

Violência Obstétrica e a População Carcerária: história, legislação e aspectos atuais

Violencia obstétrica y población carcelaria: historia, legislación y aspectos actuales

Prison Population and Obstetric Violence: history, legislation and contemporary aspects

Suzana Vasquez Lamartin e Souza¹

Mestranda, PPGD em Direito da Saúde - Universidade Santa Cecília

Renata Salgado Leme²

Professora Doutora, PPGD em Direito da Saúde - Universidade Santa Cecília

Resumo

Contextualização: Nos últimos anos houve um debate crescente sobre a prática obstétrica, trazendo questionamentos sobre a validade do modelo assistencial tradicional. Tal ensejo tornou nítido que medidas sem respaldo científico ou razoabilidade se fundiram as rotinas assistenciais, ganhando espaço de normalidade, ainda que muitas delas signifiquem ferir princípios de autonomia, privacidade e não maleficência. Apesar de qualquer mulher que gestar esteja passível de vivenciar tal experiência, é sabido que sua condição social, classe e cor são potencializadores relevantes para a tornar vítima de tal prática, ressaltando-se a população carcerária como triplamente exposta. **Objetivo:** Buscou-se avaliar a violência obstétrica a partir de sua evolução histórica, presença de amparos legais e se estes encontram aplicabilidade no cotidiano de tal segmento. **Método:** Utilizou-se o método dedutivo com revisão narrativa. **Resultados:** Os achados são aquém de avanços já alcançados por países vizinhos: não há legislação federal que configure atos de violência obstétrica, impactando diretamente em seu combate e as portarias e regulamentos que se prestam a definir a assistência obstétrica na população carcerária não alcança cobertura de direitos de forma majoritária a população prisional feminina. **Conclusão:** Apesar de haver avanços gerais, se comparado a décadas anteriores, será necessário ampliar o debate tornando a conscientização da problemática uniforme por todo território nacional, priorizar sua conceituação legal e prever penalidade às instituições que a cometerem, para tornar o processo de gestar e parir digno, independente de quem o vivenciar.

Palavras-chaves: aprisionamento; assistência obstétrica; regulamentação; acesso em saúde.

RESUMEN

Contextualización: En los últimos años se ha producido un creciente debate en torno a la práctica obstétrica, planteando dudas sobre la validez del modelo tradicional de atención. Esto ha puesto en evidencia que medidas sin respaldo científico ni razonabilidad han pasado a formar parte de las rutinas de atención, ganando un lugar de normalidad, aunque muchas de ellas signifiquen violar los principios de autonomía, privacidad y no maleficencia. Aunque cualquier mujer que da a luz es susceptible de vivir esta experiencia, se sabe que su condición social, clase y color son factores relevantes para que sean víctimas de esta práctica, estando la población penitenciaria triplemente expuesta. **Objetivo:** El objetivo fue evaluar la violencia obstétrica a partir de su evolución histórica, la presencia de protecciones legales y si éstas son

¹Mestranda, PPGD em Direito da Saúde - UNISANTA - Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7496113377544731>

²Graduação na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas pela Universidade de São Paulo (1987). Graduação em Direito na Universidade Católica de Santos (1992). Mestrado em Direito na Universidade de São Paulo (1998). Doutorado em Direito na Universidade de São Paulo (2004). Doutorado em Direito Reconhecido pela Direção-Geral do Ensino Superior - DGES de Portugal. Professora titular da Universidade Santa Cecília - UNISANTA, na Graduação da Faculdade de Direito, na Graduação da Faculdade de Relações Internacionais e no Programa de Mestrado de Direito da Saúde: Membro da Comissão de Direito da Saúde da OAB Santos. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9305934870432423>

aplicables en el cotidiano de ese segmento. **Método:** Se utilizó el método deductivo con revisión narrativa. **Resultados:** Los hallazgos no alcanzan los avances ya logrados por los países vecinos: no existe una legislación federal que defina los actos de violencia obstétrica, impactando directamente en su combate, y las ordenanzas y reglamentos que se prestan para definir la atención obstétrica en la población carcelaria no logran la cobertura de derechos para la mayoría de la población carcelaria femenina. **Conclusión:** Aunque haya habido avances generales en comparación con décadas anteriores, será necesario ampliar el debate, uniformizando la concienciación sobre el problema en todo el país, priorizando su conceptualización legal y previendo sanciones para las instituciones que lo cometan, con el fin de dignificar el proceso de embarazo y parto, independientemente de quien lo experimente.

