



A Falta de Tipificação Penal do Crime de Violência Obstétrica no Ordenamento Jurídico Brasileiro

The Absence of Criminal Classification of Obstetric Violence in the Brazilian Legal System

Alyne Galvão Dias Vieira

Armando Madoz Robinson

Edmilson Lopes do Carmo

Marcus Vinicius Martins Bernardes

Resumo: A violência obstétrica constitui uma problemática de relevância crescente no cenário da saúde materna, podendo ocorrer em diferentes momentos do ciclo gravídico-puerperal e comprometendo a integridade física e psicológica das mulheres durante o processo de parturição. No contexto brasileiro, observa-se uma lacuna significativa na legislação federal, uma vez que não há uma definição normatizada de violência obstétrica, tampouco uma legislação específica que preveja punições para quem a pratique. Diante desse cenário, o presente trabalho busca analisar, sob uma perspectiva jurídica, a violência obstétrica, discutindo suas formas, impactos e as possibilidades de responsabilização dos agressores, especialmente na ausência de normativas específicas. Para tanto, realizou-se uma pesquisa bibliográfica detalhada, incluindo revisão de literatura e análise crítica de diversos textos acadêmicos, com o objetivo de aprofundar o entendimento teórico sobre o tema. Observou-se que o machismo predominante na sociedade foi um fator essencial para que as mulheres até os dias atuais tivessem seu corpo subjugado na hora do parto, a partir de procedimentos invasivos como a episiotomia e manobra de Kristeller, que apenas trataram de patologizar o parto. Além disso, apesar do Código Penal e Civil já resguardarem os direitos jurídicos da parturiente, o faz de modo genérico, necessitando de uma legislação específica para seu enfrentamento.

Palavras-chave: violência obstétrica; ordenamento jurídico; tipificação penal.

Abstract: Obstetric violence is an increasingly relevant issue within maternal health, occurring at various stages of the pregnancy and puerperium cycle and affecting the physical and psychological integrity of women during childbirth. In the Brazilian context, there is a significant legislative gap, as there is no standardized legal definition of obstetric violence nor specific laws establishing penalties for its practice. This study aims to analyze obstetric violence from a legal perspective, discussing its forms, impacts, and the possibilities for holding perpetrators accountable, particularly in the absence of specific regulations. A comprehensive bibliographic review was conducted, including literature analysis and critical examination of academic texts to deepen the theoretical understanding of the subject. The findings highlight that societal machismo has been a key factor contributing to the subjugation of women's bodies during delivery, exemplified by invasive procedures such as episiotomy and Kristeller maneuver, which have served to pathologize childbirth. Despite the protections offered by the Civil and Penal Codes, these are applied in a general manner, underscoring the need for specific legislation to effectively address obstetric violence.

Keywords: obstetric violence; legal framework; criminal typification.

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica constitui uma problemática de relevância crescente no cenário da saúde materna, podendo ocorrer em diferentes momentos do ciclo gravídico-puerperal e comprometendo a integridade física e psicológica das mulheres durante o processo de parturição. Essas ações, muitas vezes perpetradas por profissionais de saúde ou instituições de assistência, tanto públicas quanto privadas, representam uma violação dos direitos fundamentais das parturientes, configurando-se como uma forma de violência que merece atenção e enfrentamento.

No contexto brasileiro, observa-se uma lacuna significativa na legislação federal, uma vez que não há uma definição normatizada de violência obstétrica, tampouco uma legislação específica que preveja punições para quem a pratique. Diante desse cenário, o presente trabalho busca analisar, sob uma perspectiva jurídica, a violência obstétrica, discutindo suas formas, impactos e as possibilidades de responsabilização dos agressores, especialmente na ausência de normativas específicas.

Na primeira seção do presente trabalho, abordou-se a concepção teórica de violência obstétrica e como ela é visto no Direito Brasileiro e na Saúde Público, se relacionando intimamente aos Direitos Humanos. Além disso, também se citou exemplos comuns de violência obstétrica, como a realização de episiotomias, a manobra de Kristeller, bem como as cesáreas eletivas, o que auxilia para que a mulher não tenha sua autonomia garantida na hora do parto.

Na segunda seção, se abordou a perspectiva sociológica da violência obstétrica, sendo principalmente uma violência de gênero. Ela se legitima numa visão idealizada do papel materno, associada aos estereótipos de submissão, proteção e abnegação, o que joga a mulher ao espaço da maternidade, restringindo sua autonomia, que aliada ao fato de o saber médico ser considerado “superior”, nega a voz feminina sobre seu próprio corpo.

Na terceira seção, se dissertou sobre as tentativas de inserção da violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro, sendo até os dias atuais limitado a Projetos de Lei como os de nº 7.633/2014, nº 2.589/2015 e o Projeto de Lei nº 8.219 de 2017. Além disso, temos as legislações municipais de Diadema (SP) – Lei nº 3.363/1395 e Curitiba (PR) – Lei nº 14.598/1596, a lei estadual de Santa Catarina – Lei nº 17.097/2017. A única lei federal que se circunscreve nessa violência é a Lei nº 11.108/2005, que garante as parturientes o direito à presença de acompanhante

Na quarta e última seção, se falou acerca das formas de enfrentamento a violência obstétrica que podem ser divididas em mobilizações sociais, políticas públicas e ações do Poder Público na criminalização. Verifica-se que no Brasil, uma maneira que se encontrou para lidar com essa violência foram a institucionalização das doulas, além de ações públicas importantes como a Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, do Ministério da Saúde e a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde, implementada em 2003.

