

# VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER DURANTE A GESTAÇÃO: ENTRE A INVISIBILIDADE DO FENÔMENO E OS DESAFIOS DA RESPONSABILIZAÇÃO DO AGRESSOR

Recebido em: 18/06/2023

Aceito em: 27/05/2024

DOI: 10.25110/rcjs.v26i2.2023-10272



Jefferson Drezett <sup>1</sup>

José Henrique Rodrigues Torres <sup>2</sup>

Francisca de Fátima dos Santos Freire <sup>3</sup>

**RESUMO:** A violência contra a mulher é reconhecida como violação de direitos humanos e problema de saúde pública. Mesmo durante a gestação é elevada a prevalência de violência física, sexual e psicológica. O objetivo deste artigo é apresentar revisão narrativa sobre a violência contra a mulher durante gestação, com considerações sobre as implicações para a saúde pública e responsabilização do agressor. Por se tratar de revisão, este estudo encontra-se isento de submissão a Comitê de Ética e Pesquisa. As complicações obstétricas da violência durante a gestação apontam maior risco de aborto, óbito fetal, parto prematuro, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas e óbito neonatal. A assistência pré-natal deveria ser estratégica para identificar essas situações de violência. Contudo, serviços e profissionais de saúde excepcionalmente abordam a questão. Além do enfrentamento das questões estruturais determinantes da ideologia patriarcal, a responsabilização dos agressores também é fundamental para romper o ciclo da violência e minimizar seus agravos. As políticas públicas de saúde deveriam incorporar a violência de gênero, buscando estratégias de acolhimento e de reconhecimento do problema, ampliando a garantia material dos direitos humanos das mulheres, com ações semelhantes que igualmente alcançassem os operadores do direito e suas instituições.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência Contra Mulher; Gestantes; Vítimas de Crime; Violência por Parceiro Íntimo; Violações de Direitos Humanos.

---

<sup>1</sup> Doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Professor do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade – Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo (SP). Professor da Disciplina de Saúde Sexual, Reprodutiva e Genética Populacional – Faculdade de Medicina do ABC. Santo André (SP). E-mail: [jdrezett@gmail.com](mailto:jdrezett@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4072-3636>

<sup>2</sup> José Henrique Rodrigues Torres

Doutorando da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. Campinas (SP). Membro da Associação Juízes para a Democracia. São Paulo (SP). Professor da Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados. Juiz Titular da Vara do Júri de Campinas. Campinas (SP).

E-mail: [jhtorres@tjsp.jus.br](mailto:jhtorres@tjsp.jus.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6054-3080>

<sup>3</sup> Doutoranda em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina do ABC. Santo André (SP). Mestra em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza (CE). Professora da Universidade Regional do Cariri. Crato (CE).

E-mail: [stelfreire@hotmail.com](mailto:stelfreire@hotmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3090-3847>

## VIOLENCE AGAINST WOMEN DURING PREGNANCY: BETWEEN THE INVIZIBILITY OF THE PHENOMENON AND THE CHALLENGES OF THE RESPONSIBILITY OF THE AGGRESSOR

**ABSTRACT:** Violence against women is recognized as a violation of human rights and a public health problem. Even during pregnancy, the prevalence of physical, sexual and psychological violence is high. The aim of this article is to present a narrative review on violence against women during pregnancy, with considerations about the implications for public health and accountability of the aggressor. As a review, this study is exempt from submission to the Ethics and Research Committee. Obstetric complications of violence during pregnancy indicate a higher risk of abortion, fetal death, premature delivery, low birth weight, premature rupture of membranes and neonatal death. Prenatal care should be strategic to identify these situations of violence. However, health services and professionals exceptionally address the issue. In addition to addressing the structural issues that determine patriarchal ideology, the accountability of aggressors is also fundamental to break the cycle of violence and minimize their injuries. Public health policies should incorporate gender-based violence, seeking strategies to welcome and recognize the problem, expanding the material guarantee of women's human rights, with similar actions that also reach the operators of the law and their institutions.

**KEYWORDS:** Violence against woman; Pregnant Women; Sex Offenses; Intimate Partner Violence; Human Rights Abuses.

### INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é reconhecida como grave problema de saúde pública e como violação de direitos humanos (WHO, 2013). A complexidade desse fenômeno tornou-se melhor compreendida a partir do uso da categoria analítica de *gênero*, proposta pelo movimento feminista e pelas ciências sociais na década de 1990. O conceito de gênero questiona a essencialidade das diferenças entre os sexos genéticos ou biológicos, colocando o feminino e o masculino em uma perspectiva histórica, política, cultural e social (BANDEIRA, 2014).

Dessa forma, passou-se a reconhecer a construção de papéis fortemente desiguais para homens e mulheres ao longo de séculos, socializando o feminino em uma categoria subalterna, submissa e controlada, particularmente no campo sexual e reprodutivo (SAFFIOTI, 2004). Em 1994, a *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher*, promovida pelas Nações Unidas, incorporou definitivamente esse conceito, tratando por violência contra a mulher todo ato fundamentado no *gênero* que resultasse em morte ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, ocorrendo tanto nos espaços públicos como nos ambientes privados (ONU, 1979).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a prevalência global de violência física e sexual contra a mulher seja de 30%, quando praticada pelo parceiro íntimo, e de 7,2%, por agressor estranho ou conhecido, mas não parceiro. A violência por parceiro íntimo mostra índices de 24,6% no Pacífico Ocidental, de 25,4% na Europa, de 29,2% nas Américas, de 36,6% na África e de 37,7% no Sudeste da Ásia. Ato violentos praticados por agressores estranhos ou não parceiros têm prevalência de 4,9% nos países do Pacífico Ocidental, de 6,8% no Sudeste da Ásia, de 5,2% nos países da comunidade europeia, de 10,7% nas Américas e de 11,9% na África (WHO, 2013).

No Brasil, dados da OMS, de 2005, apontaram para prevalência de 34% de violência física e de 14% de violência sexual contra a mulher, ambas praticadas ao longo da vida pelo parceiro íntimo (WHO, 2005). Como consequência dessa alta prevalência, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) registrou mais de 1,4 milhão de casos de violência doméstica e 230 mil pedidos de medidas protetivas no ano de 2017 (CNJ, 2018).

Nesse contexto, a violência durante a gestação (VG) é definida pela ameaça ou pela ação de violência física, sexual ou psicológica contra a gestante (WHO, 2005). As evidências indicam que a VG pode ser tão ou mais frequente que muitas intercorrências clínicas durante a gestação, como o diabetes gestacional (5,4%) (SANTOS *et al.*, 2020) ou a pré-eclampsia (4,6%) (ABALOS *et al.*, 2013), duas das principais condições obstétricas com protocolos bem definidos de rastreamento, diagnóstico e intervenção durante a assistência pré-natal e o parto. Mesmo assim, as instituições públicas pouco reconhecem a VG e os seus agravos. Assim, o objetivo deste artigo é apresentar uma revisão narrativa sobre a violência contra a mulher durante gestação, com considerações sobre suas implicações para a saúde pública e para os procedimentos de responsabilização do agressor. Por se tratar de revisão, este estudo encontra-se isento de submissão e aprovação por Comitê de Ética e Pesquisa, conforme normas do Conselho Nacional de Saúde.

## **1 MAGNITUDE DA VIOLÊNCIA DURANTE A GESTAÇÃO**

A gestação pode ser uma etapa do curso de vida da mulher em que as violências assumem novos contornos e diferentes características. Alguns estudos observam maior ocorrência de violência psicológica (OKADA *et al.*, 2015) e menor violência física e sexual nessa fase (MARTIN-DE-LAS-HERAS *et al.*, 2019), enquanto outros apontam o período gestacional como o momento do início das agressões ou de seu incremento em

frequência e gravidade (MONTEIRO *et al.*, 2007; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; FRANÇA JUNIOR, 2008; BO *et al.*, 2020). Muitas mulheres, particularmente as mais jovens e as adolescentes, podem passar a sofrer violência após revelarem a gestação, praticada tanto pela família como pelo parceiro íntimo (MONTEIRO *et al.*, 2007).

Diferentes dados de prevalência sobre agressões físicas durante a gestação são reportados para mulheres brasileiras. Em Campinas, a violência física ocorreu para 6,5% das gestantes (AUDI *et al.*, 2008). No Rio de Janeiro, os índices observados variaram de 9,5% (SANTOS *et al.*, 2010) a 33,8% (MORAES; REICHENHEIM, 2002). No Recife, foram 13,1% (MENEZES *et al.*, 2003). Em São Paulo, foram encontrados valores de 13,5% (DURAND; SCHRAIBER, 2007), de 14,6% (FERRI *et al.*, 2007) e de 34,6% (OKADA *et al.*, 2015).