Palabras claves: prisión, atención obstétrica, regulación, acceso a la salud

ABSTRACT

Background: In recent years there has been a growing debate about obstetric practice, raising questions about the validity of the traditional care model. This has made it clear that measures without scientific backing or reasonableness have become part of care routines, gaining a place of normality, even though many of them mean violating the principles of autonomy, privacy and non-maleficence. Although any woman who is pregnant is likely to experience this, it is known that her social condition, class and color are relevant factors in making her a victim of this practice, with the prison population being triply exposed. **Objective:** The aim was to evaluate obstetric violence based on its historical evolution, the presence of legal protections and whether these are applicable in the daily life of this segment. **Method:** we used the deductive method with a narrative review. **Results:** The findings fall short of the progress already made by neighboring countries: there is no federal legislation that defines acts of obstetric violence, which has a direct impact on combating it, and the ordinances and regulations that are used to define obstetric care in the prison population do not cover the rights of the majority of the female prison population. **Conclusion:** Although there has been general progress compared to previous decades, it will be necessary to broaden the debate, making awareness of the problem uniform throughout the country, prioritizing the ts legal conceptualization and providing penalties for institutions that commit it, in order to make the process of gestation and childbirth dignified, regardless of who experiences it.

Key words: imprisonment; obstetric assistance; law; access to health.

Introdução

Ao longo dos séculos a forma de se conduzir o processo de gestar e parir sofreu modificações relevantes, partindo de um rito privativo para um ato institucionalizado. Com o advento da medicalização do processo, muitas práticas foram introduzidas e normatizadas, mesmo que representassem a fuga do fisiológico e a perda da autonomia da mulher sobre seu corpo e sob o processo. A tais atos pode se chamar de violência obstétrica, apesar do termo também compreender outras ações (Nagahama e Santiago, 2005; Kondo, 2013). Tal prática amplia a vulnerabilidade da mulher, que ao gestar, parir ou abortar já se encontra em um estado de maior susceptibilidade ao meio. Vulnerabilidade esta que pode ser ainda maior quando avaliada as intersecções de condição de privação de liberdade e duas variáveis que a acompanham: cor e classe social. A importância de se investigar o tema é reforçada pelos dados estatísticos: uma em cada quatro mulheres brasileiras referem que sofreram violência obstétrica (Fundação Perseu

10.5281/zenodo.14510724

Abreu; SESC, 2010) e temos hoje a 3º maior população carcerária feminina do mundo, grande parte em idade reprodutiva (World Prison Brief, 2023). Assim, este estudo se propõe a realizar uma análise histórica da institucionalização da assistência e advento de práticas de violência obstétrica e avaliar se os direitos de gestantes, parturientes e puérperas adquiridos por leis e portarias, sobretudo as mulheres em privação de liberdade, são de fato garantidos na prática. A metodologia utilizada foi a dedutiva através de revisão narrativa utilizando-se como descritores: violência obstétrica, população carcerária feminina, vulnerabilidade e institucionalização da obstetrícia nos seguintes sites de busca: Google Acadêmico, Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde.

2 Desenvolvimento

Ao longo dos séculos, foi observado uma transformação na dinâmica da assistência do processo de gestar e parir: se o que por muito tempo foi um ambiente de nascimento envolto em uma natureza particular, mantido no ambiente domiciliar e assistido por parteiras, hoje estamos em outro polo: a medicalização do nascimento em um ambiente controlado e rígido. Com a evolução da obstetrícia, marcada pela profissionalização da medicina, surgimento de técnicas de instrumentalização e aprimoramento das cesarianas, a assistência passou pelo processo de institucionalização (Vendrusculo e Kruehl, 2015). Há que se ressaltar um aspecto positivo de tal mudança: a queda inicial nos índices de mortalidade materno fetal, visto que de fato alguns pacientes evoluem com complicações que exigem intervenção e cuidados especiais ao referido binômio (Manual de Comitê de Morte Materna, 2007). Porém, na dificuldade de se encontrar o equilíbrio entre intervenções que previnem os desfechos adversos e aquelas que além de não os prevenir são cercadas de efeitos colaterais, diversas ações foram implementadas sob a justificativa duvidosa de se prestar melhor assistência a essas mulheres; sendo muitas delas representativas de uma fuga do fisiológico e do foco na mulher como figura central, tornando o processo de parir engessado, medicalizado e focado nas instituições e nos prestadores de serviço em saúde (Kondo, 2013).