Para tanto, realizou-se uma pesquisa bibliográfica detalhada, incluindo revisão de literatura e análise crítica de diversos textos acadêmicos, com o objetivo de aprofundar o entendimento teórico sobre o tema. A investigação utilizou principais bases de dados relacionadas ao Direito, como Periódicos da Capes, SciElo e Google Acadêmico, bem como recursos do campo da saúde, incluindo SciElo, Medline, Lilacs e PubMed, buscando artigos científicos e estudos que abordassem a temática. Para a elaboração da pesquisa, foram empregadas palavras-chave variadas, tais como: violência obstétrica, violência de gênero, violência institucional, violência no parto e lesão no parto.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONSIDERAÇÕES GERAIS

Apesar de não estar formalmente tipificada como crime na legislação brasileira, a violência obstétrica tem sido objeto de estudo e de ações de instituições dedicadas a seu combate e compreensão. Uma dessas instituições, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, elaborou uma cartilha em 2015 na qual define a violência obstétrica como o desrespeito à mulher, ao seu corpo e aos seus processos reprodutivos. Ainda, tal violência pode se manifestar por meio de tratamentos desumanos, pela medicalização excessiva ou inadequada do parto, além de transformar processos naturais em doenças, negando às mulheres o direito de decidir autonomamente sobre seus corpos (São Paulo, Dpe, 2015).

Para ampliar essa compreensão, é importante destacar que os atos de violência obstétrica podem ser praticados não apenas por profissionais de saúde, mas também por servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, assim como por civis. Cielo e autores (2012, p. 60) reforçam essa visão ao afirmar que esses atos podem ser cometidos por diversos atores sociais, evidenciando a abrangência do problema.

Nesse cenário, observa-se uma situação de subordinação da mulher ao profissional de saúde, que muitas vezes assume uma posição de protagonismo no processo, relegando a mulher ao papel de coadjuvante. Brenes (1991, p. 146-147) destaca que essa dinâmica foi influenciada pelos avanços tecnológicos na medicina, que tenderam a diminuir a autonomia da mulher durante o parto.

Nesse contexto, a fala da mulher muitas vezes foi silenciada pelo discurso profissional, que detém maior poder na relação, o que impede que ela exerça sua autonomia e tome decisões informadas. Arguedas (2014, p. 153) reforça essa ideia ao afirmar que a mulher muitas vezes permanece como uma espectadora de tudo o que ocorre em seu próprio corpo, sem ser devidamente informada sobre as intervenções realizadas, tendo sua capacidade de questionar e decidir completamente anulada.

Importa salientar que a violência obstétrica não se limita ao momento do parto. Ela também abarca toda a esfera da saúde sexual e reprodutiva, incluindo o uso de anticoncepcionais, o planejamento familiar, procedimentos abortivos e a menopausa (Belli, 2013, p. 28). Dados apresentados no Dossiê “Violência Obstétrica – Parirás

com dor”, elaborado Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra as Mulheres (2012, p. 57), revelam a gravidade da questão. Segundo esse documento, aproximadamente 25% das mulheres entrevistadas relataram ter sido vítimas de algum tipo de violência obstétrica, envolvendo agressões verbais, situações vexatórias, xingamentos e procedimentos ou exames desnecessários e dolorosos, muitos sem seu consentimento, o que viola sua autonomia e liberdade.

Reconhecimento da Violência Obstétrica no Direito Brasileiro e na Saúde Pública

A violência obstétrica, enquanto forma de violência de gênero direcionada às mulheres durante o período gestacional, parto ou pós-parto, encontra-se atualmente desprovida de respaldo legal efetivo por parte das leis federais brasileiras. Nesse contexto, observa-se que o arcabouço jurídico nacional ainda não dispõe de dispositivos específicos que criminalizem ou regulamentem de forma clara as condutas abusivas nesse âmbito, limitando-se a projetos de lei que ainda tramitam no Congresso Nacional, sujeitos à discussão e aprovação (Ferreira, 2023, p. 1).

Um exemplo dessa iniciativa é o Projeto de Lei nº 190/23, que propõe uma alteração no Código Penal com o objetivo de criminalizar a conduta do profissional de saúde que ofenda a integridade física ou psicológica da mulher durante a gestação, parto ou período pós-parto. Assim, tal conduta passaria a configurar crime com pena de detenção de um a cinco anos, além de multa, buscando assim estabelecer um precedente jurídico que valorize a proteção à dignidade da mulher nesse período sensível. Por sua vez, o Projeto de Lei nº 422/23 visa ampliar essa proteção ao incorporar a violência obstétrica na Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que dispõe sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher.