O cenário internacional tem indicadores igualmente importantes. Na China, a violência física na gestação ocorre para 4,3% das mulheres (LEUNG *et al.*, 1999), no Irã para 4,8% (NAGHIZADEH; MIRGHAFORVAND; MOHAMMADIRAD, 2021), na Turquia para 8,4% (GÜRKAN *et al.*, 2020), em Ruanda para 10,2% (RURANGIRWA *et al.*, 2017), na Nicarágua para 13,4% (VALLADARES *et al.*, 2005), no Malawi para 14,0% (CHASWEKA; CHIMWAZA; MALUWA, 2018), no Reino Unido para 17,0% (JOHNSON *et al.*, 2003), e em Uganda para 27,7% (KAYE *et al.*, 2006).

A violência sexual na gestação também tem prevalência relevante. O Rio de Janeiro mostra índices de 2,1% (SANTOS *et al.*, 2010) e de 9,9% (MORAES; REICHENHEIM, 2002). Em São Paulo, os valores oscilam entre 3,1% (DURAND; SCHRAIBER, 2007), 4,9% (OKADA *et al.*, 2015), e 5,0% (FERRI *et al.*, 2007). Em Campinas, chegam a 6,5% (AUDI *et al.*, 2008). Em Uganda, a violência sexual é reportada em 2,7% das gestações (KAYE *et al.*, 2006), na Turquia o índice atinge 5,9% (GÜRKAN *et al.*, 2020), na Nicarágua 7,0% (VALLADARES *et al.*, 2005), na China, 9,4% (LEUNG *et al.*, 1999), em Ruanda, 9,7% (RURANGIRWA *et al.*, 2017), no Reino Unido 10,0% (JOHNSON *et al.*, 2003), no Irã 12,5% (NAGHIZADEH; MIRGHAFORVAND; MOHAMMADIRAD, 2021), e no Malawi 28,0% (CHASWEKA; CHIMWAZA; MALUWA, 2018).

Esses dados desvelam parte de um cenário mais amplo de violência sexual contra as mulheres brasileiras. Informações extraídas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória indicam que, no período de 2009 a 2013, houve aumento do número de notificações de violência sexual ao Ministério da Saúde, passando de 7,4 mil

casos, em 2009, para 24,4 mil casos, em 2013 (GASPAR; PEREIRA, 2018). Crianças e adolescentes enfrentam fenômeno semelhante. No ano de 2019, as instituições de segurança pública registraram que mulheres menores de 13 anos compuseram quase 60% dos casos de violência sexual (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020). Outro estudo brasileiro aponta que quase 25% dos casos de abuso sexual acometeram adolescentes de 12 a 17 anos em 2015 (WAISELFISZ, 2017). Apesar da magnitude desses números, cabe considerar que eles representam a menor parte dos casos de violência sexual que realmente ocorrem e que, oficialmente, não são registrados, sobretudo em razão da dificuldade ou mesmo impossibilidade de revelação dos fatos pelas mulheres (SOUZA *et al.*, 2012).

Em acréscimo, muitas mulheres enfrentam, concomitantemente, situações de violência psicológica na gestação (GÜRKAN *et al.*, 2020). Essa forma de violência pode ser entendida como qualquer conduta que cause dano emocional para a mulher, reduza sua autoestima, prejudique seu desenvolvimento humano, tenha pretensão de controlá-la, busque sua degradação ou limite a sua autodeterminação (BRASIL, 2006). Alguma forma de violência psicológica mostrou-se presente ao longo da vida de 97,1% das mulheres (OKADA *et al.*, 2015). Dados sobre a violência psicológica na gestação no Brasil podem ser variáveis, com valores entre 17,5% (PIRES *et al.*, 2017) e 28,8% (SILVA *et al.*, 2011). Em outros países em desenvolvimento a violência psicológica na gestação alcança 26,7% das mulheres na Turquia (KARAOGLU *et al.*, 2006), 32,4% na Nicarágua (VALLADARES *et al.*, 2005), 29,1% no Malawi (CHASWEKA; CHIMWAZA; MALUWA, 2018), 32,8% no Irã (NAGHIZADEH; MIRGHAFOURVAND; MOHAMMADIRAD, 2021), 17,0% em Ruanda (RURANGIRWA *et al.*, 2017), e 40% no Iraque (AL-TAWIL, 2012).

Outras formas menos reportadas de violência devem ser reconhecidas durante a gestação. A violência patrimonial reflete as condutas que configuram a subtração, retenção ou destruição dos pertences da mulher, seus documentos ou seus valores e recursos financeiros. A violência moral se expressa pelas calúnias, injúrias ou difamações (BRASIL, 2006). Em estudo brasileiro, o abuso econômico foi encontrado em 25,9% e as agressões verbais em 31,1% das gestantes (GÜRKAN *et al.*, 2020).

Mulheres que sofrem VG também têm antecedentes importantes de violências recentes ou antigas no curso de vida, corroborando com a violência de gênero como um processo muitas vezes contínuo e recorrente. A violência física nos últimos 12 meses foi

significativamente mais frequente nas mulheres com VG, com valores crescentes de 3,5% (DURAND; SCHRAIBER, 2007), de 7,6% (FIOROTTI *et al.*, 2018), de 9,4% (SANTOS *et al.*, 2010), de 13,1% (MENEZES *et al.*, 2003), de 14,6% (FERRI *et al.*, 2007), e de 33,8% (MORAES; REICHENHEIM, 2002).

A maioria dos casos de VG se destaca pelo parceiro íntimo como protagonista das agressões. Esse cotidiano de violência termina traduzindo-se no medo nas relações domésticas. Em nosso meio, a declaração de temor do parceiro é variável, com 26,5% (DURAND; SCHRAIBER, 2007), 19,1% (AUDI *et al.*, 2008), e 5,1% (SANTOS *et al.*, 2010) das mulheres entrevistadas. Semelhante situação ocorre em outros países, com relato de medo do parceiro íntimo em 1,5% dos casos no Canadá (JANSSEN *et al.*, 2003), em 3,6% na China (LEUNG *et al.*, 1999), em 27,0% no Reino Unido (JOHNSON *et al.*, 2003), em 24,8% em Uganda (KAYE *et al.*, 2006), e em 32,0% na Nicarágua (VALLADARES *et al.*, 2005).

O medo do parceiro íntimo é um aspecto importante na violência de gênero, por ser um obstáculo significativo para diferentes aspectos da vida da mulher e por reduzir sua autonomia sexual e reprodutiva (WHO, 2013). Em situações extremas, a exposição ao medo em concomitância com outros eventos traumáticos pode levar ao estresse e ao isolamento, condições facilitadoras da depressão e de comportamentos suicidas (HYDE; MEZULIS; ABRAMSON, 2008).

## **2 VIOLÊNCIA DURANTE A GESTAÇÃO COMO FENÔMENO MULTIFATORIAL**

Vários fatores são fortemente relacionados com a violência de gênero, como o menor status socioeconômico, pouca escolaridade da mulher ou do parceiro íntimo (RURANGIRWA *et al.*, 2017), apoio social escasso e a dependência econômica e emocional da mulher (DURAND; SCHRAIBER, 2007; BESSA *et al.*, 2014). Esses aspectos são mais impactantes nos países em desenvolvimento em que predomina maior desigualdade social, dificuldades e deficiências de atenção na saúde pública e maior assimetria nas relações de gênero (WHO, 2005). As evidências são robustas quanto ao papel da desigualdade social, da pobreza, da dependência financeira e do desemprego como fatores associados com a VG (VALLADARES *et al.*, 2005; DURAND; SCHRAIBER, 2007; OKADA *et al.*, 2015; HOANG *et al.*, 2016; CHASWEKA; CHIMWAZA; MALUWA, 2018). A menor renda da mulher também confere ao

fenômeno da violência um significado por estratificação social (RURANGIRWA *et al.*, 2017), enquanto que a maior autonomia econômica pode funcionar como fator protetor ou redutor para a VG (PURI *et al.*, 2012).