Miles descreveu a medicalização como “o processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina, de forma a assegurar conformidade às normas

sociais”. A crítica à institucionalização do parto não se refere ao fato do nascimento em uma estrutura hospitalar e sim que as rotinas não foram adaptadas às necessidades da gestante e à fisiologia do parto, pelo contrário, o processo de parir foi adaptado às convenções institucionais, que não estão necessariamente alinhadas com as melhores evidências científicas e que são comumente empregadas de maneira repetida a todas as pacientes, massificando a assistência de um processo que possui influência de fatores que são únicos e específicos para cada indivíduo. Neste cenário, perdeu-se uma figura importante: o acompanhante, presença que é marcada pelo suporte e constitui geralmente a rede de confiança da paciente (Spink, 2013). A gestante, sozinha, cercada de desconhecidos e em um ambiente que em nada se assemelha ao seu, se viu à mercê da instituição e de seus ditames e à parte de um processo que, sobretudo, diz respeito a ela e seu corpo. Não é incomum que a mulher sequer perceba que tenha sido vítima de violência obstétrica, seja por um possível estado emocional alterado pelo trabalho de parto ou pela falta de educação perinatal que não a permite identificar medidas que não fazem parte de uma assistência baseada em evidências, confundindo assim a violência com um sofrimento inerente ao processo de parir (Demarchi; Gonçalves, 2023).

Há de se compreender porque tal fórmula propiciou ao longo de séculos a manutenção de determinadas violações disfarçadas de benfeitorias, por muito tempo inquestionáveis, visto que o poder foi transferido para as mãos das instituições e de seus representantes, entendidos como detentores do poder.

Seção 1.1 O reconhecimento de práticas violentas

No início do século 20, uma denúncia no interior da Argentina chegava ao Comitê de América Latina e Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM) e ao Instituto de Gênero, Direito e Desenvolvimento (INSGENAR) e acendia uma luz sobre o tema. Iniciou-se uma série de investigações acerca de relatos de pacientes assistidas em hospitais públicos, que referiam ter sido submetidas a realização de práticas sem prévia comunicação, logo sem anuência, omissões de informações do seu estado de saúde, exames ginecológicos frequentes e por mais de uma pessoa consecutivamente, tratamento infantilizado e hostil, ferindo assim sua dignidade, privacidade e direito de escolha

(Kondo e Werner, 2013). Tal inquérito deu origem ao Observatório de Saúde, Gênero e Direitos Humanos. A análise de tais relatos confere a impressão de que as pacientes foram subtraídas por completo da autonomia de seus corpos e do protagonismo do fenômeno biossocial potencialmente mais importante de suas vidas.

Porém, a denominação oficial do termo foi introduzida pela primeira vez na Venezuela, na ocasião da aprovação da Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência, instituída em 25 de novembro de 2006, em substituição a Lei sobre a Violência contra a Mulher e a Família, de 1998 (Guerra, 2008). São mencionados 19 tipos de violência contra a mulher, sendo tipificado em seu artigo 51 os atos de violência obstétrica, extraído abaixo:

1. Não atendimento a emergências obstétricas de forma atempada e eficaz.
2. Forçar a mulher a dar à luz em posição supina e com as pernas levantadas, quando existem os meios necessários para realizar um parto na posição vertical.
3. Obstruir a ligação precoce da criança a mãe, sem causa médica justificada, negando-lhe a possibilidade de carregar e amamentar a criança imediatamente após o nascimento
4. Alterar o processo do parto natural de baixo risco através da utilização de técnicas de aceleração sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher.
5. Dar à luz por cesariana quando existem condições para um parto sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher”

De forma inédita até então, a lei caracterizou o entendimento de atos de violência obstétrica e estipulou a pena para quem a infringir: pagamento de multa e o acionamento do conselho profissional para processo disciplinar (Leme, 2022). Essa legislação, pioneira e internacional, possibilitou interpretar que a violência obstétrica é uma condição que não se restringe a atos cometidos no momento do parto ou de forma exclusiva pela equipe médica, podendo ser praticada por qualquer profissional da saúde que presta assistência a uma mulher durante seu ciclo gravídico puerperal, envolvendo o período pré-natal, parto e puerpério e naquelas com gestação não evolutiva que culminam em aborto.

Seção 1.1.1 Evolução legal nacional

No Brasil foi publicado pelo Ministério da Saúde, no início do século, um documento que pontuava a necessidade de mudar a forma da prática obstétrica convencional, porém o texto não faz menção ou caracterização a atos de violência

obstétrica. O Programa de Humanização do Parto, Pré-natal e Nascimento, regulamentado por portarias, estipulava a adoção de medidas de melhoria da qualidade da assistência a essa população, sendo a humanização do processo um ponto chave para tal fim. Destaca-se o seguinte trecho:

“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).”