Vale mencionar que essa forma de violência compreende práticas desrespeitosas e constrangedoras, ocorridas antes, durante ou após o parto, que geram dor física e psicológico à parturiente, violando seus direitos e sua dignidade. Muitas dessas ações acontecem dentro de unidades de saúde públicas ou privadas, incluindo negligências que desconsideram a vontade da mulher, bem como práticas que reproduzem a violência institucional (Brasil, 2022).

A persistência da violência institucional nas maternidades brasileiras revela-se como um problema antigo e invisível, que demanda ações efetivas de combate. Nesse sentido, Janaína Aguiar e Ana Flávia D'Oliveira (2011, p. 88) destacam a necessidade de enfrentar a discriminação e o preconceito de gênero na assistência em maternidades públicas, promovendo o respeito aos Direitos Humanos e aos Direitos Sexuais e Reprodutivos das pacientes. A desconstrução de uma cultura institucional que banaliza e invisibiliza a violência institucional busca uma assistência mais humanizada através da humanização do parto como uma resposta à violência institucional. Tal combate também representa uma crítica à prática médica tradicional e um convite à reinvenção social do cuidado às gestantes e puérperas (Aguiar; D'oliveira; Schraiber, 2013, p. 2294).

Segundo Andreza Santana Santos (2018, p. 74-75), a violência obstétrica deve ser entendida como uma violação ao corpo físico e psicológico da mulher, bem como à sua saúde e bem-estar. Esses bens jurídicos, previstos no ordenamento jurídico nacional, especialmente no Código Penal (art. 129), representam a dignidade do ser humano em sua totalidade, e sua violação caracteriza-se como uma afronta aos direitos fundamentais.

A Constituição garante o princípio da igualdade, previsto no art. 5º, que assegura a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. No que tange à saúde, a Constituição reforça o direito de todos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (art. 196). Segundo David Araújo e Nunes Júnior (2018, p. 632), esses princípios garantem que os recursos destinados à saúde pública não possam ser restritos a grupos específicos, e que pessoas em situações clínicas semelhantes recebam tratamento equitativo, incluindo a atenção às violências que afetam a saúde física e mental das mulheres, como a violência obstétrica.

Manifestações Rotineiras da Violência Obstétrica

A experiência de parto, muitas vezes, é agravada por fatores iatrogênicos resultantes de rotinas clínicas que, embora frequentemente adotadas sem questionamento podem intensificar o sofrimento da mulher durante esse momento crucial. Procedimentos como a imposição de imobilização, a indução ou aceleração do trabalho de parto mediante uso de ocitocicos, a realização de episiotomias, a manobra de Kristeller, bem como as cesáreas eletivas, contribuem para aumentar a complexidade e o desconforto do parto.

A episiotomia permanece como uma prática comum na assistência obstétrica, apesar das evidências que apontam para sua utilização muitas vezes desnecessária e potencialmente prejudicial à mulher (São Bento *et al.*, 2006, p. 553). Essa intervenção, frequentemente aplicada de forma rotineira, resulta em lesões que poderiam ser evitadas, além de implicar riscos consideráveis à saúde da parturiente. Segundo Diniz (2001), há uma discrepância entre os objetivos inicialmente justificáveis para a realização da episiotomia, como prevenir lesões nos genitais da mãe ou na cabeça do recém-nascido, e os resultados obtidos na prática, que muitas vezes não atendem a essas finalidades.

Já a prática conhecida como manobra de Kristeller também tem sido frequentemente empregada em ambientes hospitalares com o objetivo de acelerar o processo de expulsão do feto durante o parto. Essa intervenção consiste “na compressão abdominal pelas mãos que envolvem o fundo do útero” (Oliveira e Albuquerque, 2018, p. 40) com a intenção de impulsionar o nascituro em direção à pelve. Para isso, profissionais de saúde utilizam as mãos, como citado, além dos braços, o antebraço, ou até mesmo o joelho, chegando, em alguns casos extremos, a subir sobre o abdômen da parturiente.

A utilização dessa manobra representa um flagrante desrespeito à integridade física da mulher, além de colocar em risco sua saúde e a do bebê. Entre as

possíveis consequências, destacam-se “trauma das vísceras abdominais, do útero, descolamento da placenta, traumas fetais (...)” (Oliveira e Albuquerque, 2018, p. 40), além do próprio trauma psicológico à gestante.

O parto cesáreo, desenvolvido inicialmente com o objetivo de preservar a vida da mãe e do bebê em situações de complicações durante a gestação ou o parto (Priszkulnik e Maia, 2009, p. 81) implica riscos inerentes, que vão desde complicações menores, como febre ou perda de sangue em maior volume, até eventos mais graves, incluindo lacerações de vísceras, infecções puerperais e acidentes relacionados à anestesia.

Dados médicos de 2010 já apontavam que as taxas de mortalidade materna associadas à cesariana chegaram ao emergente índice de 52% do total de partos realizados no mesmo ano (Brasil, 2010), evidenciando os perigos potencializados por essa prática, principalmente sem a indicação precisa. Além disso, mesmo quando a mulher opta, explicitamente, pelo parto normal, complicações podem ocorrer, levando os médicos a utilizar, abusivamente, a ocitocina.