O recorte de raça importa para a sujeição da mulher à VG, sobretudo para as negras e para mulheres de minorias étnico-raciais (KOCH; ROSENBERG; GELLER, 2016; HALPERN-MEEKIN *et al.*, 2019; BESSA *et al.*, 2022). Mulheres negras são particularmente mais vulneráveis, chegando a compor quase 70% dos casos de violência atendidos nos serviços de emergência brasileiros (GARCIA; SILVA, 2018). O extremo da violência doméstica e de gênero é feminicídio, tipificado no Código Penal brasileiro no Artigo 121, § 2º VI. (MASSON, 2000). A taxa de feminicídio de mulheres negras brasileiras entre os anos de 2016 e 2018 foi de 12,5 por 100.000 mulheres, pouco mais que o dobro observado para mulheres brancas, de 5,9 por 100.000 (MONTEIRO; ROMIO; DREZETT, 2021). Os estudos ecológicos de série temporal indicam que as taxas de homicídios no Brasil são crescentes nas últimas décadas, colocando o país na quinta posição internacional em taxa de feminicídios (WAISELFISZ, 2015).

Contudo, alguns aspectos da VG não se mostram consensuais. Diferenças de escolaridade não foram verificadas por alguns autores (KHOSLA *et al.*, 2005; SANTOS *et al.*, 2010; OKADA *et al.*, 2015). Em alguns estudos, mulheres sem parceiro se mostraram mais expostas à VG (STÖCKL; WATTS; MBWAMBO, 2010; FINNBOGADÓTTIR; DYKES; WANN-HANSSON, 2016; FIOROTTI *et al.*, 2018; STÖCKL; WATTS; MBWAMBO, 2010), o que poderia ser decorrente de um possível fator protetor de uma união baseada em relações saudáveis e menos assimétricas, que poderiam determinar valores comuns na estrutura familiar (FINNBOGADÓTTIR; DYKES; WANN-HANSSON, 2016).

Outros aspectos têm sido associados com a VG. Há reportes sobre o papel da religião da mulher (STÖCKL; WATTS; MBWAMBO, 2010; AL-TAWIL, 2012; OKADA *et al.*, 2015), da gravidez decorrente de relação com outro parceiro (STÖCKL; WATTS; MBWAMBO, 2010), da união ou casamento precoce antes dos 18 anos (MOHAMMADHOSSEINI; SAHRAEAN; BAHRAMI, 2010), de residir em regiões urbanas (RURANGIRWA *et al.*, 2017) e do antecedente da mulher em presenciar ou vivenciar violência doméstica antes dos 15 anos de idade (MENEZES *et al.*, 2003; AUDI *et al.*, 2008). Com relação ao parceiro íntimo, aponta-se o etilismo, a pouca escolaridade (PEEDICAYIL *et al.*, 2004; BESSA *et al.*, 2014), a baixa idade (AUDI *et al.*, 2008), o

uso abusivo de substâncias psicoativas (AUDI *et al.*, 2008; TAFT; WATSON, 2008), a infidelidade conjugal (MOHAMMADHOSSEINI; SAHRAEAN; BAHRAMI, 2010), o sentimento de posse e controle sobre a mulher e a dúvida sobre a paternidade da gestação em curso (BACCHUS; MEZEY; BEWLEY, 2006). A gestação não planejada também pode aumentar o risco de sofrer VG (LEUNG *et al.*, 1999; KAYE *et al.*, 2006; SANTOS *et al.*, 2010; OKADA *et al.*, 2015).

Contudo, deve-se reconhecer que parte dessas variáveis encontra-se sujeita a fatores de confundimento, na medida em que muitos aspectos clínicos e sociodemográficos interrelacionam-se com os agravos da violência. Além disso, a violência contra a mulher é um fenômeno que se insere em contextos sociais, culturais, econômicos e políticos diversos, o que impede que se generalize sua prevalência e suas características para diferentes populações.

### 3 CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA SOBRE A GESTAÇÃO

As evidências indicam que a violência contra a mulher é causa importante de suicídio e de mortalidade materna. A OMS estima que, em média, 38% dos feminicídios são praticados pelo parceiro íntimo, com valores maiores para países do Sudeste Asiático, da África e das Américas (WHO, 2013). As complicações obstétricas podem comprometer 37% das mulheres que sofrem VG (KAYE *et al.*, 2006), incluindo maior risco de aborto (TAFT; WATSON, 2008), de óbito fetal, de parto prematuro e de baixo peso ao nascer (KAYE *et al.*, 2006; HOANG *et al.*, 2016), de rotura prematura de membranas (SANTOS *et al.*, 2010), e de óbito neonatal (COKER; SANDERSON; DONG, 2004). Além disso, mulheres que sofrem VG estão mais propensas a iniciar o pré-natal tardiamente (KARAOGLU *et al.*, 2006) e de realizá-lo de forma irregular e inadequada (MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010), além de interromperem o aleitamento materno mais precocemente (VIELLAS *et al.*, 2013).

As agressões físicas também podem resultar em danos para as gestantes. Na Itália, a violência física foi motivo para o atendimento de urgência de 113 gestantes, com lesões observadas em 47,8% dos casos (BO *et al.*, 2020). Nas situações envolvendo violência sexual durante a gestação, as mulheres ficam sujeitas a outros agravos, como lesões genitais e infecções sexualmente transmissíveis (VAN ROOIJEN *et al.*, 2018), maior sofrimento sexual (DIKMEN; ÇANKAYA, 2020) e problemas de saúde mental mais frequentes (MORAES; REICHENHEIM, 2002; SOUZA *et al.*, 2012).

Outro agravante reprodutivo na VG é o maior consumo de álcool e de tabaco. O álcool pode facilitar a violência como parte de uma associação complexa, sobretudo quando a mulher utiliza o etilismo para enfrentar situações de VG com a reprovação do parceiro íntimo, que por sua vez emprega mais violência como represália. Os danos fetais do tabaco também são conhecidos, como maior risco de prematuridade, de restrição do crescimento intrauterino e de baixo peso ao nascer (WHO, 2013).

As consequências psicológicas da violência sexual na gestação merecem atenção. As mulheres podem enfrentar o Transtorno de Estresse Pós-Traumático e níveis elevados de depressão, ansiedade e transtornos do humor. Pode ocorrer redução significativa da qualidade de vida, comprometimento da satisfação com a vida, com o corpo, com a atividade sexual e com os relacionamentos interpessoais. Pode-se observar significativa associação entre violência sexual e sintomas de dissociação, congelamento e hipervigilância. A relação com a autoimagem, autoestima e relações afetivas também são impactadas negativamente (SOUZA *et al.*, 2012).

#### **4 ASPECTOS JURÍDICOS DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**

Como evidenciam os dados apresentados, a violência, seja física, psicológica, moral ou de qualquer outra dimensão, acarretam sérios danos e prejuízos para as mulheres, especialmente no período gestacional. Essa violência deve ser prevenida e coibida. O Estado brasileiro subscreveu tratados e convenções de proteção dos direitos humanos das mulheres, como a *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher* (ONU, 1979), assim como a *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher* (OEA, 1994), comprometendo-se a adotar políticas públicas efetivas para garantir às mulheres uma vida livre de agressões e de qualquer tipo de violência, promovendo, inclusive, a punição dos agressores. Esse compromisso internacional, assumido no âmbito do sistema de proteção dos direitos humanos, há de ser cumprido, inclusive por ter força normativa vinculante.

Todavia, é preciso ter consciência de que a atuação exclusiva e isolada do sistema penal, de forma simbólica e promocional, é absolutamente insuficiente para conter essa violência que é, sobretudo, ideológica e fruto de um patriarcado estrutural, histórico e cultural. As políticas públicas não devem limitar-se ao sistema repressivo penal. Como ensina Jorge de Figueiredo Dias, “ao direito penal não deve caber uma função promocional que o transforme, de direito de proteção de direitos fundamentais,

individuais e coletivos, em instrumento de governo da sociedade. Tal função não estaria de acordo com o fundamento de legitimação da intervenção penal, nem com o sentido dessa intervenção como *ultima ratio* da política social, nem com as exigências de salvaguardas do pluralismo e da tolerância conaturais às sociedades democráticas hodiernas” (DIAS, 1999). Ao Estado, pois, cabe, mediante a adoção de políticas públicas e providências promocionais transformadoras, que não se confundem com medidas repressivas, que, muita vez, apenas produzem a manutenção do *status quo*.

A criminalização de condutas, em qualquer de seus níveis de atuação, não pode ser adotada como solução para todos os males sociais nem pode ser mera opção simbólica de governo. Alessandro Barata adverte que “o Estado, sob o pretexto de cumprir o dever de prestar proteção, não pode, de forma simbólica, sobrepondo a política criminal à política social, criminalizar a política social” (BARATTA, 1994). Em um Estado Democrático de Direito, não se deve criminalizar qualquer conduta para fazer crer que, em razão da adoção dessa medida no plano formal legislativo, foi solucionado o problema que se pretendia arrostar.