Em 2005, a Lei Nº 11.108 resgatou a figura do acompanhante, ao tornar obrigatório, tanto na rede pública quanto na privada, a presença de uma pessoa escolhida pela mulher, para acompanhá-la durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Porém falta legislação que envolva os mais diversos aspectos da violência obstétrica, visto que no Brasil não há uma legislação federal que caracterize o conceito e preveja punição específica para instituições e seus representantes que incorrem em violência obstétrica. A judicialização de casos que possuem tal caráter acusatório, quando condenados, se amparam em outras caracterizações de dano como lesão corporal, negligência, erro médico, dentre outros, sendo conduzidos no âmbito da responsabilidade civil (Bagatini e Costa, 2020). Ocorre que na concretização de um ato de violência obstétrica há nuances muito particulares que merecem destaque em legislação específica, como a vulnerabilidade inerente ao status momentâneo daquela mulher e a perpetuação da violência de gênero, histórica e recorrente nas vivências femininas, não sendo diferente no ciclo gravídico puerperal.

Três estados brasileiros e o Distrito Federal (DF), até o momento, desenvolveram legislação específica. Santa Catarina (SC), na consolidação de suas Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres foi a pioneira, seguido do DF, Tocantins

(TO) e Mato Grosso do Sul (MS). É comum a todas o conceito, configurando por violência obstétrica todo ato praticado por equipe multiprofissional que ofenda de forma verbal ou física as gestantes, parturientes e puérperas, sendo que as leis de SC e TO preveem que a violência também pode ser cometida pelo acompanhante ou familiar. Em seus parágrafos, as leis pontuam o que pode ser caracterizado como ofensa verbal e física, indo desde comentários jocosos, tratamento hostil, omissão ou escassez de informações, procedimentos desnecessários até separação precoce e imotivada do recém nato e sua mãe, dentre outros (Santa Catarina, 2017/2022; Distrito Federal, 2018; Tocantins, 2018; Mato Grosso do Sul, 2020).

A lei Nº 18.322, de SC, é a única que aborda em seu Art. 36 uma importante medida: a de que a implementação desta será acompanhada de educação perinatal. Cita-se: “o Poder Executivo, por meio de sua Secretaria de Estado da Saúde, elaborará a Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, propiciando a todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para um atendimento hospitalar digno e humanizado, visando à erradicação da violência obstétrica (Santa Catarina, 2023). Considerando a educação uma ferramenta emancipadora, pode-se presumir também que uma educação perinatal que permita às pacientes distinguirem os atos necessários à assistência em saúde daqueles violadores de direitos é um dos caminhos mais eficazes para combater a esta cultura, assim como a conscientização e reeducação concomitante das equipes assistenciais, utilizando-se para tal de evidências científicas que comprovam os benefícios do respeito à fisiologia do parto e os riscos de condutas puramente iatrogênicas.

Já em São Paulo, não há nenhuma lei que conceitue ou penalize a violência obstétrica, mas há a Lei Estadual nº 17.137/2019, que confere o direito de analgesia de parto ou da gestante optar pela cesárea após 39 semanas. Há que se pesar, num país que tem a maior taxa de cesáreas no mundo, ultrapassando em 4 vezes a taxa recomendada pela OMS, o impacto de tal lei, além de sua natureza contracorrente, visto os esforços atuais de conscientização da segurança, em situações habituais, do parto vaginal sobre a abordagem cirúrgica. A premissa de conferir à mulher o poder de decisão e salvaguardar

sua autonomia pode incorrer no risco de falácia se tal decisão não for acompanhada de acesso igualitário a todas as mulheres à educação perinatal de qualidade, para uma decisão fundamentada e responsável com seu futuro reprodutivo.