A ocitocina, hormônio de grande relevância no contexto obstétrico, é produzida pelo hipotálamo e posteriormente armazenada na hipófise posterior. Sua função central se manifesta durante o trabalho de parto, pois é responsável por estimular as contrações uterinas que conduzem ao nascimento (Nucci; Nakano e Teixeira, 2018, p. 980). Apesar de sua eficácia, tal prática vem sendo criticada por diversos autores, como Diniz (2005) que destaca que essa intervenção muitas vezes é realizada de maneira inadequada.

PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA SOBRE O CUIDADO COM A PARTURIENTE

A relação entre a violência de gênero e as reivindicações dos direitos femininos constitui um campo de análise que evidencia como as desigualdades estruturais influenciam a perpetuação de formas específicas de violência contra as mulheres. Essa violência distingue-se de outras manifestações violentas pelo fato de ser motivada pelas desigualdades nas relações de poder e alteridade entre os sujeitos envolvidos, refletindo uma construção social que reforça a hierarquia de gênero.

Segundo Saffioti e Almeida (1995, p. 02), trata-se de uma violência manifesta de múltiplas formas de agressão, alimentada por uma organização social de gênero que historicamente consolidou relações desiguais não apenas entre homens e mulheres, mas também entre mulheres. Isso se deve, uma vez que “a organização social de gênero é cotidianamente alimentada não apenas por homens, mas também por mulheres”. Essa violência de caráter endêmico transcende fronteiras culturais, sociais ou econômicas, podendo ocorrer em espaços públicos e privados e afetar mulheres em todas as fases da vida.

Na última década do século XX, a prevalência dessa problemática passou a ser reconhecida como uma questão de saúde pública, impulsionando respostas

do setor de saúde e o desenvolvimento de pesquisas específicas, dada a cascata de efeitos negativos que ela provoca na saúde física e mental das mulheres, comprometendo seu bem-estar (Scott, 1995, p. 86).

Como observa Ayales (1996, p. 21), as relações entre homens e mulheres são complementares e baseadas em relações desiguais e assimétricas, onde a noção de força de um se contrapõe à fraqueza do outro, instaurando relações de poder que se sustentam na negação e na subjugação do diferente. A cultura patriarcal e machista solidifica a violência de gênero como uma prática enraizada e padronizada nas sociedades falocêntricas, manifestando-se intensamente em diversos setores, incluindo o campo obstétrico. Murano e Boff (2010) remontam às origens do ciclo patriarcal ao período da sociedade escravista, em que a mulher era reduzida à função de procriadora.

Essa visão idealizada do papel materno, associada aos estereótipos de submissão, proteção e abnegação, circunscreve a mulher ao espaço da maternidade, restringindo sua autonomia e conferindo-lhe dignidade apenas na medida em que atende às expectativas sociais relacionadas à reprodução (Branuer, 2003). Historicamente, a mulher foi vinculada à sua função reprodutiva, sendo a maternidade vista como “sua vocação ‘natural’, porquanto todo o seu organismo se acha voltado para a perpetuação da espécie” (Beauvoir, 2009, p. 483).

Essas concepções reforçam a naturalização de violências silenciosas, que justificam ações que priorizam o bem-estar do bebê em detrimento da saúde, autonomia e direitos das próprias mulheres. No cotidiano, essa lógica se manifesta na imposição de limites às ações femininas, realizadas por uma estrutura social androcêntrica que regula e normatiza as relações entre os gêneros.

No âmbito da atenção obstétrica, essa lógica de poder é evidenciada na preferência das parturientes por não questionar práticas médicas, por considerarem os profissionais detentores de um “saber” superior ao seu, reforçando uma relação de submissão e exclusão da participação ativa na tomada de decisão (Pereira, 2004; Aguiar; D’Oliveira; Schraiber, 2013). Essa dinâmica evidencia não apenas o fortalecimento do poder do profissional de saúde, mas também a exclusão da mulher do seu próprio corpo:

O desconhecimento evidenciado por essas mulheres reforça, por um lado, o poder do profissional de saúde e, por outro, a exclusão da parturiente do ato decisório. O que mais surpreende é que, tida como objeto do cuidado, ela não participa das decisões sobre seu próprio corpo, pois é considerada inabilitada para dar conta da complexidade dos cuidados que necessita, restando-lhe resignar-se com o que lhe é oferecido (Santos; Shimo, 2008, p. 648).

As relações sociais de poder no âmbito institucional manifestam-se por meio de uma rede de normas que delineiam os papéis de dominantes e dominados. Essas normas estabelecem uma dinâmica em que ambos os grupos se reafirmam mutuamente, ao aceitarem de forma inquestionável as regras institucionais e as posições hierárquicas atribuídas.

Segundo Santos e Shimo (2008, p. 649), a “submissão feminina (...) consubstancia e interfere na relação assimétrica e hierarquizada institucionalizada, entre a mulher e a maioria dos profissionais de saúde”. Essa submissão é reforçada por uma relação autoritária exercida pela equipe de saúde, na qual a mulher é vista como uma paciente passiva, cuja autonomia é minimizada, e suas emoções, negligenciadas, desrespeitadas e silenciadas. Essa lógica de poder reforça o papel do hospital como uma instituição disciplinar, onde normas e práticas autoritárias regulam o comportamento das gestantes, instaurando uma relação de disciplina e hierarquia que limita a liberdade da mulher (Gualda, 2002, p. 43).