Não se deve aplicar o sistema penal como peça de publicidade enganosa. E os dados revelados nesta revisão estão a demonstrar que, para a contenção e prevenção da violência contra a mulher, especialmente durante a gestação, o sistema repressivo tem sido pouco eficaz. Segundo Maria Lucia Karam, a força ideológica das enganosas publicidades do sistema penal, além de ocultar seu descompromisso com a humanidade e suas dores, faz com que o controle social fundado na intervenção do sistema penal apareça como a única forma de enfrentamento de situações negativas ou de condutas conflituosas ou indesejadas (KARAM, 2009).

Não é apenas a lei penal que controla fenômenos, visando regular o convívio entre as pessoas e evitar situações negativas ou condutas conflituosas ou indesejadas. É preciso buscar a compreensão das raízes dos fenômenos, comportamentais, buscando alternativas que sejam capazes de proporcionar caminhos menos danosos e mais eficazes para regulá-los, controlá-los de forma mais racional e efetiva. Decisivamente, são “ações positivas promotoras dos direitos, e não ações negativas proibitivas de condutas, que se fazem obrigatórias na atuação do Estado para proteção dos direitos fundamentais do indivíduo” (KARAM, 2009).

Além disso, antes da aplicação do sistema penal, é preciso respeitar o princípio constitucional e democrático da subsidiariedade. Com efeito, “a tutela penal há de ser

*ultima ratio* das medidas culturais, sociais e sanitárias, e não um sucedâneo para a falta delas”, como já decidiu o Tribunal Constitucional Português. De acordo com o princípio da subsidiariedade, embasado na principiologia do Estado-Penal Mínimo, a aplicação do sistema penal somente se justifica quando não há outras alternativas para o enfrentamento do problema social a ser debelado (PORTUGAL, 1985).

E é evidente que o problema da violência contra a mulher, inclusive no período da gestação, pode e deve ser enfrentado, também, e principalmente, fora do sistema penal, de modo até mesmo mais eficaz, mediante a promoção da educação formal e informal, capacitação de profissionais do sistema sanitário e educacional, manutenção de estruturas preparadas para garantir os direitos das mulheres, implantação de sistemas de acolhimento e orientação, políticas públicas que promovam a igualdade de gênero, implementação de programas sociais que assegurem a ativa participação das mulheres na identificação de prioridades, tomada de decisões, planejamento, adoção e avaliação de estratégias para a prevenção da violência em todos os seus aspectos, participação plena das mulheres nos espaços públicos, enfrentamento da ideologia patriarcal e aumento do poder e possibilidade das mulheres na tomada de decisões e sua efetiva execução (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004).

Todavia, além de adotar medidas e políticas públicas de prevenção e promoção da igualdade material e dignidade das mulheres, deve o Estado cuidar para que os agressores também sejam responsabilizados, tanto no aspecto jurídico-criminal quanto no espectro da responsabilidade civil indenizatória. Portanto, também é preciso conhecer os instrumentos legais e jurídicos disponíveis no âmbito do sistema jurídico, para que seja possível, com uma interpretação e atuação marcadas pela perspectiva de gênero, conferir maior efetividade ao ordenamento legal e garantir a vida e a saúde das mulheres no plano material da existência e, em especial, nos períodos de gestação, com a aplicação do sistema repressivo, quando necessário, sob a égide do princípio da *ultima ratio* e dos demais princípios constitucionais e de proteção dos direitos humanos.

## **5 SOBRE A LEI MARIA DA PENHA**

A Lei nº 11.340, de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), editada em razão de uma condenação do Brasil no concerto internacional de garantia dos direitos humanos, criou, como está disposto em seu Artigo 1º, mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do Artigo

226 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e de tratados internacionais de direitos humanos ratificados pelo Brasil.

Em seu Artigo 2º, dispõe que as mulheres têm direitos fundamentais a serem assegurados para que vivam sem violência e que tenham sua saúde física e mental preservada. No seu Artigo 3º, afirma a responsabilidade do poder público de garantir políticas que garantam os direitos humanos das mulheres, com ênfase nas relações domésticas e familiares, protegendo-as da violência e de outras formas de abuso (BRASIL, 2006).

No seu Artigo 5º, dispõe que a violência doméstica e familiar contra a mulher estará configurada diante de “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”, seja no âmbito da unidade doméstica, no ambiente familiar ou em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação ou orientação sexual (BRASIL, 2006).

E, nos termos de seu Artigo 7º, amplia a abrangência do conceito de violência doméstica e familiar contra a mulher para afirmar a sua ocorrência nos casos de violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral, hipóteses exemplificativas e não taxativas. A única referência à violência durante a gestação está no item III de seu Artigo 7º, que afirma configurar violência sexual qualquer conduta que force a prática do abortamento (BRASIL, 2006). Mas, apesar dessa única referência específica, a Lei Maria da Penha deve incidir em todas as hipóteses de violência contra a mulher durante a gravidez, como acima abordado, seja física, psicológica, sexual ou moral, esteja ou não a violência inserida no campo de criminalização do sistema penal, para garantir os seus direitos, de modo primacial, no âmbito civil e familiar.

A Lei Maria da Penha, consagrando a principiologia da intervenção mínima do Estado no âmbito repressivo, garante a prioridade da aplicação de medidas efetivas fora do âmbito do sistema penal. Posto que editada com a finalidade de coibir e evitar a violência contra a mulher, seus dispositivos não se destinam apenas ao tratamento criminal de condutas nem conferem preeminência para a atuação do sistema repressivo (BRASIL, 2006). Os dispositivos legais que criminalizam a VG, tipificando condutas e cominando penas, serão encontrados no Código Penal e em leis repressivas especiais.

A Lei Maria da Penha não pode ser tratada como um instrumento repressivo criado com a exclusiva missão de promover a punição dos agressores, mas, sim, constitui

um instrumento legal destinado a garantir a implantação de políticas públicas de prevenção, assistência e proteção às vítimas, assegurar aplicação de medidas protetivas de urgência e promover programas educacionais com perspectiva de gênero, raça e etnia, o que a qualifica como um importante mecanismo de promoção e proteção dos direitos humanos das mulheres para uma vida livre de violência.

Comprometida com o seu objetivo primacial de prevenir a violência, a Lei Maria da Penha criou mecanismos, instrumentos jurídicos e equipamentos indispensáveis à sua efetividade, como as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Casas-abrigo, Centros de Referência da Mulher e Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, garantindo às mulheres, inclusive, assistência judiciária durante os atos processuais cíveis e criminais (Artigo 27). Além disso, assegura a criação e atuação de equipes formadas por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e de saúde (Artigo 29), com atribuição, inclusive, para “desenvolver trabalhos de orientação, encaminhamento, prevenção e outras medidas, voltados para a ofendida, o agressor e os familiares, com especial atenção às crianças e aos adolescentes” (BRASIL, 2006). Aliás, é preciso destacar a previsão de instrumentos legais destinados até mesmo ao acolhimento do agressor.

No âmbito específico do sistema repressivo, no entanto, é preciso examinar a legislação penal específica e analisar as hipóteses de tipificação e incidência do sistema com relação ao agressor, especialmente quando a violência é praticada durante o período gestacional, pois, muitas mulheres, particularmente as mais jovens e as adolescentes, podem passar a sofrer violência após revelarem a gestação, tanto pela família como pelo parceiro íntimo.

## **6 DA VIOLÊNCIA FÍSICA: LESÃO CORPORAL, ABORTO E FEMINICÍDIO**

Quando ocorre uma violência física, que causa lesão corporal, ou seja, ofensa à integridade física ou à saúde da mulher, a conduta do agressor ou da agressora estará tipificada como criminosa no Artigo 129, *caput* do Código Penal, com pena de detenção de três meses a um ano (MASSON, 2000). Se ficar caracterizada a violência doméstica, nos termos do § 9º do mencionado dispositivo legal, a pena será maior: “Se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade: Pena - detenção, de 3 (três) meses a 3 (três) anos”. E,

nos termos do § 13º, se a lesão for praticada contra a mulher, por razões da condição do sexo feminino, a pena será ainda maior, de um a quatro anos (MASSON, 2000).

Mas, se a agressão for praticada durante a gestação e da lesão corporal resultar aceleração do parto ou aborto, o crime será qualificado e a pena, aplicada de acordo com parâmetros mais severos ainda: se resultar em aceleração de parto a pena será de um a cinco anos, e se resultar em aborto a pena será de dois a oito anos (Artigo 129 do Código Penal) (MASSON, 2000). Finalmente, se o agressor tiver conhecimento da gravidez e agir com a intenção de provocar a interrupção da gestação com a ocisão do feto, buscando o aborto ou assumindo o risco de provocá-lo, o crime será o de aborto, como tipificado no Artigo 125, com pena de três a dez anos (MASSON, 2000). Mas, é preciso observar que se as lesões corporais forem causadas por imprudência, negligência ou imperícia, o crime será de lesões corporais culposas. Nesse caso, eventual aborto não será punido, pois, não há hipótese legal de criminalização do aborto culposo, Artigo 18 do Código Penal (MASSON, 2000). Nessa hipótese, a responsabilidade do agressor ou da agressora pode ser reconhecida apenas no âmbito civil indenizatório e, eventualmente, administrativo ou deontológico.

