



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ – UESPI
CAMPUS PROFESSOR BARROS ARAÚJO
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO



PAOLA MARQUES DANTAS

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NOS PRESÍDIOS FEMININOS DO BRASIL: DESAFIOS
E PERSPECTIVAS DE PROTEÇÃO DA MULHER GRÁVIDA ENCARCERADA**

PICOS-PI

2025

PAOLA MARQUES DANTAS

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NOS PRESÍDIOS FEMININOS DO BRASIL: DESAFIOS
E PERSPECTIVAS DE PROTEÇÃO DA MULHER GRÁVIDA ENCARCERADA**

Monografia apresentada ao curso de
Direito da Universidade Estadual do Piauí,
Campus de Picos, como requisito
obrigatório para obtenção do grau de
Bacharelado em Direito.

Orientadora: Profa. Ma. Ingrid Medeiros
Lustosa Diniz Ribeiro.

PICOS-PI

2025

D192v Dantas, Paola Marques.

Violência obstétrica nos presídios femininos do Brasil:
desafios e perspectivas de proteção da mulher grávida encarcerada
/ Paola Marques Dantas. - 2025.
52f.: il.

Monografia (graduação) - Curso de Bacharelado em Direito,
Universidade Estadual do Piauí, 2025.
Orientador: Profª. Ma. Ingrid Medeiros Lustosa Diniz Ribeiro.

1. Violência Obstétrica. 2. Encarceramento Feminino. 3.
Direitos Humanos. 4. Saúde da Mulher. 5. Sistema Prisional. I.
Diniz, Ingrid Medeiros Lustosa . II. Título.

CDD 340

PAOLA MARQUES DANTAS


**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NOS PRESÍDIOS FEMININOS DO BRASIL: DESAFIOS
E PERSPECTIVAS DE PROTEÇÃO DA MULHER GRÁVIDA ENCARCERADA**

Monografia apresentada ao curso de
Direito da Universidade Estadual do Piauí,
Campus de Picos, como requisito
obrigatório para obtenção do grau de
Bacharelado em Direito.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ma. Ingrid Medeiros Lustosa Diniz Ribeiro (UESPI)
Presidente da banca

 Documento assinado digitalmente
AMELIA COELHO RODRIGUES MACIEL
Data: 26/11/2025 16:47:22-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dra. Amélia Coelho Rodrigues Maciel (UESPI)
Membro titular

Prof. Me. Alekssandro de Sousa Libério (UESPI)
Membro titular

Dedico este trabalho ao saudoso Ludgero Furtado de Assis Filho (*in memoriam*), para mim, “Padim Gerinho”, a quem o câncer tirou a vida, mas nunca a fé, a força e a esperança.

AGRADECIMENTOS

Quando penso que cheguei até aqui, meus pés demoram a sentir o chão em que estou erguida. Automaticamente, meu pensamento me leva até 2021, quando iniciei um curso que não sabia muito bem se queria e, definitivamente, em uma modalidade que jamais considere. Foram muitos dias de muito choro. O cansaço das viagens, toda a dificuldade que passei com os carros, e o estudo durante a noite não me permitiam que eu sentisse qualquer satisfação naquilo.

Entretanto, nas pequenices do dia-a-dia, fui me dando conta daquilo que eu já devia saber: Deus planeja tudo, e tudo que Ele faz é perfeito. A vontade dEle é boa, perfeita e agradável. Com o tempo, as coisas foram se encaixando, fui descobrindo uma versão minha que ainda me era estranha e as oportunidades foram surgindo. Tudo foi para o seu devido lugar. E, por isso, aqui vai meu primeiro agradecimento: Obrigada, Deus, por permitir que meu coração aceitasse e amasse meu cotidiano. Mesmo cansada, foi a força Tua força que me manteve de pé.

Agradeço aos meus amigos no céu, São José, Santa Teresinha do Menino Jesus, São José Maria Escrivá e à minha Mãezinha, Nossa Senhora. Todos escutaram de coração aberto minhas alegrias e dores até aqui.

Agradeço a meu pai, Vilobaldo, e minha mãe, Raimunda Nonata, por sempre terem aguentado o peso em suas costas cansadas para que, para mim, tudo fosse leve. À vocês, devo não só minha vida, como devo todo o êxito logrado até aqui, afinal, foi dentro de minha casa que vi e aprendi que o trabalho e o esforço devolvem. Agradeço a meu irmão, Petherson, por, diariamente, sacrificar seu descanso sagrado por mim, quando precisava me buscar depois das dez da noite. Quando penso em você, desejo que todo mundo possa ter a sorte de experimentar a vivacidade que é ter um irmão.

Agradeço ao meu noivo (e amor da vida), Gustavo Renan, por ter sido apoio incondicional durante essa trajetória. Meu amor, viver esses anos com você me ensina que dois juntos sentem melhor do que um sozinho, tanto que acho que já não sei mais sentir sem você. Desde que meus olhos encontraram os seus, esqueci o significado de solidão. Meu coração, além de gratidão, é só anseio para que sejamos logo um só.

Agradeço à minha orientadora, Prof^a. Ingrid Medeiros Lustosa Diniz Ribeiro, pela orientação atenciosa, pela dedicação constante e pela paciência em cada etapa deste trabalho. Seu comprometimento e incentivo foram essenciais para o desenvolvimento do trabalho e para o meu crescimento acadêmico e pessoal ao longo desta missão.

Agradeço a minha dupla, que carinhosamente chamo de Lani, com quem, desde o primeiro semestre, divido os perrengues com provas, trabalhos e os fardos da árdua caminhada até aqui. Passamos a dividir também os anseios e os medos até que, dado o momento, uma colocava a cabeça da outra no lugar. E sempre juntas entregando tudo aquilo para Deus. Obrigada, minha amiga, por sempre estar a postos para me ouvir dizer: “não aguento mais” e responder: “calma, amiga, vai dar tudo certo! Vamos confiar em Deus!”. Quase sempre, na hora do “aperreio” é só isso que precisamos ouvir, e sou grata por você sempre ter estado aqui para falar.

Agradeço a uma amiga que, mesmo recém-chegada, já fez por mim o que eu não costumo esperar de ninguém. Olga, ou melhor, chefe, nunca vou cansar de agradecer por sua compreensão e paciência. Seu coração humano me faz ter fé em dias justos. Rogo para que um dia você perceba (e aceite) o quanto irradia luz por onde passa. Agradeço também a quem termina de compor o (nosso) trio das meninas super poderosas, Rayla. Obrigada por, como sempre lhe digo, todo dia me ensinar uma coisa nova. Sua inteligência revigora. Obrigada mais ainda por suas sutis e singulares demonstrações de carinho, seu cuidado (do seu jeitinho, sem tirar e nem por) encanta.

Agradeço à minha família pelo apoio fiel de sempre, especialmente à Tio Lulu, Madrinha Rosário, Pituca e Marília. Agradeço às minhas amigas/irmãs Larissa, Kamile e Amanda, que sempre se fizeram presentes nessa luta.

Agradeço a todos meus colegas de turma, de modo especial à Stéphanie, Laila, Gabriel, Francisco e Ryan que, embora tenham, inúmeras vezes, tirado o pouco do juízo que eu tinha, sei que será um prazer dividir a profissão com pessoas tão competentes.

A vocês, que foram aqui citados, e os que não foram, mas fizeram parte dessa história, meu muito obrigada. Essa conquista também pertence a vocês.

“Quem é bom é livre, ainda que seja escravo. Quem é mau é escravo, ainda que seja livre.”

(Santo Agostinho)

RESUMO

O estudo analisa a incidência e as particularidades da violência obstétrica no contexto do encarceramento feminino brasileiro, buscando compreender os desafios e as perspectivas de proteção dos direitos das mulheres gestantes privadas de liberdade. A pesquisa, de abordagem qualitativa e natureza bibliográfica e documental, discute a evolução histórica e conceitual da violência obstétrica, a ausência de tipificação legal específica e a insuficiência de políticas públicas que assegurem uma assistência obstétrica humanizada, em especial às mulheres encarceradas. Verifica-se que o sistema prisional brasileiro, estruturado sob uma lógica masculina e punitivista, não atende às necessidades específicas da mulher, sobretudo no ciclo gravídico-puerperal. As evidências indicam práticas recorrentes de negligência, maus-tratos, uso indevido de algemas e violação da privacidade, em desacordo com normas nacionais e internacionais de direitos humanos. A pesquisa destaca a necessidade de regulamentação legal da violência obstétrica, de políticas públicas efetivas e de uma atuação estatal intersetorial voltada à proteção da dignidade, da saúde e dos direitos reprodutivos das mulheres encarceradas.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Encarceramento feminino; Direitos humanos; Saúde da mulher; Sistema prisional.

ABSTRACT

The study analyzes the incidence and particularities of obstetric violence within the context of female incarceration in Brazil, seeking to understand the challenges and prospects for protecting the rights of pregnant women deprived of liberty. The research, with a qualitative approach and bibliographic and documentary nature, discusses the historical and conceptual evolution of obstetric violence, the absence of specific legal typification, and the insufficiency of public policies that ensure humanized obstetric care, especially for incarcerated women. It is verified that the Brazilian prison system, structured under a male-centered and punitive logic, fails to meet the specific needs of women, particularly during the pregnancy and postpartum cycle. The evidence points to recurrent practices of negligence, mistreatment, misuse of handcuffs, and violations of privacy, in disagreement with national and international human rights standards. The research highlights the need for legal regulation of obstetric violence, effective public policies, and intersectoral state action aimed at protecting the dignity, health, and reproductive rights of incarcerated women.

Keywords: Obstetric violence; Female incarceration; Human rights; Women's health; Prison system.

LISTA DE SIGLAS

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CEDAW – Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women)

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CRF – Centro de Reeducação Feminina

SISDEPEN – Sistema Nacional de Informações Penais

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

SV – Súmula Vinculante

TJ-RJ – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

VO – Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	16
2.1 Evolução histórica e Conceitos.....	16
2.2 Legislação aplicada ao Tema Violência Obstétrica.....	20
3 ENCARCERAMENTO FEMININO NO BRASIL.....	27
4 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CONTEXTO DO ENCARCERAMENTO FEMININO.....	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	43

1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica (VO), segundo a conceituação de Rogelio Pérez D'Gregorio (2010), consiste em qualquer ato, culposos ou dolosos, praticado durante a assistência ao parto, sem o consentimento da gestante ou puérpera, ou ainda dirigido ao recém-nascido, que resulte em traumas físicos, psicológicos ou emocionais.

No contexto brasileiro, as práticas obstétricas abusivas manifestam-se por meio de diversas condutas violadoras dos direitos da mulher no âmbito de sua saúde sexual e reprodutiva. Tais condutas podem ser perpetradas por profissionais da saúde, servidores públicos, colaboradores técnico-administrativos de instituições públicas ou privadas, bem como por civis. Assim, a violência obstétrica pode assumir diferentes formas, incluindo agressões de natureza física, psicológica, sexual, institucional, material e até midiática (Parto do princípio, 2012).

Essa forma de violência contra a mulher ainda carece de reconhecimento amplo como uma forma de violação de direitos, e o ordenamento jurídico brasileiro apresenta lacunas normativas quanto à sua tipificação e aos mecanismos específicos de proteção às vítimas. Estudos empíricos têm demonstrado que uma parcela expressiva das gestantes é submetida a agressões físicas, verbais, psicológicas ou institucionais durante o período gestacional, de parto ou pós-parto, o que levanta sérias inquietações quanto à qualidade da atenção obstétrica prestada no país (Fundação Perseu Abramo, 2010).

Em 2019, o Ministério da Saúde chegou a emitir um despacho propondo a descontinuidade do uso do termo “violência obstétrica”, sob o argumento de que não haveria dolo por parte dos profissionais de saúde em causar danos às pacientes (Brasil, 2019). Contudo, tal entendimento tem sido amplamente refutado por estudos que evidenciam a persistência e a gravidade dessa forma de violência, ainda que desprovida de intencionalidade, o que demonstra a necessidade de um olhar mais apurado e normativamente estruturado sobre o tema (Fundação Perseu Abramo, 2010).