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

Apesar de o Brasil ser signatário de diversos instrumentos internacionais que abordam os direitos das mulheres e a proteção contra diferentes formas de violência, como a própria Declaração Universal dos Direitos Humanos, a legislação nacional carece de normatizações específicas voltadas à temática da violência obstétrica. Nesse contexto, a Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, limita-se ao combate à violência no âmbito doméstico e familiar, diferentemente de outros países da América Latina, cuja legislação específica contempla diversas modalidades de violência de gênero, incluindo a violência obstétrica (Leite *et al.*, 2022, p. 485-486).

Desde 2014, tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 7.633/2014, elaborado pela organização Artemis, dedicada à defesa e promoção dos direitos das mulheres, e subscrito pelo deputado Jean Wyllys (PSOL/RJ). Tal projeto se destaca por dispor sobre “a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal” (Brasil, 2014), sendo um instrumento normativo mais abrangente na tentativa de regulamentar a violência obstétrica, pois vai além do conceito de parto humanizado e lista de forma clara as condutas que podem configurar violência obstétrica em seu artigo 14.

Por outro lado, o Projeto de Lei nº 2.589/2015, de autoria do deputado Marco Feliciano, limita-se à criminalização da violência obstétrica, sem aprofundar no detalhamento das condutas que a caracterizam. A proposta baseia-se, sobretudo, no artigo 146 do Código Penal, criminalizando a prática apenas em relação aos profissionais de saúde, sem propor medidas de humanização ou reconhecer a violência obstétrica como uma forma de violência de gênero (Brasil, 2015). Assim, sua efetividade é questionável, dado o caráter genérico e limitado de sua abordagem.

É válido citar outras tentativas importantes de abordar o tema, como o Projeto de Lei nº 8.219 de 2017, apresentado pelo deputado Francisco Floriano, que visa classificar e categorizar atos praticados por profissionais de saúde, incluindo médicos, que possam prejudicar ou afetar de forma negativa as gestantes durante o trabalho de parto ou imediatamente após esse momento (Brasil, 2017). Em complemento, o Projeto de Lei nº 878 de 2019, apresentado pela deputada

Talíria Petrone do PSOL-RJ, propõe a criação de uma legislação específica voltada à humanização do parto e à assistência à mulher e ao recém-nascido durante esse momento (Brasil, 2019).

Entretanto, diante da ausência de uma legislação federal específica, alguns municípios e estados brasileiros passaram a editar suas próprias normas para tratar do tema. Destacam-se as legislações municipais Diadema (SP) – Lei nº 3.363/1395 e Curitiba (PR) – Lei nº 14.598/1596 e lei estadual de Santa Catarina – Lei nº 17.097/2017, que representam iniciativas importantes na tentativa de tipificar e combater a violência obstétrica (Diadema, 2019; Curitiba, 2015; Santa Catarina, 2017).

Além das legislações estaduais, é importante destacar a Lei nº 11.108/2005, que garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2005). Apesar de esse direito estar formalmente assegurado, sua efetividade é limitada na prática, uma vez que muitas maternidades não permitem a presença do acompanhante durante toda a internação, sobretudo nos momentos de pré-parto e recuperação (Frutuoso e Brüggemann, 2013, p. 910).

A Possibilidade da Criminalização da Violência Obstétrica

A responsabilização por atos de violência obstétrica pode ocorrer tanto na esfera administrativa quanto na cível, contudo, essa responsabilização depende da comprovação da culpa do profissional envolvido. A violência obstétrica, por sua natureza subjetiva, apresenta desafios na demonstração de sua ocorrência, uma vez que muitas das ações consideradas abusivas podem não ser facilmente evidenciadas ou percebidas pelas vítimas ou por seus familiares (Pereira e Paiva, 2023).

Nesse contexto, a legislação brasileira oferece mecanismos de reparação, sobretudo na esfera civil, onde a mulher que sofreu tal violência pode requerer indenização por danos morais e materiais, conforme preceituam os artigos 186 e 927 do Código Civil (Brasil, 2002). Esses dispositivos estabelecem que qualquer ação ou omissão que cause danos a outrem gera a obrigação de reparação, incluindo-se a violação aos direitos da gestante.

Além disso, o Código de Defesa do Consumidor (CDC) reforça a necessidade de comprovação de culpa para responsabilizar o profissional. Em seu artigo 14, § 4º, dispõe que “a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”, o que implica que médicos e demais profissionais de saúde só podem ser responsabilizados por atos ilícitos se houver prova de negligência, imprudência ou imperícia.

Tal entendimento, porém, pode gerar uma situação em que os profissionais atuem de forma negligente ou até abusiva, visto que a violência obstétrica enquanto violência “existe em todas as instituições, por todos os profissionais, todos os dias, algumas mais explícitas, outras mais maquiadas, a maioria não é denunciada, porque a paciente ou os profissionais não entendem como uma violência” (Oliveira e Penna, 2017, p. 5).

