ ANARA REBECA CISCOTO YOSHIOKA	1
☐ FERNANDA ARAUJO PEREIRA	1

Orientador: *14 opções*

☐ CAMILA SILVA NICACIO	1
☐ ELDA COELHO DE AZEVEDO BUSSINGUER	1
☐ GABRIELA SOLDANO GARCEZ	1
☐ JOSE SEBASTIAO DE OLIVEIRA	1

Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13803902)

12.
FALEIROS, JULIANA LEME. **A RELAÇÃO ENTRE A CONCEPÇÃO DE FEMININO E A CONSTRUÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO: expressão do patriarcado autocrático**' 30/11/2021 199 f. Doutorado em DIREITO POLÍTICO E ECONÔMICO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE, São Paulo Biblioteca Depositária: Biblioteca Universidade Presbiteriana Mackenzie
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=11175015)

13.
SOUZA, ISA CARLA ALVES DE. **A Justiça Reprodutiva Como Instrumento de Promoção da Autonomia Reprodutiva de Mulheres Negras no Brasil**' 13/07/2023 103 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, Belo Horizonte Biblioteca Depositária: Repositório Institucional da UFMG
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13798318)

14.
PEREIRA, FERNANDA ARAUJO. **As Lutas Pela Humanização da Assistência Ao Parto e Ao Nascimento: um Estudo de Caso Sobre a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro**' 10/08/2022 258 f. Mestrado em DIREITO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, Belo Horizonte Biblioteca Depositária: Repositório Institucional da UFMG
Detalhes (https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=11768975)

Catálogo de Teses e Dissertações
Central de Atendimento - 0800 616161

Copyright 2016 Capes. Todos os direitos reservados.

Versão: **1.1.34**