Quando essa problemática é observada no contexto do sistema prisional feminino brasileiro, seus contornos tornam-se ainda mais complexos. O número de mulheres privadas de liberdade no Brasil tem aumentado consideravelmente, e muitas ingressam no sistema já em condição gestacional (INFOPEN, 2019; Nascer,

2017). A sobreposição da experiência de encarceramento à vivência da gestação e do parto coloca essas mulheres em uma situação de vulnerabilidade extrema, agravada por um ambiente caracterizado pela limitação de direitos e pela precariedade dos serviços de saúde (Tomkin, 2009; Ayres et al., 2003).

O encarceramento feminino no Brasil tem crescido de forma significativa nas últimas décadas, revelando um cenário preocupante quanto às condições de vida e ao pleno exercício dos direitos das mulheres privadas de liberdade. Grande parte dessas mulheres encontra-se em idade reprodutiva e muitas ingressam no sistema prisional já gestantes, sem terem realizado acompanhamento adequado até então (Nascer, 2017; Walmsley, 2006). A criminalização atinge, em sua maioria, mulheres envolvidas com o tráfico de drogas, em contextos marcados por múltiplas vulnerabilidades sociais, econômicas e de gênero (INFOPEN, 2019; Sutherland, 2013).

No interior das unidades prisionais, essas mulheres enfrentam barreiras adicionais ao acesso a serviços de saúde, especialmente durante o ciclo gravídico-puerperal, o que compromete não apenas sua saúde, mas também o desenvolvimento saudável de seus filhos. A assistência pré-natal, quando existente, é frequentemente precária, com número insuficiente de consultas e ausência de um cuidado contínuo e humanizado. Além disso, a utilização de algemas durante o transporte e o atendimento médico, inclusive no momento do parto, bem como a proibição da presença de um acompanhante de escolha da gestante, configuram práticas que violam diretrizes nacionais e internacionais de humanização da assistência obstétrica (Leal et al., 2016).

Diante desse cenário, emerge a seguinte questão: quais são os desafios e as perspectivas para a efetiva proteção dos direitos reprodutivos da mulher grávida encarcerada, especialmente no que se refere à ocorrência da violência obstétrica no sistema prisional brasileiro?

A escolha do presente tema se justifica pela urgência em lançar luz sobre a realidade invisibilizada das mulheres gestantes em situação de privação de liberdade, especialmente no que tange à violência obstétrica sofrida no interior do sistema prisional. Ao abordar a intersecção entre violência obstétrica e encarceramento, este estudo propõe-se a contribuir com a construção de um olhar crítico e humanizado sobre as práticas institucionais que, mesmo sob a égide da

legalidade, perpetuam violações aos direitos humanos e reprodutivos dessas mulheres.

Em vista disso, a presente pesquisa teve como objetivo geral analisar a violência obstétrica nos presídios femininos do Brasil elencando os desafios e perspectivas de proteção da mulher grávida encarcerada. Por sua vez, os objetivos específicos foram: discutir o conceito de violência obstétrica, sua evolução histórica, e a legislação concernente a ela; analisar as barreiras institucionais à garantia dos direitos reprodutivos das mulheres encarceradas; e apontar as convergências entre a violência obstétrica e o encarceramento feminino, com ênfase na violação dos direitos reprodutivos das mulheres em situação de privação de liberdade.

Para atingir tais objetivos, realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa de natureza básica. Quanto ao procedimento de coleta de dados, adotou-se a pesquisa bibliográfica e documental, tendo como principais fontes os artigos relacionados encontrados nas bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Portal de Periódicos CAPES e o Repositório institucional da UFJF.

Visando atender aos objetivos propostos, a presente pesquisa organiza-se em três capítulos principais. O primeiro aborda a violência obstétrica em espécie, analisando sua evolução histórica, os conceitos fundamentais e o tratamento conferido pela legislação nacional e internacional. O segundo capítulo trata do encarceramento feminino no Brasil, apresentando um panorama sobre o crescimento dessa população, o perfil das mulheres privadas de liberdade e as condições estruturais e sociais dos estabelecimentos prisionais. Por fim, o terceiro capítulo examina a violência obstétrica no contexto do encarceramento feminino, evidenciando as principais práticas violadoras, a insuficiência das políticas públicas e os desafios para a efetiva proteção da mulher grávida encarcerada.

2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

2.1 Evolução histórica e Conceitos

Historicamente, o parto e os cuidados relacionados a ele eram conduzidos por mulheres conhecidas como aparadeiras, comadres ou parteiras leigas. Essas mulheres possuíam um conhecimento empírico transmitido de geração em geração e acompanhavam as gestantes em casa durante a gravidez, o nascimento e o período pós-parto, além de auxiliarem nos primeiros cuidados com o recém-nascido. Eram figuras de grande confiança entre outras mulheres e, muitas vezes, também eram procuradas para orientar sobre questões do corpo, tratar doenças venéreas, realizar abortos e até colaborar em práticas de infanticídio (Brenes, 1991).

O parto e sua assistência sofreram múltiplas mudanças ao longo da história. O que antes ocorria no ambiente domiciliar, sob os cuidados de parteiras, foi gradualmente transferido para o espaço hospitalar, transformando-se de um acontecimento natural em um procedimento médico altamente regulado. Nesse processo de medicalização, a mulher deixou de ser protagonista de sua experiência para tornar-se muitas vezes um objeto, com pouca ou nenhuma autonomia sobre as decisões relativas ao seu próprio parto.

Em resposta a esse cenário, surgiu o movimento pela humanização do parto, defendido pelo Ministério da Saúde, que busca assegurar um atendimento integral e respeitoso, promovendo o empoderamento da mulher e devolvendo-lhe o papel central nesse momento único (Vendrúscolo e Kruehl, 2015).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (Ministério da Saúde, 2002, p.5).

Entretanto, estudos recentes evidenciam que a humanização da assistência

ao parto, tal como preconizada pelo Ministério da Saúde, ainda enfrenta barreiras significativas em sua efetivação prática. Observa-se que, embora os profissionais de saúde demonstrem compreender os princípios e objetivos da humanização, persistem dificuldades estruturais, culturais e organizacionais que limitam a adoção de práticas verdadeiramente humanizadas (Souza, Gaíva e Munhoz, 2011).

Dessa forma, a realidade observada nos hospitais contrasta com o ideal proposto pelas políticas públicas, revelando a necessidade de transformações mais profundas nas rotinas institucionais e nas atitudes profissionais, a fim de garantir um cuidado que valorize a mulher, o recém-nascido e a família em sua integralidade (Souza, Gaíva e Munhoz, 2011).

Nesse sentido, reforça-se a importância do atual movimento pela humanização do parto e do nascimento, que busca reafirmar o lugar de protagonista da mulher nessa cena, empoderando-a quanto ao conhecimento em relação ao seu corpo, à gestação, às mudanças esperadas e possíveis, além de tudo que envolverá o processo do nascimento.

Mais apropriadas, fortalecidas e apoiadas, as mulheres poderão se sentir mais seguras para assumir suas posições, vontades e o controle do seu corpo nesse momento, sendo capazes de ter um parto seguro da forma que planejaram e desejaram. Além de disseminar as informações quanto aos direitos das mulheres, reafirmando-os e auxiliando-as para que possam exigí-los, desde o pré-natal até o pós-parto, e, dessa forma, também possam identificar os maus tratos e violações nesse processo, denunciando-os sem serem reprimidas ou duplamente violentadas (Zanardo *et al.*, 2009).

De forte impacto comunicacional, o conceito de humanização passou a ocupar um papel central nos debates sobre o parto e o nascimento, sendo amplamente utilizado como contraponto às práticas consideradas desrespeitosas e violentas. Entretanto, a abrangência desse termo fez com que, em muitos casos, ele se confundisse com as próprias críticas à violência obstétrica, sem que se estabelecesse claramente sua distinção em relação aos processos institucionais que moldaram a assistência ao parto (Aguiar *et al.*, 2020).

Nesse contexto, a humanização emerge como uma reação ao processo de medicalização e institucionalização excessiva, que transformou o parto em um evento técnico e padronizado, afastando a mulher de sua autonomia e protagonismo. É justamente nesse distanciamento entre o cuidado planejado e o

cuidado imposto que se evidencia a origem da violência obstétrica, revelando a urgência de reconstruir práticas baseadas no respeito, na escuta e na corresponsabilidade entre profissionais e gestantes (Aguiar et al, 2020).

Nas últimas décadas, o termo "violência obstétrica" passou a integrar o debate público como resultado direto da mobilização de movimentos feministas e da sociedade civil organizada. Essa atuação se intensificou a partir dos anos 2000, articulando-se fortemente ao movimento pela humanização do parto e nascimento. Inseridos em uma longa trajetória de luta pelos direitos das mulheres e pela promoção de uma atenção integral à sua saúde, esses movimentos buscaram dar visibilidade às experiências frequentemente silenciadas de mulheres que sofreram maus-tratos, negligências e intervenções desnecessárias no ciclo gravídico-puerperal (Oliveira *et al.*, 2022; Cruvinel *et al.*, 2018; Pimentel, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em uma publicação divulgada no mês de setembro de 2014, intitulada "Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde", a Violência Obstétrica se caracteriza como "abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde". Ainda segundo o documento: "Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação" (OMS, 2014)

A nomeação dessas práticas como "violência obstétrica" foi um ato político fundamental para o reconhecimento da violência institucional no campo da saúde, além de reafirmar a autonomia das mulheres sobre seus corpos e decisões (Gomes *et al.*, 2024) . A força dessa mobilização levou à legitimação do uso do termo por órgãos como o Ministério da Saúde, após recomendação do Ministério Público Federal, reforçando sua relevância como categoria analítica e instrumento de denúncia e transformação social (Rodrigues, 2022).

Esse conceito é utilizado para designar e agrupar uma série de práticas e omissões que configuram formas de violência institucionalizada no contexto da atenção obstétrica. Essas condutas podem ocorrer ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal, gestação, parto, puerpério, bem como durante o atendimento a situações de abortamento (Lima; Pimentel; Lira, 2021).

Trata-se de uma forma específica de violência de gênero, caracterizada por ações ou omissões que violam os direitos das mulheres no exercício de sua

sexualidade e reprodução, manifestando-se por meio de maus-tratos físicos, psicológicos e verbais, além da imposição de procedimentos médicos desnecessários ou não consentidos, como a realização de cesarianas sem indicação clínica (Magalhães, 2020).

O cerne da violência obstétrica reside na apropriação do corpo feminino e de seus processos reprodutivos por parte dos profissionais e instituições de saúde (Di Pietro; Dos Santos Rocha, 2017). Tal apropriação resulta em um tratamento desumanizado, marcado pelo abuso da medicalização e pela patologização de processos naturais, como o parto (Magalhães, 2020).

Essa prática acarreta a perda de autonomia das mulheres e limita sua capacidade de decisão sobre o próprio corpo (Dutra, 2017). Reconhecer, nomear e individualizar essas violências é fundamental para sua visibilização e enfrentamento, contribuindo para a redução dos índices de maus-tratos e omissões na assistência obstétrica.

Ressalta-se que os impactos da violência obstétrica não se limitam à mulher, podendo também afetar o recém-nascido e se interseccionar com outras formas de violência, como a violência neonatal (Di Pietro; Dos Santos Rocha, 2017; Lozi, 2023).