Na esfera administrativa, o Código de Ética Médica regulamenta as condutas dos profissionais de saúde e estabelece procedimentos para apuração de denúncias. Segundo Bonetti e Fugii (2021, p. 1), o processamento dessas denúncias deve ocorrer via denúncia perante a Ouvidoria, a Comissão de Ética do hospital ou o Conselho Regional de Medicina, sendo que a responsabilidade do profissional é pessoal e não presumida. Entre as condutas vedadas, destacam-se a prática de atos médicos desnecessários ou proibidos (art. 14), tratamento desrespeitoso ou discriminatório (art. 23), e o desrespeito ao direito do paciente de decidir sobre seus procedimentos (arts. 24 e 31).

Essas normativas visam coibir práticas que possam configurar violência obstétrica, impondo sanções disciplinares aos profissionais culpados. No entanto, o âmbito criminal apresenta uma lacuna significativa. Apesar da clara necessidade de uma tipificação penal específica que defina claramente o que constitui violência obstétrica e penas para seus autores, fica claro que o Código Penal protege os bens jurídicos das parturientes de forma genérica. Os delitos que, na prática, podem abarcar condutas de violência obstétrica são crimes já previstos no Código Penal, como constrangimento ilegal (art. 146), ameaça (art. 147), maus-tratos (art. 136) e lesão corporal (art. 129).

No que tange à responsabilidade do médico, esta está intrinsecamente ligada à ocorrência de erro culposo. Segundo Castro (2005, p. 4), a conduta inadequada do profissional, associada à violação de regras técnicas, é potencialmente capaz de causar danos à vida ou agravar o estado de saúde de um paciente, especialmente quando tal conduta decorre de imperícia, imprudência ou negligência. O Manual de Orientação Ética e Disciplinar do Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina define erro médico como “o mau resultado ou resultado adverso decorrente da ação ou da omissão do médico, por inobservância de conduta técnica, estando o profissional no pleno exercício de suas faculdades mentais”. Essa definição exclui, portanto, as limitações impostas pela própria natureza da doença ou as lesões produzidas deliberadamente pelo médico com a finalidade de tratar um mal maior (Cremesc, 2000).

FORMAS DE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

No que tange o enfrentamento a violência obstétrica, destaca-se a defesa a um parto humanizado. A discussão sobre a humanização do parto tem sido objeto de amplo debate na área da saúde, especialmente no contexto da obstetrícia, onde a ênfase tem se deslocado do paradigma biomédico para uma abordagem mais centrada na mulher, respeitando suas necessidades físicas, emocionais e sociais. Segundo Nogueira (2015, p. 37), o conceito de parto humanizado apresenta uma diversidade de interpretações; contudo, de modo geral, pode ser compreendido como:

Aquele realizado com a menor quantidade de intervenções médicas e farmacológicas possível, o qual respeita o tempo físico e psíquico da mulher para parir, ocorrido em um lugar

respeitoso e acolhedor e com o consentimento informado a todos os procedimentos que possam ser realizados, sempre com observância da medicina baseada em evidências.

Essa postura está alinhada com os princípios da medicina baseada em evidências, que busca fundamentar as ações clínicas em dados científicos confiáveis, promovendo segurança e efetividade no cuidado. Visto a predominância da medicalização do parto no Brasil, a partir de inúmeras técnicas, tais princípios coadunam a uma visão menos patológica do mesmo (Côrtes *et al*, 2018, p. 2).

No Brasil, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), fundada em 1993, representa uma iniciativa importante na promoção de cuidados baseados em evidências científicas (Diniz, 2005, p. 631). No contexto do parto vaginal, tal iniciativa observa que a imposição de rotinas rígidas, a escolha de posições padronizadas durante o processo e as intervenções obstétricas desnecessárias frequentemente perturbam e dificultam o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto. Essas práticas, ao invés de favorecerem uma experiência de nascimento mais harmoniosa, acabam por transformar o parto em um evento marcado por patologização e intervenção médica excessiva (Rehuna, 1993).

Outra estratégia relevante nesse movimento é a valorização da presença de doulas, profissionais que, embora não substituam a equipe médica, oferecem suporte emocional e psicológico às gestantes, esclarecendo-as sobre o que ocorre durante o parto e promovendo uma experiência mais positiva e participativa. O Ministério da Saúde, ao reconhecer e orientar a profissão através da Nota Técnica nº 13/2024, conferiu-lhe um status formal, fortalecendo sua legitimidade na Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil.

A valorização do protagonismo feminino e a redução da passividade durante o parto também estão relacionadas às ações do Poder Público, que têm papel fundamental na implementação de políticas públicas que promovam a humanização. A Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, do Ministério da Saúde, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, com o objetivo de ampliar o acesso aos cuidados de qualidade, promovendo ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, de modo articulado entre diferentes níveis de atenção (Brasil, 2000).

Uma das estratégias desse programa foi a criação de Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal, que visam organizar e orientar o atendimento obstétrico em âmbito estadual, regional e municipal, promovendo uma gestão mais eficiente e sensível às necessidades individuais de cada mulher e criança. Complementarmente, a Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008, estabelece diretrizes técnicas para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, fundamentando-se na Lei nº 8.080/1990, que garante o direito universal à saúde, na Lei nº 9.782/1999, que regula a vigilância sanitária, e na Lei nº 9.656/1998, que regula os planos de saúde.