Por derradeiro, configura-se o homicídio doloso quando o agressor quer ou assume o risco de produzir a morte da pessoa agredida, Artigo 121 do Código Penal (MASSON, 2000). Mas, esse crime será qualificado e a pena ampliada se ficar caracterizado o feminicídio, § 2º, ou seja, se praticado contra mulher por razões da condição de sexo feminino, envolvendo violência doméstica e familiar ou menosprezo ou discriminação à condição de mulher, § 2º - A, com reclusão de doze a trinta anos. A pena será aumentada de um terço até a metade (§ 7º) se o feminicídio for praticado durante a gestação ou nos três meses posteriores ao parto. Mas, se a mulher estiver grávida e o agressor tiver conhecimento da gravidez, responderá, também, pelo aborto, se houver a morte do feto, nos termos do Artigo 125. Nesse caso, as penas do feminicídio e do aborto serão aplicadas cumulativamente, conforme Artigo 69 do Código Penal (MASSON, 2000).

## **7 DA VIOLÊNCIA SEXUAL**

Os crimes sexuais, tipificados no Código Penal, conforme a Lei nº 12.015, de 2009 (BRASIL, 2009), deixaram de ser classificados pelo Estado brasileiro como *Crimes Contra os Costumes*, e passaram a ser compreendidos, no espectro da dignidade humana,

como *Crimes Contra a Dignidade Sexual*. Entre eles estão os *Crimes Contra a Liberdade Sexual*, como o *estupro*, previsto no Artigo 213, que criminaliza a imposição de ato sexual ou libidinoso, sem consentimento, mediante uso de violência física ou grave ameaça (MASSON, 2000).

O crime de *estupro de vulnerável* está tipificado no Artigo 217-A e considera a vulnerabilidade da pessoa, na expressão da sexualidade, como elementar do delito. Esse tipo penal pune qualquer ato libidinoso praticado com menores de 14 anos de idade ou com pessoas que, em razão de enfermidade ou deficiência intelectual, não têm o necessário discernimento para a prática do ato ou que, por qualquer outra causa, não podem oferecer resistência ou expressar consentimento válido, como é o caso de pessoas sob o efeito importante do álcool ou de substâncias psicoativas (MASSON, 2000).

Há, também, no espectro da tipificação de crimes contra a dignidade sexual, entre outros, os delitos de *violação mediante fraude* (Artigo 215), de *importunação sexual* (Artigo 215-A), do *assédio sexual* (Artigo 216-A), da *corrupção de menores* (Artigo 218), do *favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual* (Artigo 218-B) e da *mediação para servir a lascívia de outrem* (Artigo 227) (MASSON, 2000).

Contudo, embora a violência sexual durante a gestação tenha significativa gravidade para o aumento dos danos e riscos para a saúde da mulher, em nenhuma dessas hipóteses há menção à prática do crime durante a gestação. Apenas o resultado “gravidez” é previsto como causa de aumento de pena para todos os crimes contra a dignidade sexual (Artigo 234-A), o que, aliás, é suficiente para equipará-los, por analogia, ao estupro e, assim, possibilitar a prática do aborto legal previsto no Artigo 128, II do Código Penal (MASSON, 2000).

## 8 DOS DANOS CAUSADOS PELA VIOLÊNCIA

Como indicam as evidências, as consequências psicológicas da violência sexual durante a gestação, como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático e níveis elevados de depressão, ansiedade e transtornos do humor, também não são consideradas de modo específico no âmbito da criminalização, apesar de causarem, com frequência, significativa redução da qualidade de vida e comprometimento da satisfação com a vida, com o corpo, com a atividade sexual e com os relacionamentos interpessoais, demonstrando associação entre a violência sexual e sintomas de dissociação,

congelamento e hipervigilância, bem como impactando de modo negativo na formação e manutenção da autoimagem, da autoestima e relações afetivas (SOUZA *et al.*, 2012).

E também não há previsão de qualificação, aumento ou agravamento de pena nos casos de delitos contra mulheres gestantes, nas hipóteses de violência psicológica, moral ou patrimonial, apesar dos danos emocionais que essa violência acarreta para as mulheres, prejudicando o seu desenvolvimento humano, sua autonomia e autodeterminação.

No espectro criminal, todos esses danos e consequências para a vítima poderão ser aferidos, apenas, como circunstâncias judiciais, no momento da fixação da pena, como previsto no Artigo 59 do Código Penal (MASSON, 2000). Mas, no âmbito da responsabilidade civil serão avaliados para a imposição de responsabilidade reparatória, inclusive com relação ao Estado, diante de eventual omissão na proteção dos direitos violados.

Na maioria significativa dos casos de VG é destacada a presença do parceiro íntimo da mulher como protagonista da agressão, o que acarreta o estabelecimento do medo nas relações domésticas. O medo do parceiro íntimo é um aspecto importante da violência de gênero, por ser um obstáculo significativo para diferentes aspectos da vida da mulher e por reduzir sua autonomia sexual e reprodutiva. Assim, no campo da responsabilidade civil decorrente da produção de todos esses danos para a mulher, especialmente quando a violência é praticada durante a gestação, devem ser consideradas as consequências acarretadas para o futuro da gestante e para eventuais oportunidades de vida reprodutiva ou de relacionamentos sociais e profissionais truncadas pela violência.

A Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) tem decidido, como já ocorreu nos casos Cantoral Benavides Vs Peru (CIDH, 2001), Cabrera García e Montiel Floresd Vs México (CIDH, 2010), e Gelman Vs Uruguai (CIDH, 2011), que diante de violação a direitos humanos, além da reparação dos danos físicos e morais, também deve ser reparado o dano ao projeto de vida, o qual implica violência à autodeterminação e ao direito de fazer escolhas com o objetivo de alcançar um projeto de vida futuro.

Assim, ocorre violência contra a mulher, reparável, portanto, quando as suas escolhas são frustradas pela ação de terceiros ou, então, nas situações em que a pessoa agredida é levada a ter que reformular, por ato lesivo de outrem, as suas escolhas (WESENDONCK, 2011). E cabe ao Estado garantir às mulheres a indenidade de suas escolhas para o seu projeto de vida. Como se vê, a violência, mesmo que não esteja

criminalizada, poderá fundamentar e motivar a imposição de medidas protetivas previstas na Lei Maria da Penha e, ainda, acarretar consequências para o agressor, bem como ao Estado, no âmbito da responsabilidade civil ou administrativa.

## **9 RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Desde o movimento da Reforma Sanitária, ocorrido na década de 1970, os serviços de saúde brasileiros têm sido progressivamente estruturados a partir de fundamentos filosóficos das ciências humanas para a construção de um arcabouço científico e protocolos de atenção. Estabeleceu-se a ruptura da concepção de que a saúde reflete apenas a ausência de doenças, o que determinou a adoção do conceito ampliado de saúde, que abrange, na sua concepção integral, as condições de vida, moradia, educação, alimentação, trabalho e bem-estar social e mental (BERTOLOZZI; FRACOLLI, 2008). Dessa forma, mulheres em situação de violência apresentam necessidades específicas que derivam do desrespeito aos direitos humanos e da desigualdade de gênero, desencadeando vulnerabilidades e agravos diversos para a saúde (SCHRAIBER *et al.*, 2012).

Os profissionais de saúde enfrentam dificuldades para assumir um posicionamento empático e tecnicamente adequado nos casos de violência contra a mulher. Persiste a concepção equivocada de que a violência contra a mulher não se encontra no escopo de suas atribuições e intervenções, exceto nas emergências que envolvam lesões físicas, como consequência de um modelo biomédico hegemônico com preconceitos e julgamentos embasados, especialmente, em estereótipos de gênero (VILLELA; LAGO, 2007). Acredita-se, no entanto, que a mudança desse cenário desfavorável para as mulheres depende, em parte, da promoção da adequada formação dos profissionais de saúde nas diferentes etapas de sua atuação (MASSON, 2000).