Além das dificuldades em implementar políticas de conscientização e combate a violência obstétrica de forma homogênea para população e equipes assistenciais em um país de dimensões continentais, há outro desafio a ser superado: o tema e o termo ainda não é uniformemente aceito por alguns órgãos competentes. Em 2019, o Ministério da Saúde publicou um documento que julgava o termo violência obstétrica como impróprio para uso em políticas públicas e documentos legais (Brasil, 2019). No mesmo ano, o Conselho Federal de Medicina, representante nacional da classe, desaconselhou o uso do termo sob a premissa de que o mesmo cria perturbações na relação médico-paciente, quebra a harmonia nas equipes multiprofissionais, não leva a melhorias efetivas da vulnerabilidade de gestantes, transfere sobre os médicos a responsabilidade pelas mazelas da saúde, culpabilizando-os pelos graves indicadores de mortalidade e de morbidade maternos e infantis e pontua que sendo tal profissional um instrumento de minimizar o sofrimento humano não há qualquer sentido inferir que o mesmo possa em sua prática agir de modo prejudicial aos seus pacientes (CFM, 2019). Essa consideração final parece um tanto inocente, ao presumir que todos os profissionais estão conscientes e alinhados com o propósito de sua profissão. Como resposta aos referidos posicionamentos, o Ministério Público Federal publicou a seguinte nota: “I: esclareça por meio de nota que o termo "violência obstétrica" é expressão já consagrada em documentos científicos, legais e usualmente empregada pela sociedade civil, sendo o uso da expressão livremente facultado independentemente de eventual preferência do Ministério da Saúde em utilizar expressões alternativas em suas ações específicas; II: que se abstenha de empregar quaisquer ações voltadas especificamente à abolição do uso da expressão "violência obstétrica", empregando, ao invés, ações voltadas a coibir as práticas agressivas, maus tratos e desrespeito durante o parto, independentemente da intenção dos profissionais em causar danos” (MPF, 2019).

Bem esclarecido pelo MPF a atenção de tais órgãos deve estar direcionando a ações de conscientização da existência e combate a essa cultura que fere princípios de

autonomia, privacidade e protagonismo da mulher e por isso violenta - enquanto violadora de direitos. A mudança no curso de tais práticas sim, fortaleceriam a relação médico-paciente. Vale lembrar que a violência obstétrica pode ser praticada por qualquer elemento, inclusive as instituições, assim é importante que a classe médica seja estimulada a se enxergar como agentes vigilantes e inibidores de tal cultura e não como réus. Assim também como é fundamental a educação em saúde desde o início do pré-natal, para que as pacientes tenham consciência base para diferenciar manobras e intervenções que protegem ou minimizam o binômio materno fetal de complicações daquelas intervenções infundadas. Dessa forma, a educação perinatal poderia possibilitar aos pacientes um discernimento básico de ações técnicas com respaldo científico daquelas que caracterizam violência obstétrica, protegendo assim bilateralmente a gestante e o profissional de saúde que presta boa assistência.

3 População carcerária

Se a violência obstétrica permeia a vivência de mulheres comuns, essa experiência pode ser potencializada na pele da mulher encarcerada. Sua condição coloca lentes de aumento sob a vulnerabilidade, já inerente ao parir e por vezes ao gestar.

Vulnerabilidade que não é ampliada apenas pelo estereótipo da pessoa em privação de liberdade mas por sua classe social, escolaridade e cor. Estudo realizado com a população obstétrica carcerária de 24 estados brasileiros apontou que o perfil demográfico dessas mulheres era de 70% entre pardas e pretas, 48% não tinham o ensino fundamental completo e 5% nunca tinham ido à escola (Leal et al. 2015). Na amostragem de tal estudo, 93% das mulheres ingressaram no sistema penitenciário já grávidas. O Brasil tem a 3º maior população feminina carcerária do mundo (Fair e Walmsley, 2023) e segundo relatório divulgado pelo Departamento Penitenciário Nacional, grande parte das punições legais em mulheres são referentes aos crimes de tráfico de drogas (Brasil, 2019) e envolvimento em esquemas de estelionato e roubo (Leal, 2016). O aumento significativo desse grupo, que quadruplicou nos últimos 20 anos, chama atenção para a necessidade de políticas que atendam demandas inerentes à população feminina, como a saúde reprodutiva. A trajetória do desenvolvimento de tais medidas é discutida abaixo.

Seção 3.1 Legislação e estatística brasileira

Em 2009, na cidade de Bangkok, uma assembleia geral da ONU trouxe luz ao tema debatendo aspectos do tratamento dado a mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras, estabelecendo normas para o atendimento dessa população. No Brasil, o andamento do ordenamento jurídico andou a passos mais lentos. Apesar de uma normativa do mesmo ano de 2009 sobre o exercício da maternidade em mulheres em privação de liberdade (Brasil, 2009), apenas em 2016 surgiram as primeiras alterações legislativas. O Código Penal sofreu modificações em seu artigo 318 com a Lei n. 13.257, que passou a possibilitar a substituição da prisão preventiva pela domiciliar quando a presa for gestante ou tiver filhos de até 12 anos incompletos, desde que o crime não tenha sido praticado com violência ou grave ameaça à pessoa, e não tenha sido cometido contra seu filho ou dependente. Em 2017, foi incluído no art. 292 do Código Penal um parágrafo que proíbe o uso de algemas em mulheres grávidas durante a assistência ao parto e durante o trabalho de parto, bem como nas puérperas imediatas.