“A violência obstétrica, profundamente enraizada na cultura brasileira de forte influência religiosa, tem resultado historicamente em mortes e mutilações de mulheres em todo o país. Embora erros isolados possam ser compreendidos, uma vez que os médicos são humanos e sujeitos a falhas, a repetição sistemática de práticas abusivas direcionadas a um grupo específico da população evidencia uma falha do Estado em garantir os direitos das mulheres e dos recém-nascidos. Essa questão revela uma grave deficiência na proteção e promoção de cuidados obstétricos que respeitem a dignidade e a segurança das parturientes” (Da Silveira Gomes *et al*, 2024)

A visibilidade adquirida pelo tema decorre, em grande parte, da mobilização de mulheres que, por meio do compartilhamento de experiências pessoais e do engajamento em espaços de denúncia e articulação coletiva, passaram a desafiar a naturalização da violência em contextos obstétricos (Gomes *et al.*, 2024).

Narrativas individuais, como cartas, relatos ou práticas denominadas “escrevivências”, têm sido instrumentos políticos potentes na construção de uma memória coletiva que resiste à invisibilização histórica dessas violências (Escosteguy, 2018). Essas estratégias resgatam as vozes silenciadas de mulheres e se constituem como formas de resistência à ordem patriarcal (Lara, 2018).

Além disso, os movimentos sociais que denunciam a violência obstétrica adotam uma perspectiva interseccional, reconhecendo que as experiências de violência são atravessadas por marcadores sociais como raça, classe, idade, orientação sexual e território. Essa abordagem dialoga com o feminismo negro (*Black Feminism*), que enfatiza a importância de considerar múltiplas dimensões de opressão na análise das desigualdades e violências vividas pelas mulheres (Dos Santos, 2024).

Nesse sentido, práticas como rodas de conversa e outras metodologias participativas têm sido defendidas como estratégias de construção coletiva de conhecimento e de cuidado, desafiando a lógica hierárquica e tecnocrática da assistência em saúde e promovendo um modelo mais humano e centrado na mulher (Oliveira *et al.*, 2022; Trigueiro *et al.*, 2018).

2.2 Legislação aplicada ao Tema Violência Obstétrica

A legislação brasileira ainda se mostra omissa no que se refere à uma discriminação específica da violência obstétrica como infração, porquanto ainda não há uma tipificação, seja no âmbito das leis civis ou penais, do que configura a violência obstétrica e de quais seriam as sanções aplicáveis a quem a pratica.

Nesse sentido, o papel das leis tem se mostrado ineficaz em garantir segurança às mulheres que sofrem com práticas abusivas no parto, uma vez que os casos de violência obstétrica acabam sendo enquadrados genericamente em tipos penais como lesão corporal ou maus-tratos, o que não abarca a complexidade dessa violação de direitos humanos. Essa lacuna normativa impede a responsabilização adequada dos agentes envolvidos e dificulta a formulação de políticas públicas eficazes de prevenção e enfrentamento (Valente, 2023).

Em contrapartida, o Brasil tem mostrado evoluções significativas quando o assunto é proteção dos direitos das mulheres, adotando cada vez mais medidas para proteção e prevenção a violência de gênero:

No Brasil, a terceira onda do movimento feminista elencou diversas conquistas legislativas, dentre elas estão: (I) a aprovação da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher; (II) a tipificação do crime de assédio sexual em ambientes laborais (art. 216-A) previsto no Código Penal Brasileiro; (III) a aprovação do Novo Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406/2002); (IV) a aprovação da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006); (V) a tipificação de um rol de crimes

hediondos cometidos contra a dignidade sexual inseridas no Código Penal Brasileiro de 1940; (VI) é criada a “Central de Atendimento à Mulher” - através do número 180; (VII) é disciplinado atendimento obrigatório e integral às vítimas de violência sexual; (VIII) é aprovada a Emenda Constitucional nº 72/2013; (IX) é aprovada a “Lei do Feminicídio”, e; (X) dentre outros (Souza, 2022, p. 30-31).

Além disso, o Poder Judiciário tem sistematizado os dados referentes aos processos que tratam sobre crimes de Violência de Gênero. Como uma dessas medidas de sistematização, tem-se o Painel da Violência contra a Mulher, plataforma alimentada com dados processuais de todo o Brasil pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), no qual consta que, até a data de 30 de setembro de 2025, tramitam ou tramitaram 1.347.801 (um milhão trezentos e quarenta e sete mil oitocentos e um) processos tratando de casos de violência doméstica contra a mulher e foram concedidas mais de 400.000 (quatrocentas mil) Medidas Protetivas de Urgência.

Ainda, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) publicou o Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero, cuja adoção pela magistratura em todo o país foi determinada pela Resolução nº 492, de 17 de março de 2023, que, segundo o site oficial do CNJ, consiste em:

um documento pioneiro que oferece fundamentos teóricos e um guia metodológico passo a passo para decisões judiciais e administrativas que considerem as desigualdades estruturais que afetam mulheres, em toda a sua diversidade e nas múltiplas interseccionalidades de raça, classe, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, deficiência e outras condições de vulnerabilidade (CNJ, 2021)

O referido documento é claro ao pontuar que:

“Ainda que o Brasil não tipifique como crime autônomo a violência obstétrica, além de tratados e documentos internacionais, a Constituição Federal, a legislação infraconstitucional e os regulamentos técnicos funcionam para os devidos fins de responsabilização criminal, inclusive quando tais violações aos direitos humanos de mulheres e meninas são praticadas quando da prestação de serviços essencial e emergencial às parturientes, o que permite a catalogação das violências como psíquicas, morais e físicas, de acordo com os ciclos de vida e reprodutivo das mulheres. Nessa quadra, a Organização Mundial da Saúde (OMS) identificou 7 (sete) tipos de violência obstétrica sofrida por mulheres, a saber: 1. abuso físico; 2. abuso sexual; 3. abuso verbal; 4. preconceito e discriminação; 5. mau relacionamento entre os profissionais de saúde e as pacientes; 6. falta de estrutura no serviço de saúde; e 7. carência de atendimento da paciente, em virtude das deficiências do sistema de saúde.” (CNJ, 2021, p. 89)

Mas ainda que tais medidas revelem um avanço significativo quanto a prestação jurisdicional e a atuação do Estado na proteção contra as diversas formas de violência de gênero, a ausência de um marco legal específico sobre a violência

obstétrica faz com que milhares de casos permaneçam invisibilizados e sem a devida responsabilização dos agentes envolvidos. Essa lacuna legislativa resulta na subnotificação e na desconsideração de inúmeras violações cometidas nos ambientes de saúde, que, embora atinjam profundamente a dignidade, a integridade física e psicológica das mulheres, não encontram respaldo jurídico adequado para sua apuração e punição (Valente, 2023).

Ademais, em razão da ausência de lei penal específica, torna-se comum que as parturientes vítimas de violência obstétrica busquem a reparação no âmbito civil, ingressando com ações de reparação de danos materiais e morais ou ações de responsabilidade civil objetiva em face do Estado. Para Maria Helena Diniz, responsabilidade civil é:

(...) a aplicação de medidas que obriguem alguém a reparar o dano moral ou patrimonial causado a terceiros em razão de ato do próprio imputado, de pessoa por quem ele responde, ou de fato, de coisa ou de animal sob sua guarda, ou, ainda, de simples imposição legal. (2010, p. 50)

Acerca disso, é conveniente destacar como os Tribunais Pátrios têm reconhecido o dever de indenizar:

“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO INDENIZATÓRIA. ERRO MÉDICO. MÁ-PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS COM RESULTADO DE ÓBITO FETAL . VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS. 1. Fatos comprovados nos autos que evidenciam a negligência e desprezo à situação de vulnerabilidade da gestante em atendimento obstétrico, a atrair, de forma inequívoca, a aplicação do Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero Do CNJ, que indica como violência obstétrica a violação do direito da gestante a obter tratamento digno e estabelece passos para que o julgador pondere sobre as desigualdades estruturais que permeiam o julgamento desses casos . 2. Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - CEDAW, que no art. 12 da sua recomendação geral nº 24, determina a necessidade de fornecimento de serviços adequados às mulheres no parto e no pós-parto. 3 . Item 18 da Recomendação Geral nº 35 do Comitê CEDAW que estabelece que as práticas de maus-tratos às mulheres que buscam serviços médicos reprodutivos constituem tortura ou tratamento cruel, desumano ou degradante. 4. Art. 3º da convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher (Convenção de Belém Do Pará) que garante o direito a toda mulher a ser livre de violência, tanto nas esferas públicas quanto privadas . 5. **Conduta dos profissionais de saúde que se mostram em desacordo com os protocolos pré-estabelecidos.** 6. Laudo pericial que atesta o nexo causal entre a conduta da unidade de saúde e o resultado morte do feto . Laudo crítico da expert assistente técnica do município que foi devidamente rechaçado pelo perito judicial. 7. Município que não logrou comprovar fatos impeditivos, modificativos ou extintivos do direito autoral. 8 . **Responsabilidade objetiva do ente público que se impõe diante da negligência na condução do atendimento da gestante.** 9. Danos sofridos, que devem ser reparados e compensados. Quantum indenizatório fixado na sentença que se mostra de

acordo com os princípios da razoabilidade e proporcionalidade . 10. (...). Recurso conhecido e desprovido.

(TJ-RJ - APELACAO / REMESSA NECESSÁRIA: 00017847320118190211 202329502783, Relator.: Des(a). ADRIANA RAMOS DE MELLO, Data de Julgamento: 09/04/2024, SEXTA CÂMARA DE DIREITO PÚBLICO (ANTIGA 21ª CÂMARA CÍVEL), Data de Publicação: 11/04/2024)" (grifos meus)

CIVIL E ADMINISTRATIVO. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. JULGAMENTO COM PERSPECTIVA DE GÊNERO. DIREITOS DA GESTANTE E DA PARTURIENTE . VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. NEGATIVA IMOTIVADA DE REALIZAÇÃO DE CESÁREA E APLICAÇÃO DE ANESTESIA. DANO MORAL CONFIGURADO. 1 . Conforme disposto no artigo 37, § 6º, da Constituição Federal, "As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa". Assim, são pressupostos para o reconhecimento da responsabilidade civil do Estado, a existência de uma ação ou omissão caracterizada pela infração a um dever de diligência do agente estatal, o dano e o nexo de causalidade entre um e outro. 2. A alegação de violência obstétrica atrai a aplicação do Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero vigente no âmbito do Poder Judiciário (Recomendação CNJ n.º 128 de 15/02/2022), segundo o qual toda violação aos direitos humanos de mulheres e meninas praticada quando da prestação de serviços essencial e emergencial às parturientes configura violência de gênero, na modalidade obstétrica. 3. A Lei Estadual nº 19.701/18, por sua vez, ao dispor sobre os direitos da gestante e da parturiente, conceitua a violência obstétrica como "qualquer ação ou omissão que cause à mulher morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico" (artigo 2º, I), entre outras hipóteses, bem ainda assegura à gestante e à parturiente o direito de opção e tomada de decisão na gestão de sua dor (artigo 3º, § 1º, III) . 4. **Uma vez comprovado o desrespeito à escolha da gestante pela realização de parto cirúrgico ou a negativa de aplicação de anestesia sem fundamento técnico, há violação ao direito de tomada da decisão da mulher e, por conseguinte, configura-se a violência obstétrica.** 5. **O dano moral é presumido** e decorre do sofrimento experimentado pela gestante ou parturiente à sua esfera personalíssima . Indenização pecuniária arbitrada em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais). 7. Recurso do réu improvido.

(TRF-4 - RCIJEF: 50218719520234047000 PR, Relator.: GERSON LUIZ ROCHA, Data de Julgamento: 31/07/2024, 1ª Turma Recursal do Paraná) (grifos meus)

Nessa seara, existem alguns Projetos de Lei em tramitação que buscam conceituar, tipificar e reprimir a Violência Obstétrica de maneira específica. Dentre eles, o Projeto de Lei n. 2.373/2023, apresentado pela Deputada Federal Laura Carneiro, tem por objetivo abordar as ocorrências de violência obstétrica e ginecológica na atenção à saúde da mulher, tanto em serviços de saúde públicos quanto privados (Brasil, 2023).