Considerando a abrangência do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a assistência pré-natal deveria ser um espaço seguro e estratégico para identificar situações de violência na gestação (SANTOS *et al.*, 2010). No entanto, poucas vezes as mulheres revelam espontaneamente esse fato, o que colabora para reduzir a visibilidade do fenômeno (SOUZA *et al.*, 2012). Ao mesmo tempo, na maior parte dos casos, a violência física ou sexual na gestação não deixa evidências materiais que permitam suspeitar ou identificar a sua ocorrência (SANTOS *et al.*, 2010; BESSA *et al.*, 2014).

Portanto, o enfrentamento da VG exige novas formas de acolhimento e de reconhecimento do problema. Urge seja incorporada, definitivamente, a violência de gênero nas políticas públicas de saúde. Aliás, a Lei Maria da Penha, motivada pelos compromissos internacionais do Brasil no âmbito dos direitos humanos, considera primacial a promoção de medidas educativas de prevenção da violência doméstica contra a mulher em todos os setores de atuação do Estado e, também, no espectro da vida privada (BRASIL, 2006).

Igualmente importante é identificar os autores da VG para que possam ser responsabilizados, reduzindo a impunidade e promovendo a reparação dos danos. Essa medida também rompe o ciclo da violência doméstica, evitando ou minimizando os agravos para a saúde das mulheres. A Lei Maria da Penha prevê proteção para as mulheres que enfrentam VG de forma mais ampla e efetiva, pois, permite a suspensão da posse ou o porte de armas pelo agressor, o afastamento do agressor do domicílio e de locais frequentados pela mulher, a proibição de aproximação com relação à mulher, familiares e testemunhas, a proibição de toda forma de contato e comunicação, a suspensão de visitas do agressor aos filhos e, ainda, a imposição da obrigação de prestação de alimentos provisionais ou provisórios (BRASIL, 2006).

E os profissionais de saúde têm o dever legal e o compromisso constitucional de acolher, cuidar, orientar e proteger as mulheres no âmbito de sua atuação. Casos de violência suspeita ou confirmada contra mulheres menores de 18 anos devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de qualquer outra medida legal, com o objetivo de que possam ser adotadas medidas de proteção adequadas (BRASIL, 1990). A Lei nº 13.931, de 2019, estabelece o dever de comunicar à autoridade policial, inclusive, os casos de violência contra a mulher, com observância dos princípios ético-legais do sigilo e confidencialidade, garantindo-se, assim, a plenitude da assistência e a dignidade da mulher assistida (BRASIL, 2019). E, segundo preceitua a Lei Maria da Penha, também compete aos profissionais de saúde fornecer subsídios para o Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública, quando solicitados, por relatórios técnicos ou em audiências, observando os princípios de confidencialidade profissional (BRASIL, 2006).

## 10 O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DURANTE A GESTAÇÃO

O Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero (CNJ, 2021), editado para orientar os magistrados e magistradas, mas, que pode ser adotado como paradigma, também, para a implantação de políticas públicas, inclusive no âmbito sanitário, assevera que o enfrentamento da violência contra a mulher deve orientar-se pelos princípios elegidos pela *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher* (ONU, 1979) e, também, pela *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher* (OEA, 1994), Convenção de Belém do Pará, ratificada pelo Brasil em 1995.

O Brasil incorporou esses tratados internacionais ao seu ordenamento jurídico constitucional, considerando que a Constituição Federal, Artigo 5º, § 1º, estabelece que “As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.” No § 2º, “Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.”, no § 3º “Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais.”, e no § 4º “O Brasil se submete à jurisdição de Tribunal Penal Internacional a cuja criação tenha manifestado adesão” (BRASIL, 1988).

Assim, o Brasil assumiu o compromisso de garantir ao homem e à mulher, prioritariamente, a igualdade de gozo de todos os direitos econômicos, sociais, culturais, civis e políticos, mas, afirma e adverte que a discriminação contra a mulher viola os princípios da igualdade de direitos e do respeito da dignidade humana, dificulta a participação da mulher nas mesmas condições que o homem, na vida política, social, econômica e cultural de seu país, constitui um obstáculo ao aumento do bem-estar da sociedade e da família e dificulta o pleno desenvolvimento das potencialidades da mulher. Aliás, afirma o CNJ, nesse aspecto, que “é preciso observar, também, que, em situações de pobreza, a mulher tem um acesso mínimo à alimentação, à saúde, à educação, à capacitação e às oportunidades de emprego, assim como à satisfação de outras necessidades. Assim, é preciso garantir às mulheres condições materiais dignas, promover a eliminação de todas as formas de racismo, discriminação racial, colonialismo, neocolonialismo, agressão, ocupação estrangeira e dominação e interferência nos

assuntos internos dos Estados é essencial para o pleno exercício dos direitos do homem e da mulher” (CNJ, 2021).

Vários fatores são fortemente relacionados com a violência de gênero, como o menor status socioeconômico, pouca escolaridade da mulher ou do parceiro íntimo (RURANGIRWA *et al.*, 2017), apoio social escasso e a dependência econômica e emocional da mulher. Esses aspectos são mais impactantes nos países em desenvolvimento, nos quais predominam maior desigualdade social, dificuldades e deficiências de atenção na saúde pública e maior assimetria de gênero. As evidências são robustas quanto ao papel preeminente da desigualdade social, da pobreza, da dependência financeira e do desemprego como fatores associados com a VG. A menor renda da mulher também confere ao fenômeno da violência um significado por estratificação social, enquanto a maior autonomia econômica pode funcionar como fator protetor ou redutor para VG. O recorte de raça importa para a sujeição da mulher à VG, sobretudo para as mulheres negras e de minorias étnico-raciais (KOCH *et al.*, 2016; HALPERN-MEEKIN *et al.*, 2019; BESSA *et al.*, 2022). Essas são mulheres ainda mais vulneráveis, representando quase 70% dos casos atendimentos nos serviços de emergência brasileiros (GARCIA; SILVA, 2018).

Portanto, no enfrentamento da violência contra a mulher, como afirma o CNJ, é imprescindível a adoção de políticas públicas e programas sociais hábeis para promover e garantir “a participação máxima da mulher, em igualdade de condições com o homem, em todos os campos”, sobretudo diante da “grande contribuição da mulher ao bem-estar da família e ao desenvolvimento da sociedade, até agora não plenamente reconhecida, a importância social da maternidade e a função dos pais na família e na educação dos filhos”. E, nesse documento indispensável para a aplicação da legislação nacional sob a ótica da perspectiva de gênero, é afirmado que “o papel da mulher na procriação não deve ser causa de discriminação”, que “a educação dos filhos exige a responsabilidade compartilhada entre homens e mulheres e a sociedade como um conjunto”, que é imprescindível “modificar o papel tradicional tanto do homem como da mulher na sociedade e na família para alcançar a plena igualdade entre o homem” e que é necessário adotar medidas “a fim de suprimir essa discriminação em todas as suas formas e manifestações” (CNJ, 2021).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Decididamente, para garantir que as mulheres vivam de forma plena e livre de qualquer tipo de violência, inclusive para que possam optar livremente pela gravidez e gestar e parir com segurança, no pleno exercício de sua dignidade e de todos os seus direitos, não basta filosofar, proclamar direitos e editar leis. É preciso agir, com efetividade, promovendo a transformação social, implantando políticas públicas emancipatórias, desenvolvendo programas que garantam o exercício da autonomia, enfrentando a ideologia patriarcal, preparando os serviços públicos para o acolhimento integral, formando adequadamente profissionais, afastando paradigmas do modelo hegemônico fundado em preconceitos, prejulgamentos e estereótipos de gênero, assegurando a assistência pré-natal, inclusive como espaço seguro e estratégico para identificar situações de violência na gestação, assegurando condições de igualdade material para as mulheres, debelando a pobreza, as desigualdades e a discriminação racial étnica e de gênero, garantido a eficácia de medidas protetivas e, se necessário, punindo os agressores e promovendo a reparação de todos os danos, sempre com absoluto respeito aos compromissos internacionais assumidos no âmbito normativo e vinculante do sistema de proteção dos direitos humanos. Enfim, como diria Drummond, “as leis não bastam; os lírios não nascem da lei”.

## REFERÊNCIAS

ABALOS, E.; CUESTA, C.; GROSSO, A. L.; CHOU, D.; SAY, L. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: A systematic review. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 170, n. 1, p. 1–7, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23746796/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

AL-TAWIL, N. G. Association of violence against women with religion and culture in Erbil Iraq: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 800, 2012. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-800>. Acesso em: 24 jan. 2023.