Seguindo os avanços e inspirado em diretrizes das Regras de Bangkok, em 2020 foi publicada a Nota técnica nº 17/2020/DIAMGE/CGCAP/DIRPP/DEPEN/M, estabelecendo normativas quanto a devida conduta assistencial dos agentes penitenciários para com presas gestantes e puérperas, dentre outros perfis. A nota versa sobre o tratamento que deve ser prestado e a garantia de alocação destas em um espaço que atenda suas demandas. A primeira diretriz pontua sobre a identificação da mulher gestante, desde o ingresso, através do questionamento à própria, se há suspeita de gestação, com investigação do diagnóstico em caso de positiva. Considerando que parcela significativa das mulheres não suspeita de gestação até estarem francamente sintomáticas, a testagem sob suspeita poderia ser substituída pela oferta de testagem universal naquelas admitidas em idade fértil, diminuindo a chance de um subdiagnóstico e impactando diretamente a qualidade da assistência, ao possibilitar um seguimento precoce (Brito et al, 2021).

A segunda pontua sob a garantia de acesso fácil ao setor de saúde e assistência social, além da alocação em espaço equipado com itens básicos e apropriado para

descanso. Destaca-se a importância desta norma em específico, visto que apesar de naturalmente fisiológica, a gestação e o puerpério são condições propícias ao desencadeamento de doenças próprias do ciclo e consequentes complicações e por isso, é imprescindível o acesso facilitado e contínuo à assistência em saúde. A terceira diretriz orienta que tal população esteja listada de forma atualizada e repassada aos órgãos competentes para devida averiguação de direitos, como por exemplo aquelas elegíveis à substituição por prisão domiciliar.

Prosseguindo na normativa, tem-se a recomendação quanto aos aspectos relativos à maternidade: permanência conjunta do binômio materno infantil até ao menos 6 meses de idade garantindo o período mínimo de amamentação recomendado pelas autoridades em saúde, além de acomodações propícias que permitam a permanência segura do lactente. Já em resolução anterior, a CNPCP nº 4 de 15/07/2009, pontua em seu artigo 2:

“Deve ser garantida a permanência junto a suas mães de crianças no mínimo até um ano e seis meses, 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.”

Após esse período, é iniciado um processo gradual de afastamento ao longo de até 6 meses, estando previsto as etapas de alternância entre o período ao lado da mãe e no novo lar, até separação completa. O artigo 6 abre a possibilidade de crianças com mais de 2 anos até os 7 anos permanecerem junto à mãe, desde que a estrutura configure uma unidade materno-infantil, contando com brinquedoteca, área de lazer, abertura para área descoberta e participação em creche externa. Não foi encontrado, até o momento da finalização deste trabalho, dados sobre a existência de qualquer penitenciária no Brasil que ofereça todos os itens de tal suporte.

A transição do período prisional para a permanência em outro lar é geralmente angustiante para ambos e envolve aspectos complexos. Se a presença positiva e constante da figura materna tem potencial significativo sobre a formação do indivíduo, há também que se considerar a influência do ambiente, sendo as penitenciárias brasileiras um espaço

sabidamente marcado por violações de direitos humanos e hostilidade*. É imprescindível que o Estado entre como agente fundamental garantidor de fiscalização, proteção ativa e legislações específicas para tal população, a fim de não transformar a garantia da primeira infância junto à mãe em uma experiência traumatizante e violenta para ambos.

Apesar de previsto na normativa legal brasileira, a garantia de acompanhamento médico e a alocação desse perfil em celas apropriadas não é uma realidade encontrada nas pesquisas de campo. Os dados do ano de 2016, um ano onde a população carcerária feminina atingiu um recorde histórico de mais de 40 mil presas foi publicado no Levantamento de Informações Penitenciárias - INFOPEN Mulheres 2018, um levantamento de informações estatísticas do sistema penitenciário brasileiro e apontaram os seguintes achados: dentre todos os estabelecimentos penais do país 16% tinham cela/dormitório adequado para gestantes, 50% das presas gestantes estavam acomodadas unidades que dispunham de cela propícia e apenas 14% das unidades femininas ou mistas contavam com berçário e/ou centro de referência materno-infantil, que compreendem os espaços destinados a bebês com até 2 anos de idade e 3% possuíam creche. O número de ginecologistas que prestavam atendimento em unidades penitenciárias totaliza 28 (INFOPEN,2018). Na época, somavam-se entre gestantes e lactantes 886 mulheres. O levantamento mais recente, de 2023, mostrou uma queda na população carcerária para pouco mais de 27 mil presas, com 333 mulheres entre gestantes e lactantes, porém, os percentuais relativos à assistência oferecida a esse grupo permaneceu semelhante. Dos 268 estabelecimentos penais, apenas 22% possuem celas/dormitórios adequados para gestantes, 19% possuem berçário ou centro materno infantil e 2,99% possuem creche. Apenas 2 estabelecimentos possuem ginecologista atuando no território penitenciário. Neste levantamento não foi informado entre as gestantes, qual porcentagem estavam alocadas em unidades que dispõem de cela própria (SISDEPEN, 2023).