Ele estabelece, em seu artigo 5º, o conceito de violência obstétrica para fins de aplicação da lei, definindo-a como qualquer conduta, seja por ação ou omissão, dirigida à mulher durante o período de pré-parto, parto, pós-parto imediato, abortamento ou puerpério, que lhe cause dor, sofrimento, dano físico ou psicológico, ou que venha a resultar em sua morte. O parágrafo único do mesmo artigo esclarece

que a única vítima da violência obstétrica é a mulher, manifestando-se no contexto do exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (Brasil, 2023, art. 5º)

Ainda, o projeto proposto pela Deputada busca criar o seguinte tipo penal:

Violência obstétrica e ginecológica

Art. 149-B. Praticar o médico, ou outro profissional de saúde, ato ofensivo à integridade física ou psicológica da mulher, ou causar-lhe sofrimento desnecessário, durante a gestação, o trabalho de parto, logo após este ou no puerpério:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se a conduta não constitui crime mais grave.

§ 1º Nas mesmas penas incorre quem:

I - dificulta ou obsta, injustificadamente, ao atendimento à mulher que se encontra na situação descrita no caput.

II- retarda ou deixa de praticar ato capaz de impedir dano físico ou psicológico à mulher que se encontra na situação descrita no caput. (Brasil, 2023, art. 149-B)

Do mesmo modo, o Projeto de Lei n. 2.082/2022, proposto pela Senadora Leila Barros, também visa alterar o Código Penal Brasileiro para tipificar a violência obstétrica como crime. O mencionado projeto traz como conceito de violência obstétrica (Brasil, 2022, art. 285-A):

Art. 285-A. Constitui violência obstétrica qualquer conduta direcionada à mulher durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário praticada sem o seu consentimento ou em desrespeito pela sua autonomia ou, ainda, em desacordo a procedimentos estabelecidos no âmbito do Ministério da Saúde, constituindo assim uma clara limitação do poder de escolha e de decisão da mulher

O referido artigo prevê uma pena de detenção, de três meses a um ano, além de antever uma qualificadora para os casos em que a mulher vítima de violência seja menor de 18 (dezoito) anos ou maior de 40 (quarenta), o que elevaria a pena ao *quantum* de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos (Brasil, 2022, art. 285-A).

Já o Projeto de Lei n. 8.219/2017, proposto pelo então Deputado Francisco Floriano, prevê a violência obstétrica como um crime próprio, tendo como sujeito ativo médicos e/ou profissionais de saúde, explicitando algumas condutas específicas que configurariam a prática dessa violência.

Art. 3º. Constitui violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais da saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após:

I - negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde são realizados o acompanhamento pré-natal;

II – proferir comentários constrangedores à mulher, por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc;

III - ofender, humilhar, xingar, insultar ou debochar da mulher ou sua família;

- IV - negligenciar o atendimento de qualidade;
- V – impedir a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de duração do trabalho de parto, parto e pós parto;
- VI – submeter à cesariana sem indicação clínica e sem consentimento da mulher;
- VII - impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto, impedir o alojamento conjunto mãe e bebê, levando o recém-nascido para berçários sem nenhuma necessidade médica, apenas por conveniência da instituição;
- VIII - impedir ou dificultar o aleitamento materno (impedindo a amamentação na primeira hora de vida, afastando o recém nascido de sua mãe, deixando-o em berçários onde são introduzidas mamadeiras e chupetas etc.).
- IX - Realizar procedimento cirúrgico sem o conhecimento e consentimento da mulher (Brasil, 2017, art. 3º).

Todas as condutas acima listadas seriam apenadas com detenção, de seis meses a dois anos, e multa. Ainda, o referido projeto penaliza especificamente a prática da episiotomia, que consiste na realização de um corte no períneo da parturiente feito com o intuito de facilitar a passagem do bebê. Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, essa prática deve ser evitada nos partos vaginais espontâneos, sendo admitida apenas em situações devidamente justificadas e fundamentadas por critérios técnicos. Além disso, torna-se imprescindível que a gestante seja previamente informada, ainda durante o pré-natal, sobre o procedimento, sua finalidade, riscos e possíveis consequências, garantindo-lhe o direito ao consentimento livre e esclarecido (Brasil, 2017).

Ademais, para além da tipificação da violência obstétrica como ilícito penal, é inegável que essa prática afronta diretamente os princípios e direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal de 1988, especialmente a dignidade da pessoa humana, a igualdade de gênero e o direito à saúde.

Para o doutrinador Ingo Sarlet (2015, p. 81), preâmbulos, de modo geral, têm a função de esclarecer as circunstâncias e os motivos que levaram à elaboração da Constituição, indicando as razões que sustentam sua legitimidade, bem como enunciando seus objetivos e propósitos fundamentais. Nesse sentido, a Carta Magna Brasileira, desde o seu preâmbulo, assume um papel garantidor, elencando que a instituição do Estado Democrático visa assegurar a concretização dos direitos sociais e individuais (Brasil, 1988).

Entretanto, torna-se evidente que o cenário da violência obstétrica se contrapõe diretamente ao que fora previsto na CF/88, sobretudo no que concerne à dignidade da pessoa humana, à integridade física e psíquica, à liberdade e à igualdade. Isso ocorre pois, essa prática, ao submeter a mulher a tratamentos

desumanos e degradantes no momento do parto, fere os valores supremos consagrados pela Carta Magna, que institui como fundamentos da República a justiça social, o respeito à dignidade e a eliminação de todas as formas de discriminação (Lima, 2017).

Portanto, a legislação concernente a Violência Obstétrica, que, conforme exposto, apresenta-se de forma fragmentada e insuficiente, revela-se ainda mais ineficaz quando se observa a ocorrência desse fenômeno no contexto do sistema prisional brasileiro. Nessa realidade, a vulnerabilidade da mulher é potencializada pela condição de encarceramento, evidenciando a ausência de políticas públicas efetivas e de mecanismos de proteção capazes de garantir a observância dos direitos fundamentais das gestantes privadas de liberdade.

3 ENCARCERAMENTO FEMININO NO BRASIL

A política do encarceramento no Brasil é conceituada como um movimento de expansão exponencial e contínua do uso da prisão, inserido em uma lógica mais ou menos globalizada de controle penal, que se consolidou a partir da retomada democrática em 1988, caracterizada pelo giro ao punitivismo no século XXI. (Fernandes, 2015).

Esta política adota o encarceramento como uma ferramenta punitiva e violenta, que se posiciona no cerne do sistema formal de controle penal brasileiro, confirmando seu histórico caráter autoritário. As características mais marcantes desse processo incluem a seletividade racial, com dois terços da população carcerária composta por pessoas negras (pretas e pardas), consolidando o uso sistemático de prisões provisórias, que constituem uma parcela significativa dos detentos. (Ribeiro, Martino e Duarte, 2021).

Ainda, a premissa de combater o tráfico de drogas e os delitos de rua contra o patrimônio servem como o principal combustível para este grande encarceramento brasileiro, o que resulta em uma política criminal hostil e excludente que tem levado o sistema prisional a um estado de coisas inconstitucional devido à superlotação e violação maciça de direitos fundamentais. (Fernandes, 2015)

Desse modo, ao se observar a conjuntura do encarceramento brasileiro sob uma perspectiva de gênero, evidencia-se que as mesmas dinâmicas de seletividade e punitivismo que marcam o sistema prisional como um todo também incidem sobre as mulheres, com impactos ainda mais profundos em razão de suas condições sociais e papéis historicamente atribuídos.

Segundo a 6ª edição do *World Female Imprisonment List* (WFIL), divulgada pelo *Institute for Crime and Justice Policy Research* (ICPR) (2024), o Brasil possui a 3ª maior população de mulheres presas, totalizando 50.441 detentas femininas, o que representa 5,7% da população encarcerada da nação. Esse aumento acentuado foi observado em muitos países da América Central, América do Sul e Sudeste da Ásia desde os anos 2000, o Brasil teve um aumento de cerca de 5 vezes dessa população, tendo em vista que na 1ª edição da lista, realizada em 2006, a população carcerária feminina no país era de 11.000, ocupando a 7ª posição mundial.

O expressivo aumento das taxas de encarceramento feminino no Brasil, fenômeno também observado em países de distintos níveis de desenvolvimento,

como El Salvador, Camboja, Indonésia e Guatemala, tem gerado preocupação entre formuladores de políticas públicas em todo o mundo, diante dos elevados custos sociais e financeiros dessa prática (Germano; Monteiro e Liberato, 2018, p.29).

Nas últimas décadas, o crescimento do encarceramento feminino no país tem revelado um fenômeno complexo e multifacetado, atravessado por desigualdades sociais, marcadores de gênero, raça e classe, e por uma estrutura prisional historicamente construída a partir das necessidades e lógicas do encarceramento masculino (INFOPEN, 2019). As mulheres privadas de liberdade, frequentemente invisibilizadas nas políticas públicas e na produção de dados, apresentam demandas específicas que desafiam os modelos tradicionais de gestão penal e de atenção em saúde (Di Pietro; Dos Santos Rocha, 2017).

Além disso, grande parte das mulheres encarceradas é jovem, negra, com baixa escolaridade e envolvida em crimes de menor potencial ofensivo, especialmente relacionados ao tráfico de drogas (Andrade; Gonçalves, 2018). Muitas delas são chefes de família e principais responsáveis pelo cuidado dos filhos, o que torna o aprisionamento ainda mais impactante não apenas para a mulher, mas para o núcleo familiar como um todo (Felippe, 2014). Essa realidade revela um padrão de punição que incide de forma desproporcional sobre mulheres em situação de vulnerabilidade, aprofundando desigualdades já existentes (Andrade; Gonçalves, 2018).

Longe de promover maior segurança pública, o crescimento do aprisionamento de mulheres tem sido apontado como desproporcional, agravando situações de vulnerabilidade e vitimização e gerando impactos negativos para toda a sociedade. Diante desse cenário, pesquisadores, gestores e profissionais das áreas jurídica e assistencial têm buscado compreender os fatores que sustentam essa realidade e encontrar caminhos para revertê-la (Germano, Monteiro e Liberato, 2018, p.29).

O cenário da mulher nos presídios pode ser entendido como:

Defronte a um sistema prisional construído por homens e para homens, as mulheres enfrentam situações específicas e graves. Essas questões ainda são pouco discutidas pelo poder público e praticamente desconhecidas pela sociedade em geral, uma imensa "fatia" tenta sobreviver (Dos Anjos e Rodrigues, 2016; p. 59).

O sistema prisional, no entanto, não está estruturado para atender adequadamente às necessidades específicas do público feminino. A precariedade

no acesso à saúde, à higiene íntima, ao acompanhamento ginecológico e pré-natal, somada à escassez de profissionais especializados, compromete a dignidade e os direitos das mulheres (Ribeiro et al, 2013). Além disso, práticas como a separação forçada de mães e filhos, a ausência de espaços adequados para gestantes e lactantes, e a restrição de visitas familiares impactam diretamente o bem-estar físico e emocional dessas mulheres (Caputo, 2021; Andrade; Gonçalves, 2018; Di Pietro; Dos Santos Rocha, 2017) .

Diante dessa premissa, nota-se que o encarceramento feminino começou a ser discutido tardiamente em relação ao masculino, apresentando um crescimento paulatino no século XXI de publicações científicas e de relatos de caso. Tal cenário reforça a ideia de que a prisão foi construída aos “moldes masculinos”, de modo a necessitar de constante adaptação para mitigar as desigualdades de gênero, conforme expresso no Artigo 5º da Constituição Federal, inciso XLVIII, que diz: “a pena será cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado;”

Entretanto, nota-se que o cenário brasileiro se distancia do texto constitucional, visto que muitas denúncias mostram casos de mulheres presas em celas com homens ou presídios femininos com maioria dos funcionários do sexo masculino (Dos Anjos e Rodrigues, 2016; p. 60). Sobre tal conjuntura, percebemos um cenário análogo ao Mito grego da cama de Procusto:

Procusto oferecia uma cama de ferro para seus hóspedes deitarem e, durante o repouso noturno, ele amordaçava e amarrava suas vítimas no leito. Desse modo, se eventualmente a pessoa fosse maior que a cama, Procusto cortava os pés e a cabeça da vítima. Já se a pessoa fosse menor, o anfitrião quebrava os ossos do convidado e esticava seu corpo a fim de ajustá-lo às dimensões da sua cama (Grimal, 1993; p.396).