Essas normativas reforçam a importância de uma assistência que respeite os aspectos fisiológicos do parto, evitando práticas que patologizem esse processo natural (Brasil, 2008). Além disso, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, firmado em 2004, e a Portaria MS/GM nº 399/2006, que reconhece que o parto e nascimento são eventos de profundas dimensões sociais, culturais e fisiológicas, e não meramente patologias a serem tratadas (Brasil, 2006).

A Política de Humanização do Parto e Nascimento, criada pela Portaria GM/MS nº 569/2000, e a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde, implementada em 2003, representam marcos institucionais que buscam estruturar o sistema de saúde de modo a valorizar o cuidado humanizado, promovendo a formação de profissionais sensibilizados para essa abordagem. Ainda, a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, instituiu a Rede Cegonha, com foco na atenção integral à saúde materno-infantil, reforçando a necessidade de ações coordenadas para reduzir as altas taxas de mortalidade materna e infantil no país, que ainda representam desafios significativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica emergiu como um tema de relevância crescente no cenário atual, demandando uma ampliação das estratégias voltadas ao seu combate. Apesar de o Brasil não possuir uma legislação federal específica que a tipifique, destaca-se que a existência de ações legislativas contribui para o fortalecimento de uma luta pelos direitos femininos na saúde e do direito, com o objetivo de garantir o respeito aos seus direitos humanos.

Analisando a origem da violência obstétrica, fica evidente que ela possui raízes históricas profundas, fortemente marcadas por questões de gênero e a figura da mulher como um indivíduo que tem somente a “utilidade de procriação”. Essas dimensões, quando somadas às relações de poder, favorecem a ocorrência de abusos, violações da liberdade e subjugação das mulheres em ambientes institucionais, como hospitais. A mulher, sobretudo ao se observar por uma perspectiva interseccional, sofre diversas formas de violação de seus direitos, muitas vezes decorrentes de uma institucionalização da violência sobre seu corpo.

Outro aspecto relevante refere-se à resistência por parte do segmento médico, que muitas vezes nega a existência ou a possibilidade de agir de forma antiética. Isso pode ser visto no trabalho a partir da realização de episiotomias, a manobra de Kristeller e as cesáreas eletivas, que sob a justificativa apresentada de o profissional proteger a paciente a partir dessas práticas, resulta em uma medicalização excessiva e a patologização da gestação e do parto, sendo a mulher um mero objeto de intervenção. Essas atitudes, além de ineficazes do ponto de vista biológico vide a não contribuição para a diminuição de mortalidade ou riscos inerentes ao parto, também resultam em violações sérias aos direitos das mulheres, perpetuando uma cultura de desrespeito e desumanização.

Para o enfrentamento efetivo dessa problemática, é imprescindível o compromisso de diferentes atores sociais e institucionais. Organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde, por meio de documentos e convenções, oferecem diretrizes que orientam ações governamentais e privadas na promoção de uma assistência obstétrica humanizada. No Brasil, exemplos de avanços incluem a implementação de políticas públicas, como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e a Rede Cegonha, que visam garantir uma atenção integral e respeitosa às gestantes em todo o ciclo de cuidado, desde o pré-natal até o pós-parto.

A criação de um arcabouço legal robusto é igualmente relevante, pois permite que as vítimas possam recorrer às vias administrativas e judiciais para buscar reparação e responsabilização. Nesse sentido, destacam-se os projetos de lei nº 7.633/14, nº 2.589/15 e nº 8.219/17, que propõem medidas concretas para o enfrentamento da violência obstétrica, oferecendo um respaldo jurídico mais consistente. A existência de uma legislação específica, aliada a mecanismos de punição eficazes, coíbe fortemente práticas abusivas e garante a proteção dos direitos das mulheres.

Assim, a construção de um sistema jurídico mais completo e sensível às particularidades do obstetra e das gestantes é uma demanda urgente, visto a negação histórica que os direitos das mulheres sofreram, sendo somente por meio de intensas lutas sociais que se logrou a percepção de que elas são sujeitos de direitos. Reconhecer e valorizar esses direitos são uma tarefa fundamental do direito, que deve evoluir para garantir a proteção integral da sociedade, especialmente das mulheres, frente às violações que ainda persistem.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaina Marques de; d'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. **“Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde”**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, nov. 2013.

AGUIAR, Janaína Marques; d'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 15, n. 36, jan./mar. 2011.

ARAÚJO, Luiz Alberto David; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Verbatim, 2018.

ARGUEDAS, Gabriela. **La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de La experiencia costarricense**. Cuadernos de Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe, v. 11, n. 1, p. 145-169, 2014. Costa Rica.

AYALES, Ivannia. **Género en desarrollo: de la vivencia a la reflexión**. In: AYALES, Ivannia *et al.* **Género, comunicación y desarrollo sostenible: aportes conceptuales y metodológicos**. Coronado, Costa Rica: IICCA; ASDI, 1996.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

BELLI, Laura. **La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos**. Revista Red Latinoamericana y Del Caribe de Bioética, ano 4, v. 1, n. 7, jan.-jun. 2013.