Seção 3.1.1 - Achados de um estudo de campo

O estudo “Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil” foi uma importante pesquisa de campo que visitou penitenciárias de 24 estados brasileiros e do

Distrito Federal e avaliou o perfil demográfico, a assistência ao parto e pré-natal dado a gestantes que pariram após o encarceramento. Excluído aquelas que possuíam vieses de confundimento, foram selecionadas 241 mulheres para análise. Diversas variáveis foram analisadas e neste trabalho ressalta-se as seguintes: paridade, adequação pré-natal e atenção ao trabalho de parto e parto. Quanto à paridade, 61,9% possuíam 2 a 4 filhos e 20,9% possuíam 5 ou mais filhos. Sobre a adequação pré-natal, apenas 35,3% tiveram a assistência classificada como adequada ou mais que adequada e 36% iniciaram o pré-natal tardiamente e/ou tiveram menos de 3 consultas pré-natais, sendo o critério de adequabilidade ao menos 6 consultas pré-natais e idade gestacional no início do pré-natal até 16 semanas, conforme orientações do Ministério de Saúde a todas as gestantes. Considerando a atenção ao trabalho de parto e parto, 74,1% das mulheres foram atendidas na unidade penitenciária dentro da primeira hora após a hipótese de trabalho de parto, porém apenas 10% das parturientes tiveram suas famílias avisadas sobre a ocorrência, com uma consequente baixa taxa de acompanhante durante o trabalho de parto e parto (2,9%). As mulheres que referiram terem sido algemadas durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato foi de 35%, sendo que 8% pariram algemadas. A maior parte das pacientes negou ter sofrido violência verbal, psicológica ou física pela equipe de saúde e guardas/agentes penitenciários, com 84,4% e 86% de negativas, respectivamente.

4 Discussão

Ao realizar uma análise crítica dos dados, inicia-se pela multiparidade encontrada na população feminina carcerária, visto que mais de um terço tinham 4 ou mais filhos e 8% delas inclusive já haviam passado pela experiência de parir reclusas, em encarceramentos anteriores. É possível que a garantia de oferta universal a métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC's) tivesse evitado a recorrência da gestação, já que são métodos seguros, não dependem da adesão comportamental e 63,7% das mulheres referiram que não tinham o desejo de engravidar.

Em relação ao tempo de atendimento na unidade penitenciária após os sinais de trabalho de parto pode-se considerar que os achados não são alarmantes visto que 74% foram atendidas na primeira hora, porém é desproporcional a constatação de uma situação

de urgência médica, no caso o trabalho de parto, que não seja precedida do aviso aos familiares, visto que o acompanhante é garantia de lei durante todos os procedimentos do trabalho de parto, parto e puerpério. O número baixo de acompanhantes até poderia ser influenciada por razões geográficas, visto que nem sempre a gestante está alocada próximo a sua origem, porém esse viés só poderia ser considerado se de fato houvesse um percentual relevante de familiares comunicados sobre a ocorrência. A comparação dos dados de gestantes usuárias do sistema único de saúde (SUS) em condições habituais de liberdade com as usuárias encarceradas ressalta a diferença do serviço ofertado entre essas populações, apesar do sistema de acesso ser exatamente o mesmo: 73% das usuárias do SUS em condições de liberdade tiveram acesso à pré natal adequado e 68% iniciaram precocemente, contra 35% e 36%, respectivamente, nas encarceradas. Tal evidência sugere que, neste contexto, a lacuna não está essencialmente na qualidade de atenção à saúde pública do país e sim no acesso a mesma por populações de risco. A Lei nº 11.634 de 2007 prevê que qualquer gestante deve ser vinculada à maternidade referência para seu parto desde o momento de seu cadastro no pré-natal; porém quando falamos das encarceradas, a dificuldade se inicia antes: no acesso a ele. Assim, é possível que a criação de dispositivo específico na lei, regulamentando tempo máximo entre a identificação do estado gravídico e a vinculação a rede de assistência à saúde promova melhora nos índices encontrados nessa população; apesar da Nota Técnica nº 17/2020, citada anteriormente, versar sobre a necessidade de acesso a um serviço de saúde em gestantes e puérperas aprisionadas, não há uma especificação de tempo e se tratando da gestação e puerpério um estado evolutivo e transitório, é necessário celeridade em seu acompanhamento.