Vale ressaltar que o perfil das mulheres presas segue um padrão, ao se observar estudos de encarceradas do século XIX, em que se observou que a idade mais comum era de 15 a 25 anos (46%), compondo-se principalmente por mulheres pardas e negras (87,3%), que eram presas principalmente por Desordem (25%) e Desordem e vagabundagem (19,2%) (Mello, 2001; p. 36;37).

Segundo Ribeiro, Martino e Duarte, ao realizarem uma pesquisa acerca dos perfis e dinâmicas criminais de mulheres presas em Minas Gerais publicada em 2021, observaram que a idade comum permanece entre 18 e 29 anos (52,8%), bem como a maior parcela de mulheres é composta por pretas e pardas (82,1%), com um

discreto aumento no perfil de brancas e amareladas (17,9%). Além disso, o tráfico de drogas tornou-se o delito cometido mais comum por essas presas.

Acerca disso, também podemos observar dados do Sistema Nacional de Informações Penais (SISDEPEN), a partir do relatório do primeiro semestre de 2025, observa-se que entre os presos do sexo feminino em celas físicas a faixa etária mais comum é de 35 a 45 anos, tal como a população parda é a predominante, seguida da branca e em terceiro lugar a preta. Outrossim, a maioria dessas detentas é de procedência de área urbana e possuem ensino fundamental incompleto. A tipificação penal mais comum do relatório semestral é o Tráfico de drogas.

Acerca disso Santos, Alchieri e Filho descrevem:

o encarceramento deve ser pensado considerando os efeitos do cárcere sobre aquele que foi etiquetado e rotulado como criminoso que, em sua maioria, são pessoas pertencentes aos mais baixos estratos sociais. O que sugere que há um processo de seleção de pessoas, dentro da população total, às quais se podem qualificar como criminosos. E não, como pretende o discurso penal oficial, uma incriminação (igualitária) de condutas qualificadas como tais. O sistema penal se dirige quase sempre contra certas pessoas, mais que contra certas ações legalmente definidas como crime (2009, p. 180).

Ao analisar os dados, nota-se que a população carcerária feminina majoritariamente são jovens pardas, que têm envelhecido na prisão. O perfil de crimes cometidos por essa população teve uma grande transformação, não só pela mudança da tipificação penal em seu conceito material, sobretudo em relação ao fundamento ético-social à existência de relevância jurídico constitucional, mas também pela mudança das dinâmicas sociais da criminalidade e suas motivações.

Historicamente, as relações familiares foram estruturadas sob a ascendência da figura masculina, sustentadas por padrões patriarcais que legitimavam o domínio dos homens sobre as mulheres. Em uma sociedade fragmentada e sustentada por sistemas econômicos desiguais, práticas culturais excludentes e religiosidade superficial, o poder masculino consolidou-se como uma das poucas formas de autoridade institucionalmente reconhecidas e socialmente naturalizadas (Mello, 2001; p. 45) .

Nesse contexto, observa-se que a percepção predominante entre os operadores da Justiça Criminal ainda reflete concepções tradicionais presentes na literatura especializada. Tanto para esses agentes quanto para parte da doutrina, haveria uma relação intrínseca entre a criminalidade feminina, os vínculos afetivos e

as relações familiares, sobretudo no âmbito do tráfico de drogas. Entretanto, a análise das trajetórias individuais das mulheres encarceradas revela que tal narrativa é insuficiente para compreender a complexidade e a diversidade das experiências femininas no contexto da criminalidade (Ribeiro, Martino e Duarte, 2021; p. 662-663).

Ainda que as próprias custodiadas, em muitos casos, não se identifiquem com esse enquadramento reducionista, elas frequentemente reproduzem tais discursos quando abordadas de forma mais geral sobre a criminalidade feminina. Essa internalização demonstra a força simbólica de representações como a do “amor bandido”, amplamente difundida entre os atores do sistema penal, desde profissionais da segurança pública até as próprias mulheres privadas de liberdade (Helses, 2014; p. 124).

Desse modo, torna-se evidente que a reprodução dessa narrativa homogênea dificulta a análise individualizada das trajetórias femininas. Em contrapartida, as mulheres que experienciam diretamente o encarceramento apresentam relatos complexos e reflexivos, nos quais demonstram compreender de forma crítica a inter-relação entre o mundo legal e o ilegal, revelando as nuances e contradições de suas vivências dentro e fora do cárcere.

A crescente participação feminina no tráfico de drogas, por exemplo, não se explica somente através da superficial leitura de que foram aliciadas ou influenciadas pelos companheiros e familiares envolvidos com a mercancia ilegal, apesar de tal circunstância de fato existir (Cortina, 2015; p.774).

Diante desse cenário de constantes transformações sociais e desigualdades, os períodos de gestação, de parto e de puerpério das mulheres presas no Brasil têm papel de destaque nessa discussão, principalmente após diversos relatos de violência sofridos no presídio. Acerca disso, o Sistema Nacional de Informações Penais (SISDEPEN) no primeiro semestre de 2025 mostra que no sistema penal brasileiro há 195 gestantes, 91 lactantes, 59 celas para gestantes, 90 filhos (todos menores de 1 ano de idade), 50 berçários (com capacidade para 403 bebês), 6 creches (com capacidade de 73 crianças).

Vale destacar que os estados Piauí, Bahia, Tocantins e Roraima não possuem celas para gestantes ou berçários, tal prática está em desacordo com as chamadas “Regras de Bangkok” que trata das Regras Mínimas da ONU voltadas ao tratamento digno de mulheres privadas de liberdade, formalmente aprovadas na 65ª Assembleia Geral das Nações Unidas:

Regra 23: 1) Nos estabelecimentos penitenciários para mulheres devem existir instalações especiais para o tratamento das reclusas grávidas, das que tenham acabado de dar à luz e das convalescentes. Desde que seja possível, devem ser tomadas medidas para que o parto tenha lugar num hospital civil. Se a criança nascer num estabelecimento penitenciário, tal fato não deve constar do respectivo registro de nascimento (ONU, 2016, p. 34)

Por outro lado, somente os estados Maranhão, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul e São Paulo possuem capacidade em creche para crianças. Ficando claro que a distribuição de aparato para essas mulheres e seus filhos é desigual e, muitas vezes, insuficiente.

Ao observar as diversas transformações ocorridas no processo de encarceramento feminino e entender a estrutura na qual as encarceradas estão submetidas, é imprescindível analisar um cenário inerente a essa situação: a violência obstétrica, suas formas de manifestação e sua relação com a estrutura prisional.

4 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CONTEXTO DO ENCARCERAMENTO FEMININO

A Portaria nº 2.298 de 9 de setembro de 2021 dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), declara que a equipe de atenção primária prisional essencial deve ser composta por: médico, enfermeiro, cirurgião dentista e técnico de enfermagem (Brasil, 2021).

Segundo a Coordenação de Saúde Prisional do Ministério da Saúde, a distribuição das equipes de atenção básica prisional não é uniforme em todo o país. Enquanto no Distrito Federal cerca de 95% da população prisional conta com cobertura dessas equipes, em Pernambuco a cobertura é de 85,1% e em Mato Grosso do Sul de 76%. Em contrapartida, estados como Amapá, Sergipe e Paraíba apresentam cobertura extremamente baixa, variando entre 0% e 2,6%.

A partir dessas informações, percebe-se que a assistência no contexto prisional possui cobertura desigual, tal como, a partir de vários relatos das gestantes sobre o sistema de saúde prisional, percebe-se que mesmo os presídios que possuem alguma atenção médica não apresentam a composição mínima indicada pela Portaria nº 2.298: “[...] O setor médico que tinha era a enfermeira [técnico de enfermagem], que você pede o remédio e só dá paracetamol, nada de ver como é que você tá. Era para ter, né, um sistema médico, não tem [...]” (Galvão; Davim, 2013, p. 455).

É importante entender a maternidade no cárcere desde seus momentos iniciais, estudos indicam que 93,4 % das gestantes em presídios tiveram pelo menos uma consulta pré-natal, porém somente 35,3% consideraram adequada (Leal *et al.*, 2016). Com frequência, a quantidade de atendimentos médicos é limitada sob a justificativa de segurança institucional, em razão do potencial risco de fuga ou de resgate durante o deslocamento até a unidade de saúde (Fochi *et al.*, 2017).

Estudos internacionais têm evidenciado que a condição de encarceramento exerce impacto direto sobre o acompanhamento gestacional e os desfechos neonatais. Na Austrália, verificou-se que gestantes privadas de liberdade apresentavam quatro vezes mais chances de iniciar o pré-natal após as 20 semanas de gestação, em comparação com gestantes em liberdade, o que contribui para maiores riscos à saúde do recém-nascidos, sendo identificados piores indicadores

neonatais entre filhos de mulheres encarceradas, especialmente quanto à maior incidência de prematuridade e de baixo peso ao nascer, quando comparados aos filhos de mães não privadas de liberdade (Walker *et al.*, 2014).

As consultas são realizadas de forma breve e mecanizada, restringindo-se à coleta de dados antropométricos, à medição da altura uterina e à verificação dos batimentos cardíacos fetais. As orientações sobre gestação, parto e pós-parto são negligenciadas, o que torna o atendimento desumanizado e carente de atenção integral (Santana; Oliveira; Bispo, 2016).

Acerca disso, observa-se casos concretos de prejuízos à vida da mãe e à do feto por falta de acompanhamento adequado, como observado no relato de Violeta, detenta que esteve em gestação no sistema prisional, em uma pesquisa qualitativa de Galvão e Davim:

“não fiz nenhum exame, não fiz o pré-natal, fui prá maternidade sem exames, né. E que eu perdi [o filho] aqui dentro. Descobriram lá no hospital que eu tava com muita anemia, tomei cinco bolsas de sangue lá, soro, não estavam encontrando minha veia, eu não tinha sangue, não tinha nada. Quase que morro lá no hospital, deram um choque pra mim retornar de novo, fui prá UTI, passei muito tempo mal mesmo” (Galvão; Davim, 2013, p. 455)

Já em relação ao momento do parto, Leal *et al.* (2016) verificaram que 60% das gestantes são atendidas em até 30min (trinta minutos), mas 16,7% receberam o atendimento entre 1 e 5 horas, bem como 8,3% foram atendidas em mais de 5 horas após o início do trabalho de parto. Os autores ainda observaram que o transporte mais utilizado para levar as gestantes até a maternidade foi a ambulância (61%), mas uma parcela considerável foi levada em viatura policial (36%).

O atendimento observado por uma parcela significativa dessa população carcerária foi considerado lento segundo o Acolhimento com Classificação de Risco, preconizado pelo Ministério da Saúde (Maria, 2019). Por exemplo, o protocolo do Hospital Estadual de Presidente Prudente, no estado de São Paulo, preconiza que o atendimento para mulheres em trabalho de parto seja feito em até 30 (trinta) minutos. Já em relação ao transporte, o mais importante é que deverá ser garantido de maneira segura segundo a Caderneta da Gestante, divulgada pelo Ministério da Saúde, porém há alguns relatos de mulheres sobre o despreparo dos agentes penitenciários envolvidos no transporte (Fortunato *et al.*, 2022).

Quanto à atuação dos profissionais envolvidos no momento do atendimento, mulheres destacaram a violência, principalmente na forma verbal e

psicológica. Além dos procedimentos invasivos, agressão física e negligência, bem como falta humanização e orientação durante o atendimento (Fortunato *et al.*, 2022).