BONETTI, Irene; FUGII, Susie. **A violência obstétrica em suas diferentes formas**. *Migalhas*, 2021. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/339310/a-violencia-obstetrica-em-suas-diferentes-formas>. Acesso em: 29 abr. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 2589/2015**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1618070&fichaAmigavel=nao#>. Acesso em: 28 abr. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 7.633/2014**. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785. Acesso em: 27 mar. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 7.867/2017**. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=AC09E88E486EE2C6AC480F5277D5BCDB.proposicoesWebExterno1?codteor=1574562&filename=Avulso+-PL+7867/2017. Acesso em: 27 mar. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 3 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 04 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 03 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.321, de 31 de março de 2022**. Altera a Lei nº 13.869, de 5 de setembro de 2019, para tipificar o crime de violência institucional. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/Lei/L14321.htm. Acesso em: 3 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Institui o Código Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 04 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA Nº 13/2024-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS**. Trata-se de orientação técnica acerca da atuação e da contribuição da doula no âmbito da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, na gestação, no trabalho de parto, no parto e após o parto. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-13-2024-cosmu-cgaci-dgci-saps-ms.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000**. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. **Direito, sexualidade e reprodução humana: conquistas médicas e o debate bioético**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BRENES, Anayansi Correa. **História da parturição no Brasil, século XIX**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, jun. 1991.

CIELLO, Cariny *et al.* **Parto do princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. 2012.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Manual de orientação ética e disciplinar**. v. 1, 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: CREMESC, 2000. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/regional/crmsc/manual/parte3d.htm>. Acesso em: 22 abr. 2025.

CÔRTES, C. T. *et al.* **Implementation of evidence-based practices in normal delivery care**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, e2988, 2018.

CURITIBA (PR). **Lei nº 14.598, de 16 de janeiro de 2015**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Curitiba. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/leiordinaria/2015/1459/14598/lei-ordinaria-n-14598-2015->. Acesso em: 28 abr. 2025.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência obstétrica: você sabe o que é?** São Paulo: Escola da Defensoria Pública do Estado, 2013. Disponível em: <http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-donascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2025.

DIADEMA (SP). **Lei municipal nº 3.363, de 1º de outubro de 2013**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a

Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: http://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/leis_integra.php?chave=336313. Acesso em: 28 abr. 2025.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001. 263 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, 2001.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

FERREIRA, Ivanir. **Medo, desamparo e solidão: impactos da violência obstétrica em gestantes adolescentes do Nordeste**. *Jornal da USP*, 2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/medo-desamparo-e-solidao-impactos-da-violencia-obstetrica-em-gestantes-adolescentes-do-nordeste/>. Acesso em: 15 abr. 2025.

FRUTUOSO, Letícia Demarche; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. **Conhecimento Sobre A Lei 11.108/2005 E A Experiência Dos Acompanhantes Junto À Mulher No Centro Obstétrico**. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 909-917, out./dez. 2013.

GUALDA, Dulce Maria Rosa. **Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto**. Curitiba: Maio, 2002.

LEITE, T. H. *et al.* **Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil**. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 2, fev. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>.

MURANO, Rose Marie; BOFF, Leonardo. **Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças**. São Paulo: Record, 2010.

NOGUEIRA, Beatriz. **Violência obstétrica: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região Sudeste**. Ribeirão Preto: USP, 2015.

NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 979-998, out./dez. 2018.

OLIVEIRA, Lualica Gomes Souto Maior de; ALBUQUERQUE, Aline. **Violência Obstétrica E Direitos Humanos Dos Pacientes**. *Revista CEJ*, Brasília, ano XXII, n. 75, p. 36-50, maio/ago. 2018.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. de M. **O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde**. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 26, n. 2, p. 1-10, 2017.

PEREIRA, Francinni Ferreira; PAIVA, Jaqueline de Kassia Ribeiro de. **Violência obstétrica e a responsabilidade criminal no Brasil**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, São Paulo, v. 9, n. 10, out. 2023.

PEREIRA, Wilza Rocha. **Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde**. Texto & Contexto Enfermagem, v. 13, n. 3, p. 391-400, jul./set. 2004.

PRISZKULNIK, Goldete; MAIA, Anselmo Carrera. **Parto humanizado: influências no segmento saúde**. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 80-88, 2009.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO (Rehuna). **Carta de Campinas**. 1993. (Mimeo).

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

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Disponível em: <[link incompleto]>.

SANTOS, Andreza Santana. **Uma Análise da Violência Obstétrica à Luz da Teoria do Bem Jurídico: A Necessidade de uma Intervenção Penal Diante da Relevância do Bem Jurídico Tutelado**. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Curso de Direito, 2018.

SANTOS, Jaqueline de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. **Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres**. [Dados incompletos – favor revisar para inclusão adequada].

SÃO BENTO, Paulo Alexandre de Souza *et al.* **Realização Da Episiotomia Nos Dias Atuais à Luz Da Produção Científica: Uma Revisão**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 10, n. 3, p. 552-559, dez. 2006.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma Categoria Útil de Análise Histórica**. Educação e Realidade, 1995.