AUDI, C. A. F.; SEGALL-CORRÊA, A. M.; SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. G. G.; PÈREZ-ESCAMILA, R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 877–885, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18695785/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BACCHUS, L.; MEZEY, G.; BEWLEY, S. A qualitative exploration of the nature of domestic violence in pregnancy. **Violence Against Women**, v. 12, n. 6, p. 588–604,

2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077801206289131>. Acesso em: 24 jan. 2023.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: A construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, p. 449–469, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/se/a/QDj3qKFJdHLjPXmvFZGsrLq/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BARATTA, A. Funções instrumentais e simbólicas do direito penal. Lineamentos de uma teoria do bem jurídico. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, v. 2, n. 5, p. 5–24, 1994.

BESSA, M. M. M.; DREZETT, J.; ROLIM, M.; ABREU, L. C. Violence against women during pregnancy: sistematized revision. **Reprodução & Climatério**, v. 29, n. 2, p. 71–79, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208714000466>. Acesso em: 24 jan. 2023.

BESSA, M. M. M.; DREZETT, J.; SOUZA JUNIOR, H. M. F. E; ADAMI, F.; BEZERRA, I. M. P.; ABREU, L. C. Physical and sexual violence during pregnancy in the northeastern backlands of Brazil: a cross-sectional study. **Human Reproduction Archives**, v. 37, p. e000321, 2022. Disponível em: <https://humanreproductionarchives.com/article/doi/10.4322/hra.000321>. Acesso em: 24 jan. 2023.

BO, M.; CANAVESE, A.; MAGNANO, L.; RONDANA, A.; CASTAGNA, P.; GINO, S. Violence against pregnant women in the experience of the rape centre of Turin: Clinical and forensic evaluation. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v. 76, p. 102071, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33075742/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm?\\_%C2%A74%C2%BA,\\_da\\_cf/88](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm?_%C2%A74%C2%BA,_da_cf/88). Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Casa civil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1990.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o

Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2006.

BRASIL. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019. Altera a Lei Nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2019.

CHASWEKA, R.; CHIMWAZA, A.; MALUWA, A. Isn't pregnancy supposed to be a joyful time? A cross-sectional study on the types of domestic violence women experience during pregnancy in Malawi. **Malawi Medical Journal**, v. 30, n. 3, p. 191–196, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30627355/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

COKER, A. L.; SANDERSON, M.; DONG, B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 18, n. 4, p. 260–269, 2004. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-3016.2004.00569.x>. Acesso em: 24 jan. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **O Poder Judiciário na aplicação da Lei Maria da Penha**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2018. 24p.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Protocolo para julgamento com perspectiva de gênero**. Brasília (DF): Conselho Nacional de Justiça e Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados; 2021. 132p.

COOK, Rebecca; DICKENS, Bernard; FATHALLA, Mahmoud. **Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004. 608p.

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH). **Caso Cantoral Benavides vs. Perú**. Sentencia de 3 de diciembre de 2001. Reparaciones y Costas. Disponível em: <https://summa.cejil.org/pt/entity/klx4o47bdkzhyqfr>. Acesso em: 30 jan. 2023.

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH). **Caso Gelman vs. Uruguay**. Sentença de 24 de fevereiro de 2011. Mérito e Reparaciones. 83p. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp->

content/uploads/2016/04/09b4d396111fe41e886a744a9f8753e1.pdf.. Acesso em: 30 jan. 2023.

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH). **Caso Cabrera García y Montiel Flores vs. México**. Sentencia de 26 de Noviembre de 2010. (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas). 101 páginas. Disponível em: <https://patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2021/05/Caso-Cabrera-Garcia-y-Montiel-Flores-vs-Mexico-camponeses-ecologistas.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2023.

DIAS, Jorge de Figueiredo. **Questões fundamentais do direito penal revisitadas**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999. 372p.

DIKMEN, H. A.; ÇANKAYA, S. The Effect of Exposure to Sexual Violence on Sexual Dysfunction and Sexual Distress in Pregnant Women. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 17, n. 12, p. 2394–2407, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33199238/>. Acesso em: 3 dez. 2022.

DURAND, J. G.; SCHRAIBER, L. B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: Prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 3, p. 310–322, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/M9jYHR4DK8xskdxX7BLdvpD/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

FERRI, C. P.; MITSUHIRO, S. S.; BARROS, M. C.; CHALEM, E.; GUINSBURG, R.; PATEL, V.; PRINCE, M.; LARANJEIRA, R. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: A survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. **BMC Public Health**, v. 7, n. 1, p. 209, 2007. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-7-209>. Acesso em: 20 jan. 2023.

FINNBOGADÓTTIR, H.; DYKES, A.; WANN-HANSSON, C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27530993/>. Acesso em: 24 jan. 2023.

FIOROTTI, K. F.; AMORIM, M. H. C.; LIMA, E. F. A.; PRIMO, C. C.; MOURA, M. A. V.; LEITE, F. M. C. Prevalência e fatores associados à violência doméstica: Estudo em uma maternidade de alto risco. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/TnLbjRmxHCKMSgSMdWN3Qtf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020**. 14ª ed. Brasília: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020. 332p. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-14/>. Acesso em: 11 jan. 2023.

BERTOLOZZI, Maria Rita; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; O trabalho em saúde e o processo de produção. In: EGRY, Emiko Yoshikawa (Org.) **Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: Guia para pesquisadores**. São Paulo: Dedone, 2008. p. 22-32. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/308426/mod\\_resource/content/1/LivroNecessidadesEmikoPORT\\_v2.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/308426/mod_resource/content/1/LivroNecessidadesEmikoPORT_v2.pdf). Acesso em: 2 nov. 2022.

GARCIA, L. P.; SILVA, G. D. M. Violência por parceiro íntimo: Perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WgZw9hx8DNkMS749sR4zcQw/?lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2023.

GASPAR, R. S.; PEREIRA, M. U. L. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 11, p. e00172617, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/GbLMSNYQxgFYXmKHBjn4f4d/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

GÜRKAN, Ö. C.; EKŞİ, Z.; DENİZ, D.; ÇIRÇIR, H. The Influence of Intimate Partner Violence on Pregnancy Symptoms. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 35, n. 3–4, p. 523–541, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30049233/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

HALPERN-MEEKIN, S.; COSTANZO, M.; EHRENTAL, D.; RHOADES, G. Intimate Partner Violence Screening in the Prenatal Period: Variation by State, Insurance, and Patient Characteristics. **Maternal and Child Health Journal**, v. 23, n. 6, p. 756–767, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30600519/>. Acesso em: 24 jan. 2023.

HOANG, T. N.; VAN, T. N.; GAMMELTOFT, T.; MEYROWITSCH, D. W.; THUY, H. N. T.; RASCH, V. Association between Intimate Partner Violence during Pregnancy and Adverse Pregnancy Outcomes in Vietnam: A Prospective Cohort Study. **PLoS ONE**, v. 11, n. 9, p. e0162844, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27631968/>. Acesso em: 24 jan. 2023.

HYDE, J. S.; MEZULIS, A. H.; ABRAMSON, L. Y. The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. **Psychological Review**, v. 115, n. 2, p. 291–313, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18426291/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

JANSSEN, P. A.; HOLT, V. L.; SUGG, N. K.; EMANUEL, I.; CRITCHLOW, C. M.; HENDERSON, A. D. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: A population-based study. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 188, n. 5, p. 1341–1347, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12748509/>. Acesso em: 24 jan. 2023.

JOHNSON, J. K.; HAIDER, F.; ELLIS, K.; HAY, D. M.; LINDOW, S. W. The prevalence of domestic violence in pregnant women. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 110, n. 3, p. 272–275, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12628266/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

KARAM, Maria Lucia. **Proibições, crenças e liberdade: o direito à vida, a eutanásia e o aborto**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009. 57p.

KARAOGLU, L.; CELBIS, O.; ERCAN, C.; ILGAR, M.; PEHLIVAN, E.; GUNES, G.; GENÇ, M. F.; EGRI, M. Physical, emotional and sexual violence during pregnancy in Malatya, Turkey. **European Journal of Public Health**, v. 16, n. 2, p. 149–156, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16157613/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

KAYE, D. K.; MIREMBE, F. M.; BANTEBYA, G.; JOHANSSON, A.; EKSTROM, A. M. Domestic violence during pregnancy and risk of low birthweight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. **Tropical Medicine & International Health**, v. 11, n. 10, p. 1576–1584, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17002732/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

KHOSLA, A. H.; DUA, D.; DEVI, L.; SUD, S. S. Domestic violence in pregnancy in North Indian women. **Indian Journal of Medical Sciences**, v. 59, n. 5, p. 195–199, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15985727/>. Acesso em: 28 nov. 2022.