Em um estudo realizado em Santa Catarina, revelou-se que entre as 6 grávidas privadas de liberdade todas responderam que a cesariana, quando realizada, não teve indicação, das quais 50% não tiveram acompanhante, o que é crucial para esse procedimento, pois pode funcionar como uma “barreira” para a ocorrência de algumas formas de violência. Destaca-se também que a maior parte das parturientes não teve contato pele a pele após o nascimento e a impossibilidade de amamentar na primeira hora de vida (Aguiar *et al.*, 2022).

“Praticamente eles me desmaiaram na hora do meu parto. Eu falei que tava sentindo dor e mesmo assim os médicos falaram que eu não tava sentindo dor. Aí, eles me desmaiaram porque eu comecei a fazer escândalo, porque eu tava sentindo eles me cortando e mexendo na minha barriga. [...] Doeui, só que eu senti só nessa hora, porque eles me apagaram. [...] Eles fizeram isso com anestesia, porque eu fui cesárea. Quando eu me acordei, meu filho já tava no negocinho do lado e eles me acordando. Quando o médico tava me acordando, perguntou se eu tinha me lembrado do que eu tinha falado. Disse que eu tinha falado muita besteira. 83 Então, eu não cheguei a falar nenhuma besteira, apenas falei que eu tava sentindo dor. Aí, foi que ele me apagou. Então, eles tiveram uma discriminação, por eu ser uma interna do CRF. É por isso que eu queria um familiar meu. [...] Tanto é que eles fizeram um corte muito feio nas minhas partes” (Barbosa *et al.*, 2024; p. 82).

O trabalho de parto foi percebido como doloroso e angustiante, não apenas pelas características fisiológicas dessa condição, mas também pelo estado degradante da assistência ofertada desde a remoção da unidade prisional até a instituição de saúde (Dalenogare *et al.*, 2022; p.7).

Um ponto muitas vezes negligenciado pelo sistema carcerário é a presença de acompanhante durante o parto, devido às limitações e protocolos de segurança do sistema prisional, muitas vezes os familiares não são informados sobre o início do trabalho de parto das internas, sendo informado a eles para cerca de 10% das mulheres e somente 3% das privadas de liberdade puderam escolher seus próprios acompanhantes (Leal *et al.*, 2016).

Isso representa uma restrição ao direito assegurado pela Lei nº 11.108/2005, que determina a obrigatoriedade da presença de um acompanhante à parturiente nos serviços de saúde do SUS durante o parto e o pós-parto imediato: “Não tem direito a acompanhante na hora do parto. O acompanhante vai ser o agente penitenciário. Não pode avisar o marido nem a família...” (Matos; Silva; Nascimento, 2019; p. 7).

Além desse contexto de isolamento e falta de proteção, as mulheres são muitas vezes desrespeitadas nos momentos referentes ao parto pela utilização de algemas, das encarceradas foi obrigada a utilizar algemas no pré-parto, no parto ou no pós parto (Leal *et al.*, 2016).

Em relação a isso é importante ressaltar a edição da Súmula Vinculante (SV) n.11 feita pelo Supremo Tribunal Federal (STF):

Só é lícito o uso de algemas em casos de resistência e de fundado receio de fuga ou de perigo à integridade física própria ou alheia, por parte do preso ou de terceiros, justificada a excepcionalidade por escrito, sob pena de responsabilidade disciplinar, civil e penal do agente ou da autoridade e de nulidade da prisão ou do ato processual a que se refere, sem prejuízo da responsabilidade civil do Estado (Brasil, 2008)

Conclui-se, portanto, que a súmula reafirmou a ideia de que o uso de algemas deve ocorrer apenas em situações excepcionais, conforme previsto expressamente na Constituição Federal de 1988, especialmente no artigo 5º, inciso III, que dispõe que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”, sob pena de violação de princípios constitucionais fundamentais.

O controle institucional do corpo feminino nas prisões se expressa como uma forma concreta de violência obstétrica e institucional. O uso de algemas durante o parto exemplifica esse controle direto sobre os corpos das mulheres, negando-lhes autonomia em um momento de extrema vulnerabilidade (Di Pietro; Dos Santos Rocha, 2017)

Especificamente sobre o uso de algemas durante o parto, cerca de 36% das gestantes relataram ter sido algemadas em algum momento durante a internação para o parto, e, dentre elas, 8% afirmaram ter permanecido algemadas até mesmo durante o procedimento de parto (Leal *et al.*, 2016).

A legislação brasileira avançou com a promulgação da Lei nº 13.434, de 12 de abril de 2017, que acrescentou o parágrafo único ao art. 292 do Código de Processo Penal:

É vedado o uso de algemas em mulheres grávidas durante os atos médico-hospitalares preparatórios para a realização do parto e durante o trabalho de parto, bem como em mulheres durante o período de puerpério imediato. (Brasil, 2017)

Outrossim, é importante destacar a respeito da necessidade real de utilizar desses instrumentos durante um momento de vulnerabilidade:

Fazer uso de algemas neste momento é algo totalmente desnecessário, arbitrário e abusivo, pois diante do estado físico e psíquico da mulher, não há qualquer possibilidade fática de se verificar resistência ou risco de fuga. Ademais, nestas hipóteses, o uso está legalmente autorizado. Porém é surreal pensar nestas situações diante da complexidade do período pré, durante e pós-parto (Di Pietro; Dos Santos Rocha, 2017; p.31).

No Brasil, mesmo diante da existência de regulamentação específica, a utilização de algemas durante o trabalho de parto de mulheres privadas de liberdade ainda é uma prática recorrente, mesmo quando não se configuram as hipóteses excepcionais previstas em lei. Tal conduta revela não apenas o desrespeito às garantias legais e aos direitos humanos das parturientes, mas também a manutenção de uma cultura punitiva que ignora a condição de vulnerabilidade física e emocional da mulher encarcerada nesse momento. A edição da Lei nº 13.434/2017 representa importantes conquistas jurídicas, fruto da mobilização social e institucional em defesa da dignidade feminina, evidenciando a luta pela abolição definitiva do uso de instrumentos de contenção durante o parto, período que exige cuidado, acolhimento e proteção integral (Di Pietro; Dos Santos Rocha, 2017).

Outro desafio frequentemente relatado pelas mulheres diz respeito à falta de privacidade e a violação da sua intimidade, que, somada aos episódios de violência verbal e psicológica praticados tanto por agentes penitenciários quanto por profissionais de saúde, é intensificada pela discriminação social (Oliveira *et al.*, 2024). Apenas 10% e 11% das mulheres relataram ter sido respeitadas quanto à sua intimidade pelos profissionais de saúde e pelos agentes penitenciários, respectivamente, sendo que esse percentual aumentou ligeiramente quando se considerou o modo de tratamento dos profissionais de saúde, alcançando 18% (Leal *et al.*, 2016).

A superlotação das celas compromete o descanso, o sono e a privacidade das detentas, gerando desconforto, irritação e sentimentos de tristeza e isolamento (Fochi *et al.*, 2017). Evidencia-se o desrespeito ao direito à saúde em razão da superlotação e das condições precárias das prisões, configurando um grave problema de saúde pública: “[...] imagina 30 presas numa cela, o barulho! Você quer ficar em silêncio, quieta... não tem como! É difícil...” (Fochi *et al.*, 2017; p. 5)

Esse conjunto de fatores contribui para aprofundar o processo de desumanização vivenciado por mulheres que já se encontram em condição de vulnerabilidade.

Em relação ao puerpério, constatou-se a omissão em relação à assistência à saúde nas primeiras semanas após o parto, não se observa uma preocupação efetiva com as condições gerais da mulher, seja em relação ao seu estado nutricional, à higiene, à saúde física ou ao bem-estar psicológico: “É horrível!! É a mesma comida para todas as mulheres. Não tem diferença por estar amamentando” (Do Amaral; Bispo, 2016; p.56).

Outro aspecto frequentemente negligenciado diz respeito à falta de orientação adequada às mães quanto aos cuidados necessários com o recém-nascido: “Porque insisti muito, eles me levaram no posto para fazer teste do pezinho e vacinar” (Do Amaral; Bispo, 2016; p.56).

Outro fator agravante é a interrupção da convivência da presa, muitas vezes ainda puérpera, com o seu bebê. Segundo a Resolução n.º 04, publicada em 15 de julho de 2009, que regulamenta a convivência e contato da mãe detenta com seus filhos, determina e garante a convivência da criança com a mãe, estabelecendo como prioridade a preservação do vínculo materno e a amamentação, entre outras (Brasil, 2009).

Visando manter uma continuidade do vínculo maternal, a resolução prevê, dentre outras medidas, uma separação gradual, para que permitam que a mãe continue convivendo com seu filho durante as fases iniciais de seu desenvolvimento:

Art. 2.º Deve ser **garantida a permanência de crianças** no mínimo até um ano e seis meses para as (os) filhas (os) de mulheres encarceradas junto as suas mães, visto que a presença da mãe nesse período é considerada **fundamental para o desenvolvimento da criança, principalmente no que tange à construção do sentimento de confiança, otimismo e coragem, aspectos que podem ficar comprometidos caso não haja uma relação que sustente essa primeira fase do desenvolvimento humano**; esse período também se destina para a vinculação da mãe com sua (seu) filha (o) e para a elaboração psicológica da separação e futuro reencontro.

Art. 3.º Após a criança completar um ano e seis meses **deve ser iniciado o processo gradual de separação** que pode durar até seis meses, devendo ser elaboradas etapas conforme quadro psicossocial da família, considerando as seguintes fases:

- a) Presença na unidade penal durante maior tempo do novo responsável pela guarda junto da criança;
- b) Visita da criança ao novo lar;
- c) Período de tempo semanal equivalente de permanência no novo lar e junto à mãe na prisão;
- d) Visitas da criança por período prolongado à mãe;

Parágrafo único. As visitas por período prolongado serão **gradualmente reduzidas** até que a criança passe a maior parte do tempo no novo lar e faça visitas à mãe em horários convencionais. (Brasil, 2009) (grifos meus)

Entretanto, na realidade prisional, observa-se que os filhos são frequentemente separados de suas mães sem que se respeite qualquer critério de gradualidade nesse processo de desligamento. Em regra, essa separação ocorre de forma abrupta, logo após o período mínimo de seis meses destinado à amamentação, desconsiderando os vínculos afetivos e a importância do convívio materno para o desenvolvimento integral da criança (Veríssimo *et al.*, 2015).

Em contrapartida a essas experiências negativas, um estudo realizado no complexo penitenciário da cidade de Salvador/BA, ao avaliar 6 mulheres que vivenciaram o ciclo gravídico puerperal em situação de prisão observou-se uma boa experiência no âmbito hospitalar marcado pela ausência de discriminação e não uso de algemas:

[...] “Eu achei que eles cuidaram de mim bem...o atendimento foi melhor do que dos outros filhos fora da cadeia. [...] Eu senti, de verdade, pensava que no mundo não tinha gente boa, mas eu paguei com a língua...Eles me tratou como gente, com educação. Não tenho nada de reclamar” (Dos Santos; Gazineu; Bispo, 2017, p. 111)

Contudo, fora observado que a vivência dentro do presídio referente ao pré-natal e puerpério foi negligenciada, principalmente em relação à alimentação e uso de medicamentos (Dos Santos; Gazineu; Bispo, 2017).

Observa-se que a violência obstétrica contra mulheres encarceradas revela uma face cruel da negligência institucional sistemática, em que o descaso estatal se alia ao racismo estrutural, ao sexismo e à criminalização da pobreza (Caputo, 2021). Essa situação evidencia que a população carcerária, especialmente a feminina e negra, é tratada como uma parcela descartável da sociedade, com pouca ou nenhuma proteção diante da violência do Estado. Em razão disso, o sistema prisional falha em garantir os direitos básicos dessas mulheres, reproduzindo lógicas de desumanização e manicomialização que silenciam e punem seus corpos. A violência obstétrica, nesse contexto, extrapola a negligência médica e se torna um instrumento de controle e punição institucional (Oliveira *et al.*, 2022).

Mulheres negras, que são a maioria nas prisões, enfrentam discriminações cruzadas e têm piores indicadores de atenção pré-natal e ao parto, sendo alvo de tratamentos grosseiros, dor ignorada e ausência de assistência adequada (Santos *et al.*, 2022; Bergo, 2019). A invisibilidade social que recai sobre essas mulheres, atravessada por sentimentos de vergonha, medo e culpa, naturaliza a violência que

sofrem e dificulta a construção de redes de apoio ou políticas públicas efetivas (Kilomba, 2021).

Ao tratar essas vidas como menos importantes, o Estado e a sociedade contribuem para a perpetuação de um ciclo de violação de direitos que se expressa não só no encarceramento, mas também no modo como essas mulheres são obrigadas a parir: sob dor, silêncio e vigilância. A maternidade, por sua vez, acentua a opressão vivida, pois essas mulheres são submetidas a um controle ainda mais rigoroso de seus corpos e práticas maternas, em um contexto que desumaniza e fragiliza o vínculo familiar (Passos, 2021).

Dessa forma, a relação entre violência obstétrica e encarceramento revela não apenas violações individuais, mas uma estrutura sistêmica de exclusão, controle e negação de direitos, que atinge de forma interseccional as mulheres mais marginalizadas da sociedade brasileira.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida ao longo deste trabalho permitiu compreender a violência obstétrica como uma forma de violência institucional e de gênero, fortemente enraizada na cultura médica e social brasileira. Observou-se que, apesar dos avanços em políticas públicas voltadas à humanização da assistência obstétrica, ainda persistem práticas desrespeitosas, abusivas e desumanizadas durante o ciclo gravídico-puerperal. A ausência de uma tipificação penal específica e de instrumentos jurídicos eficazes para responsabilizar os agentes envolvidos contribui para a invisibilização das vítimas e para a perpetuação da impunidade. Assim, a violência obstétrica se mantém como um grave problema de saúde pública e uma violação direta aos direitos humanos das mulheres.

No que se refere ao encarceramento feminino, o estudo evidenciou que o sistema prisional brasileiro foi historicamente concebido a partir de uma lógica masculina, sem considerar as especificidades biológicas, sociais e reprodutivas das mulheres. O expressivo aumento da população carcerária feminina nas últimas décadas, predominantemente composta por mulheres jovens, negras e em situação de vulnerabilidade socioeconômica, revela a seletividade penal e a falta de políticas voltadas à redução de danos sociais e à ressocialização efetiva. As deficiências estruturais das unidades prisionais, a ausência de equipes multiprofissionais e as condições precárias de saúde e higiene configuram um ambiente propício à violação sistemática de direitos fundamentais.

Quando a violência obstétrica ocorre dentro do cárcere, a situação torna-se ainda mais crítica. A mulher gestante privada de liberdade encontra-se em uma dupla condição de vulnerabilidade: por ser mulher e por estar encarcerada. As evidências apontam para a precariedade do acompanhamento pré-natal, a falta de acesso a cuidados básicos, o uso indevido de algemas durante o parto, a ausência de acompanhantes e a violação da privacidade. Tais práticas contrariam normas constitucionais, tratados internacionais de direitos humanos e legislações específicas, como a Lei nº 13.434/2017, que proíbe o uso de algemas em gestantes durante o parto.

Constata-se, portanto, que o Estado brasileiro tem falhado em garantir o mínimo existencial de dignidade às mulheres encarceradas, especialmente àquelas

em situação gestacional. A omissão estatal diante dessas violações representa não apenas um descumprimento de preceitos legais, mas também uma negação do princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento essencial da Constituição Federal de 1988.

Diante desse panorama, reafirma-se a necessidade urgente de políticas públicas intersetoriais, que articulem os sistemas de saúde, justiça e administração penitenciária, com vistas à efetivação de práticas humanizadas e à proteção integral da mulher encarcerada. Ademais, é imprescindível a aprovação de uma legislação específica sobre a violência obstétrica, que a reconheça formalmente como violação de direitos humanos e assegure mecanismos eficazes de prevenção, denúncia e responsabilização.

Em síntese, a efetiva redução da violência obstétrica, dentro e fora dos presídios, exige não apenas transformações jurídicas e institucionais, mas também mudanças culturais profundas, que devolvam à mulher o protagonismo sobre o seu corpo, sua maternidade e sua dignidade. Somente assim será possível concretizar os princípios de igualdade, justiça social e respeito à vida que norteiam o Estado Democrático de Direito.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de et al. Violência institucional, direitos humanos e autoridade tecno-científica: a complexa situação de parto para as mulheres. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e200231, 2020.

ALVES, Laiza Soares Leal Moreira; CARREIRO, Marcela Eduarda Alves; DE SOUSA PESSOA, Andréia Nadia Lima. Violência obstétrica: de que forma se positiva a deturpação dos direitos fundamentais das mulheres à luz da Constituição Federal. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, v. 4, n. 1, p. e453225-e453225, 2023.

ANDRADE, A. B. C. A. DE; GONÇALVES, M. J. F. Maternidade em regime prisional: desfechos maternos e neonatais. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 6, p. 1763, 2 jun. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/234396/29227>. Acesso em: 19 de maio de 2025.

AYRES JRC, França Junior I, Calazans G, Saletti Filho H. O Conceito de Vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção em saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: **Fiocruz**; 2003. p.117-39. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=AYRES+JRC%2C+Fran%C3%A7a+Junior+I%2C+Calazans+G%2C+Saletti+Filho+H.+O+Conceito+de+Vulnerabilidade+e+as+pr%C3%A1ticas+de+sa%C3%BAdade%3A+novas+perspectivas+e+desafios.+In%3A+Czeresnia+D%2C+Freitas+CM%2C+organizadores.+Promo%C3%A7%C3%A3o+em+sa%C3%BAdade%3A+conceitos%2C+reflex%C3%B5es%2C+tend%C3%Aancias.+Rio+de+Janeiro%3A+Fiocruz%3B+2003.+p.117-39.&btnG=#d=gs_qabs&t=1748475278581&u=%23p%3DibLPDYRTINUJ. Acesso em: 20 de maio de 2025.

BERGO, Vitória Marques. Formação docente em **História acerca da violência de gênero**: possibilidades para trabalhar a cultura do estupro na escola. 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/12269/1/vit%c3%b3riamarquesbergo.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 28 de out. de 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n.º 2.373 de 2023**. Dispõe sobre a Violência Obstétrica e Ginecológica na assistência à saúde da mulher no âmbito dos serviços públicos e privados de saúde. Brasília, DF, 04 de maio de 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2360347>. Acesso em: 28 de out. de 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n.º 8.219 de 2017**. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Brasília, DF, 09 de agosto de 2017.

Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2147144> Acesso em: 28 de out. de 2025.

BRASIL. Lei Nº 13.434, de 12 de abril de 2017. Acrescenta parágrafo único ao art. 292 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), para vedar o uso de algemas em mulheres grávidas durante o parto e em mulheres durante a fase de puerpério imediato. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Despacho de 03 de maio de 2019**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.sogirgs.org.br/pdfs/SEIMS-9087621-Despacho.pdf>. Acesso em 16 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei n.º 2.082 de 2022**. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção. Brasília, DF, 21 de julho de 2022. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/154237> Acesso em: 28 de out. de 2025

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Súmula Vinculante nº 11**. *Só é lícito o uso de algemas em casos de resistência e de fundado receio de fuga ou de perigo à integridade física própria ou alheia, por parte do preso ou de terceiros, justificada a excepcionalidade por escrito, sob pena de responsabilidade disciplinar, civil e penal do agente ou da autoridade e de nulidade da prisão ou do ato processual a que se refere, sem prejuízo da responsabilidade civil do Estado*. 13 de agosto de 2008. Diário Oficial da União, Brasília/DF, p. 1, 22 de agosto de 2008.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (21ª Turma). **Apelação n.º 0001784-73.2011.8.19.0211**. *Apelação Cível. Ação indenizatória. Erro médico. Má-prestação de serviços médicos com resultado de óbito fetal. Violência obstétrica. Violação dos direitos humanos*. Relatora: Des. Adriana Ramos de Mello. Julgado em: 9 abr. 2024. Publicado em: 11 abr. 2024. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/2345803131/inteiro-teor-2345803142?origin=serp>. Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. **Recurso cível n.º 5021871-95.2023.4.04.7000/PR**. *Recurso Cível. Civil e Administrativo. Responsabilidade civil do Estado. Julgamento com perspectiva de gênero. Direitos da gestante e da parturiente. Violência obstétrica. Negativa imotivada de realização*

de cesárea e aplicação de anestesia. Dano moral configurado. 1ª Turma Recursal do Paraná. Relator: Gerson Luiz Rocha. Julgado em: 31 jul. 2024. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/trf-4/2632564309/inteiro-teor-2632564315?origin=serp>. Acesso em: 29 out. 2025.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria et al. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 17, p. 432-438, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/HZRxm6ZrsK3FWS8xPFjLRRH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 de maio de 2025.

CAPUTO, Lara Rodrigues. **Formação social brasileira, racismo e sofrimento psíquico da população negra**: um estudo de revisão na área do Serviço Social. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/12547/1/lararodriguescaputo.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2025.

CORTINA, Monica Ovinski de Camargo. Mulheres e tráfico de drogas: aprisionamento e criminologia feminista. **Revista Estudos Feministas**, v. 23, n. 3, p. 761-778, 2015.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista estudos feministas**, v. 10, p. 171-188, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 de maio de 2025.

CRUVINEL, Tatiely Vieira. **A violação aos Direitos Humanos das gestantes no sistema penitenciário feminino brasileiro**. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/21697/3/ViolacaoDireitosHumanos.pdf>. Acesso em: 19 de maio de 2025.

D'GREGORIO, Rogelio Pérez. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 111, n. 3, p. 201-202, 2010. Disponível: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/figo_-_violencia_obstetrica_-_legislacao_na_venezuela.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2025.

DE BRITO, Cecília Maria Costa; OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de A.; DE ALBUQUERQUE COSTA, Ana Paula Correia. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 1, p. 120-140, 2020.

DE SOUZA, Amanda Laporte. Uma análise político-filosófica sobre o encarceramento no Brasil. **Pensamento Contemporâneo**, p. 89, s.d.]

DI PIETRO, Josilene Hernandes Ortolan; DOS SANTOS ROCHA, Ana Cláudia. Violência obstétrica: mulheres encarceradas e o uso de algemas. **Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília**, v. 3, n. 1, p. 23-34, 2017.

DOS SANTOS, Jéssica Priscilla Pereira. **CAPÍTULO IX. SAÚDE MENTAL, DROGAS E INTERSECCIONALIDADES:** Implicações de Gênero, Raça, Sexualidade, Território e Políticas Públicas no Contemporâneo, p. 9, 2024.

Disponível em:

<https://www2.ufff.br/ppgsvservicosocial/wp-content/uploads/sites/131/2024/09/Saude-m-ental-drogas-e-interseccionalidades-implicacoes-de-genero-rac%CC%A7a-sexualida-de-territorio-e-politicas-publicas-no-contemporaneo.pdf>. Acesso em: 21 de maio de 2025.

DUARTE, Marco José de Oliveira; PAIVA, Sabrina Pereira; MENEGAT Elizete Maria. **SAÚDE MENTAL, DROGAS E INTERSECCIONALIDADES:** Implicações de Gênero, Raça, Sexualidade, Território e Políticas Públicas no Contemporâneo, p. 122, 2024. Disponível em:

<https://www2.ufff.br/ppgsvservicosocial/wp-content/uploads/sites/131/2024/09/Saude-m-ental-drogas-e-interseccionalidades-implicacoes-de-genero-rac%CC%A7a-sexualida-de-territorio-e-politicas-publicas-no-contemporaneo.pdf>. Acesso em 19 de maio de 2025.