KOCH, A. R.; ROSENBERG, D.; GELLER, S. E. Higher Risk of Homicide Among Pregnant and Postpartum Females Aged 10–29 Years in Illinois, 2002–2011. **Obstetrics & Gynecology**, v. 128, n. 3, p. 440–446, 2016. Disponível em: [https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2016/09000/Higher\\_Risk\\_of\\_Homicide\\_Among\\_Pregnant\\_and.5.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2016/09000/Higher_Risk_of_Homicide_Among_Pregnant_and.5.aspx). Acesso em: 24 jan. 2023.

LEUNG, W. C.; LEUNG, T. W.; LAM, Y. Y.; HO, P. C. The prevalence of domestic violence against pregnant women in a Chinese community. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 66, n. 1, p. 23–30, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10458546/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MARTIN-DE-LAS-HERAS, S.; VELASCO, C.; LUNA-DEL-CASTILLO, J. D.; KHAN, K. S. Maternal outcomes associated to psychological and physical intimate partner violence during pregnancy: A cohort study and multivariate analysis. **PLoS ONE**, v. 14, n. 6, p. e0218255, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31194820/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MASSON, C. **Código penal comentado**. 7ª ed. São Paulo: Método; 2019. 1504p.

MENEZES, T. C.; AMORIM, M. M. R.; SANTOS, L. C.; FAÚNDES, A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 5, p. 309–316, 2003. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/kVWCjYjgdP6649zn6hwTrwm/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MOHAMMADHOSSEINI, E.; SAHRAEAN, L.; BAHRAMI, T. Domestic abuse before, during and after pregnancy in Jahrom, Islamic Republic of Iran. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 16, n. 7, p. 752–758, 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/117968>. Acesso em: 24 jan. 2023.

MONTEIRO, C. F. S.; COSTA, N. S. S.; NASCIMENTO, P. S. V.; AGUIAR, Y. A. A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4, p. 373–376, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vkX9Vy6d4Qb9NpGVHSGtC9q/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MONTEIRO, M. F. G.; ROMIO, J. A. F.; DREZETT, J. Is there race/color differential on femicide in Brazil? The inequality of mortality rates for violent causes among white and black women. **Journal of Human Growth and Development**, v. 31, n. 2, p. 358–366, 2021. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/jhgd/article/view/12257>. Acesso em: 24 jan. 2023.

MORAES, C. L.; ARANA, F. D. N.; REICHENHEIM, M. E. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 667–676, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/yKvLdLVgNbJc9STZcg7tGrP/?lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2023.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 79, n. 3, p. 269–277, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12446000/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

NAGHIZADEH, S.; MIRGHAFORVAND, M.; MOHAMMADIRAD, R. Domestic violence and its relationship with quality of life in pregnant women during the outbreak of COVID-19 disease. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 21, n. 1, p. 88, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33509103/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

OKADA, M. M.; HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V.; ALBUQUERQUE, R. S.; BELLI, M. A. Violência doméstica na gravidez. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 270–274, 2015. Disponível em: <https://acta-ape.org/en/article/domestic-violence-against-pregnant-women/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher**. Rio de Janeiro: Centro de Informação das Nações Unidas, 1979. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/mulher/lex121.htm>. Acesso em 11 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher.**

Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos; 1994. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/Internet/comissao/index/perm/cdh/Tratados\\_e\\_Convencoes/Mulher/convencao\\_interamericana\\_para\\_erradicar\\_a\\_violencia\\_contra\\_a\\_mulher.htm](https://www.camara.leg.br/Internet/comissao/index/perm/cdh/Tratados_e_Convencoes/Mulher/convencao_interamericana_para_erradicar_a_violencia_contra_a_mulher.htm). Acesso em 11 out. 2022.

PEEDICAYIL, A.; SADOWSKI, L. S.; JEYASEELAN, L.; SHANKAR, V.; JAIN, D.; SURESH, S.; BANGDIWALA, S. I. The I. Spousal physical violence against women during pregnancy. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 111, n. 7, p. 682–687, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15198758/>. Acesso em: 24 jan. 2023.

PIRES, M. R. M.; LOCATELLI, T. Z.; ROJAS, P. F. B.; LINDNER, S. R.; BOLSONI, C. C.; COELHO, E. B. S. Prevalência e os fatores associados da violência psicológica contra gestantes em capital no sul do Brasil. **Saúde & Transformação Social**, v. 8, n. 1, p. 29–39, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2653/265351592005.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2022.

PORTUGAL. **Diário da Assembleia da República**. 2ª série; 1985. p255.

PURI, M.; FROST, M.; TAMANG, J.; LAMICHHANE, P.; SHAH, I. The prevalence and determinants of sexual violence against young married women by husbands in rural Nepal. **BMC Research Notes**, v. 5, p. 1–13, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3474176/>. Acesso em: 24 jan. 2023.

RURANGIRWA, A. A.; MOGREN, I.; NTAGANIRA, J.; KRANTZ, G. Intimate partner violence among pregnant women in Rwanda, its associated risk factors and relationship to ANC services attendance: a population-based study. **BMJ Open**, v. 7, n. 2, p. e013155, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28399509/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. 2ª ed. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2015. 158p.

SANTOS, P. A.; MADI, J. M.; SILVA, E. R.; VERGANI, D. O. P.; ARAÚJO, B. F.; GARCIA, R. M. R. Gestational Diabetes in the Population Served by Brazilian Public Health Care. Prevalence and Risk Factors. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 42, n. 1, p. 12–18, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/SyR4qTWs9jmP958X8szXSrd/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SANTOS, S. A.; LOVISI, G. M.; VALENTE, C. C. B.; LEGAY, L.; ABELHA, L. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 483–493, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-593710>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA JUNIOR, I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, suppl 1, p. 127–137, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/J5yLFXNgh57dBBkpwMrcWL/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; HANADA, H.; KISS, L. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital**, v. 12, n. 3, p. 237–254, 2012. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-schraiber-pires-hanada-et-al>. Acesso em: 10 out. 2022.

SILVA, E. P.; LUDERMIR, A. B.; ARAÚJO, T. V. B.; VALONGUEIRO, S. A. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1044–1053, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/LFwbHftVGXZX5yVfyDDmWXJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2023.

SOUZA, F. B. C.; DREZETT, J.; MEIRELLES, A. C.; RAMOS, D. G. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. **Reprodução & Climatério**, v. 27, n. 3, p. 98–103, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S141320871300006X>. Acesso em: 24 jan. 2023.

STÖCKL, H.; WATTS, C.; MBWAMBO, J. K. K. Physical violence by a partner during pregnancy in Tanzania: prevalence and risk factors. **Reproductive Health Matters**, v. 18, n. 36, p. 171–180, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21111361/>. Acesso em: 30 out. 2022.

TAFT, A. J.; WATSON, L. F. Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: the confounding effect of women's experience of violence. **BMC Public Health**, v. 8, n. 1, p. 75, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-75>. Acesso em: 24 jan. 2023.

VALLADARES, E.; PEÑA, R.; PERSSON, L. Å.; HÖGBERG, U. Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 112, n. 9, p. 1243–1248, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16101603/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

VAN ROOIJEN, M. S.; SCHIM VAN DER LOEFF, M. F.; VAN KEMPEN, L.; DE VRIES, H. J. C. Sexually Transmitted Infection Positivity Rate and Treatment Uptake Among Female and Male Sexual Assault Victims Attending The Amsterdam STI Clinic Between 2005 and 2016. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 45, n. 8, p. 534, 2018. Disponível em: [https://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2018/08000/Sexually\\_Transmitted\\_Infection\\_Positivity\\_Rate\\_and.7.aspx](https://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2018/08000/Sexually_Transmitted_Infection_Positivity_Rate_and.7.aspx). Acesso em: 24 jan. 2023.

VIELLAS, E. F.; GAMA, S. G. N.; CARVALHO, M. L.; PINTO, L. W. Factors Associated with Physical Aggression in Pregnant Women and Adverse Outcomes for the Newborn. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 1, p. 83–90, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553613000141>. Acesso em: 24 jan. 2023.

VILLELA, W. V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 471–475, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/5qT8C38hBFgXT4hpM4TrcPL/?lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2023.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. Brasília: FLACSO, 2015. 83p. Disponível em: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia\\_2015\\_mulheres.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf). Acesso em: 20 jan. 2023.

WESENDONCK, T. O dano existencial nas jurisprudências italiana e brasileira - Um estudo de direito comparado. **Revista AJURIS**, v. 26, n. 75, p. 327-356, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses**. Geneva: World Health Organization, 2005. 206p. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43309/924159358X\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43309/924159358X_eng.pdf). Acesso em: 20 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence**. Geneva: World Health Organization, 2013. 58p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>. Acesso em: 20 jan. 2023.