DUTRA, Juliana Cardoso. **Violência obstétrica:** mais um exemplo de violação aos direitos das mulheres. 2017. Disponível em:

<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/11399/1/JCD29112017.pdf>.

Acesso em: 21 de maio de 2025.

ELER, Kalline Carvalho Gonçalves. **A qualificação humana da pessoa:** uma análise ético-jurídica dos embriões excedentários. 2015. Disponível em:

<https://repositorio.ufff.br/jspui/bitstream/ufff/1965/1/kallinecarvalhogoncalveseler.pdf>.

Acesso em: 19 de maio de 2025.

ESCOSTEGUY, Ana Carolina D. Apontamentos sobre a formação de uma crítica feminista de mídia no Brasil. **Gênero, mídia & lutas sociais: percepções críticas e experiências emancipatórias.** Ponta Grossa: UEPG, p. 11-27, 2018. Disponível em:

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/65795551/2018_Livro_Genero_Midia_Lutas_Sociais_Artigo_Ferreira_Sene_-libre.pdf?1614374161=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPercepcoes_criticas_e_experiencias_emanc.pdf&Expires=1748472926&Signature=DeVWKSgQCSBsrdWbCAeeR5AX6roPZu~GHA5kaVEqocaz9oGjj8xC36YuJfix5IJyYoVuLUeB4e-LNr~kUaqztjs7IDvdl540q0geuC4yeCa9Flnlf-K2BymHeFUNn8QEWn1I-sKds~0FVpS71jtshwRoxYXosMu~Wi6Dz8tMOB2S6y7KyQvStB6glkt~JT9u3GRhWI0gmQpCevSyA~YRe61pxscBlkR6b1q-WgL2j9g6N12O1Mf1lYQs1oYf6BHuhJGelpipQO~B1aS4PXkXLFoVAT3vaD9kLb6iz0CxaQfl66zDnupta8aUO03LC3dv-L9H0rEwAWAIOzfmJdKA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA#page=11. Acesso em: 20 de maio de 2025.

FARIAS, Paloma Leite Diniz. **Protocolo para julgamento com perspectiva de gênero e violência obstétrica: contribuições crítico-feministas.** In:

CONGRESSO INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS DE COIMBRA, 2024.

FELIPPE, Andreia Monteiro. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em mulheres vítimas de violência praticada por parceiro íntimo.** 2014. Disponível

em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/481/1/andreiamonteirofelicpe.pdf>. Acesso em: 19 de maio de 2025.

FERNANDES, Daniel Fonseca. O grande encarceramento brasileiro: política criminal e prisão no século XXI. **Revista do CEPEJ**, v. 18, p. 101-153, 2015.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

Disponível em:

<http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>. Acesso em: 23 de maio de 2025.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: SESC, 2010. Disponível em:

<https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/> Acesso em: 16 abr. 2025.

GERMANO, Idilva Maria Pires; MONTEIRO, Rebeca Áurea Ferreira Gomes; LIBERATO, Mariana Tavares Cavalcanti. Criminologia crítica, feminismo e interseccionalidade na abordagem do aumento do encarceramento feminino. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. spe2, p. 27-43, 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. - 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRIMAL, Pierre. **Dicionário da Mitologia Grega e Romana**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1993. p. 396.

HELPEES, Sintia Soares; **EM JOGOS, Vidas**. Mestrado em Ciências Sociais, s.d.

INFOPEN. Ministério da Justiça e da Segurança Pública Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - período de julho a dezembro 2019 - Mulheres e Grupos específicos. 2019. Disponível em:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoib2ZlZWFMNzktNjRlZi00MjNiLWFlhYmYtNjExNmMyNmYxMjRkIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 16 abr 2025

KATZ, Leila et al. Who is afraid of obstetric violence? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 2, p. 623-626, 2020.

KILOMBA, Grada. Plantation memories: episodes of everyday racism. **Between the lines**, 2021.

https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=hM1KEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&dq=Plantation+memories:+episodes+of+everyday+racism.+Between+the+lines&ots=QeMUluBMJ5&sig=_zNH7duhq0tUz9nQkXp-CwVPJ64#v=onepage&q=Plantation%20memories%3A%20episodes%20of%20everyday%20racism.%20Between%20the%20lines&f=false. Acesso em: 20 de maio de 2025.

LARA, Juliane Rocha. **deGENEROU**: a Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres. 2018. Disponível em:

<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/8269/1/julianerochalara.pdf>. Acesso em: 19 de maio de 2025.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2061-2070, 2016.

LIMA, Kelly Diogo de; PIMENTEL, Camila; LYRA, Tereza Maciel. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4909-4918, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26suppl3/4909-4918/pt>. Acesso em: 21 de maio de 2025.

LIMA, M. **Violência obstétrica**: violação aos direitos da parturiente. Trabalho de Conclusão de Curso, Mato Grosso do Sul, v. 1, n. 1, p. 1-29, 2017.

LOZI, Nicole Karoline Gomes; **Violência Obstétrica no Brasil**: Desafios e Perspectivas. 2023. Disponível em: <http://www.repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/14971/1/nicolekarolinegomeslozi.pdf>. Acesso em: 19 de maio de 2025.

MAGALHÃES, Roberta Cordeiro de Melo. **Violência obstétrica no contexto da violência feminina**. 2020. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/15075/1/61350726.pdf>. Acesso em: 19 de maio de 2025.

MARIA, Queiroz do Couto Cristina. Acolhimento com classificação de risco em obstetrícia. **Conhecendo Online**, v. 5, n. 1, p. 13-30, 2019.

MELLO, Marcelo Pereira de. **A casa de detenção da corte e o perfil das mulheres presas no Brasil durante o século XIX**. 2001.

NASCER nas prisões: Gestar, nascer e cuidar. Direção: Bia Fioretti. [S. l], 2017. 1 vídeo (24min). Publicado pelo Canal VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=vmi6r-M-K0U>. Acesso em: 16 abr 2025.

OLIVEIRA, Jacqueline Mary Soares. **“O perdão que ele me pediu nunca me limpou”, circuitos de violência contra as mulheres**: o registro de uma cartografia. 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/35579/1/TESE%20JACQUELINE%20SOARES.FINAL.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2025.

OLIVEIRA, Tatyannne Maria Pereira de et al. Assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres privadas de liberdade: revisão de escopo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, p. e20240035, 2024.

PACHECO, Ana Paula et al. O encarceramento em massa e a política de alternativas penais no Brasil. 2024.

PARTO DO PRINCÍPIO – **MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA**. **Dossiê da Violência Obstétrica**: “Parirás com dor”. 2012. Disponível em:

<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
f Acesso em 18 de abril de 2025.

PASSOS, Rachel Gouveia. O lixo vai falar, e numa boa!. **Revista Katálisis**, v. 24, n. 2, p. 301-309, 2021. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rk/a/Nj4qFky59rpZ8vx9wRmqRZR/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em: 21 de maio de 2025.

PIMENTEL, Elaine. O lado oculto das prisões femininas: representações dos sentimentos em torno do crime e da pena. **Revista Latitude**, v. 7, n. 2, p. 51-68, 2013. Disponível em:
<https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/01/doctrina38961.pdf>.
Acesso em: 21 de maio de 2025.

PROTOCOLO PARA JULGAMENTO COM PERSPECTIVA DE GÊNERO [recurso eletrônico] / Conselho Nacional de Justiça. Brasília: Conselho Nacional de Justiça – CNJ; **Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados – Enfam**, 2021. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br>. Acesso em: 29 out. 2025.

RANGEL, S. C. **(Re)construção de ações educativas no ciclo gravídico-puerperal: uma pesquisa convergente-assistencial**. 2025. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/14017>. Acesso em: 19 de maio de 2025.

RIBEIRO, Ludmila; MARTINO, Natalia; DUARTE, Thais Lemos. Antes das grades: perfis e dinâmicas criminais de mulheres presas em Minas Gerais. **Sociedade e Estado**, v. 36, n. 2, p. 639-665, 2021.

RIBEIRO, Samila Gomes et al. Perfil gineco-obstétrico de mulheres encarceradas no estado do Ceará. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, p. 13-21, 2013. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tce/a/wDMynSDzpmzL94yjkBnXWFM/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em: 21 de maio de 2025.

ROCKEMBACK, Ana Claudia; VAILATTI, Natálie. **Mulheres encarceradas e a Violência Obstétrica a partir das Intersecções de Raça, Sexo/Gênero e Classe**. Disponível em:
<https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/anais/congresso-internacional-de-ciencias-criminais/assets/edicoes/2020/arquivos/175.pdf>. Acesso em: 16 abr 2025.

RODRIGUES, Angelo Brito. **Violência obstétrica: experiências de mulheres no Nordeste do Brasil**. 2022. Disponível em:
https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/70214/1/2022_tese_abrodrigues.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2025.

SANTANA, Ariane Teixeira; OLIVEIRA, Gleide Regina de Sousa Almeida; BISPO, Tânia Christiane Ferreira. Mães do cárcere: vivências de gestantes frente à assistência no pré-natal. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, 2016.

SANTOS, Clara Barbosa de Oliveira. Sofrimento psíquico e militância: apontamentos sobre a discussão de saúde mental nos partidos políticos revolucionários. 2022. Tese de Doutorado. **EPSJV**. Disponível em: <https://epsjv.phlnet.com.br/beb/textocompleto/014984.pdf>. Acesso em: 19 de maio de 2025.

SARKAR, N. N. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. **Journal of obstetrics and gynaecology**, v. 28, n. 3, p. 266-271, 2008. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01443610802042415?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 20 de maio de 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade (da pessoa) humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 2015.

SOUZA, Taísa Guimarães de; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; MODES, Priscilla Shirley Siniak dos Anjos. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, p. 479-486, 2011.

SUTHERLAND, Melissa A. Incarceration during pregnancy. **Nursing for Women's Health**, v. 17, n. 3, p. 225-230, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1751485115307601>. Acesso em: 20 de maio de 2025.

TOMKIN, J. Orphelins de justice A la recherche de l'intérêt supérieur de l'enfant lorsqu'un parent est en prison: Analyse juridique. **Geneva: Quaker UN Off**, 2009. Disponível em: https://quino.org/sites/default/files/resources/FRANC%CC%A7AIS_Orphans%20of%20Justice.pdf. Acesso em: 21 de maio de 2025.

VALENTE, Lucimar Barbosa. Violência obstétrica como violação dos direitos humanos e suas consequências. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 5, p. 2390-2409, 2023.

VELOSO, Roberto Carvalho; DE MESQUITA SERRA, Maiane Cibeles. Reflexos da responsabilidade civil e penal nos casos de violência obstétrica. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 2, n. 1, p. 257-277, 2016.

VERÍSSIMO, Lannuzya et al. Vivência da maternidade para presidiárias. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 360-369, 2015.

WALMSLEY, Roy. **World female imprisonment list**. London: International Centre for Prison Studies, p. 1-14, 2006. Disponível em: https://www.academia.edu/download/92056068/world_female_prison_4th_edn_v4_web.pdf. Acesso em: 26 out. 2025.

WORLD FEMALE IMPRISONMENT LIST – **Sixth Edition: Women and Girls in Penal Institutions, Including Pre-Trial Detainees/Remand Prisoners**. Maio 2024. Disponível em:

https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_female_imprisonment_list_6th_edition.pdf. Acesso em: 26 out. 2025.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, p. e155043, 2017.

ZANIN, Joslene Eidam; OLIVEIRA, Rita de Cássia da Silva. Penitenciárias privatizadas: educação e ressocialização. **Práxis Educativa**, v. 1, n. 02, p. 39-47, 2006. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/praxeduc/v01n02/v01n02a05.pdf>. Acesso em 21 de maio de 2025.