Outra infração encontrada no atendimento a esse grupo diz respeito ao art 292 do código penal, já que o uso de algemas durante algum momento da assistência foi praticado em mais de 1/3 delas. Quando se compara este dado com a alta taxa de negativa sobre violências sofridas durante o processo há que se problematizar o que as pacientes entendem por violência. Fica claro que a percepção de agravos sofridos pode estar alterada neste momento, contribuindo para isso desinformação, a alteração de percepção de realidade que a dor pode causar, a ausência de um acompanhante vigo, o histórico de violências cotidianas e perpetuadas que amplia o limiar do que aquela indivíduo pode

considerar como anormal e uma possível sensação, que como infratora, faz parte de sua punição.

Não se deve confundir o combate a tais violências como desculpabilização da mulher encarcerada, pelo contrário, sua condição privada de liberdade evidencia que a mesma já está penalizada e responde pelos atos praticados, conforme determinado pela própria legislação brasileira para cada infração. O que se propõe é que esta mulher não seja desconfigurada de sua natureza humana, essencialmente detentora de direitos, por causa de sua condição atual.

Conclusão

Fazendo análise retrospectiva, houve marcos da evolução na assistência à gestação e ao parto, inicialmente pelo reconhecimento de uma prática marcada por ações ou omissões violadoras de direito e evoluindo com o desenvolvimento de leis e portarias, como o desenvolvimento da política nacional de assistência ao parto, a possibilidade de prisão domiciliar para mães e a norma técnica que regula a assistência a gestantes e puérperas em privação de liberdade. Porém, quando avaliados em números, as estatísticas mostram que não há aplicabilidade regular de tais conquistas. Assim, considerando o panorama nacional e quando se enfoca em populações de ainda maior risco, como a população carcerária, afere-se que os progressos estão aquém da necessidade urgente do desenvolvimento de medidas nacionais e homogêneas de fiscalização e punição de infrações de violência obstétrica.

Propõe-se mudanças estruturais com vigilância dos estabelecimentos carcerários e das instituições de saúde quanto ao cumprimento das normas, oferta de planejamento familiar efetivo, educação perinatal de qualidade e reabilitação de tais mulheres na sociedade, para que não só a violência obstétrica seja erradicada como também as diversas violências sociais que sua condição suscita.

BIBLIOGRAFIA

Bagatini, Júlia; Costa, Marli Marlene Moraes. A responsabilização civil dos profissionais da saúde por violência obstétrica: uma análise a partir do gênero feminino. *Revista Jurídica (FURB)*, [S.l.], v. 24, n. 54 (2020), p. e9201, jan. 2021. ISSN 1982-4858.

BRASIL. DESPACHO DAPES/SAS/MS, Brasília, 03 de maio de 2019. Disponível em: <https://www.sogirgs.org.br/pdfs/SEIMS-9087621-Despacho.pdf>. Acessado em 12 de Junho de 2024.

BRASIL. Lei n. 13.434, de 12 de abril de 2017

BRASIL. LEI Nº 11.634, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007.

BRASIL. Relatório temático sobre mulheres privadas de liberdade. Ministério da Justiça e Segurança Pública Departamento Penitenciário Nacional, 2019.

Brasil. Resolução CNPCP nº 4 de 15/07/2009. Brasília, 16 de julho de 2009. Acesso em 13 de Junho de 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/pt-br/composicao/cnpcp/resolucoes/2009/resolucao-no-4-de-15-de-julho-de-2009-1.pdf/view>

Brito, Lucas. A importância do pré-natal na saúde básica: uma revisão bibliográfica. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 15, e51101522471, 2021

Demarchi, Thais; Gonçalves; Leonardo. Violência Obstétrica: os direitos da parturiente. Edição v. 19, n. 19 (2023), *Revista farol*.

Distrito Federal, LEI Nº 6.144, DE 07 DE JUNHO DE 2018.

Fair, Helen and Walmsley, Roy (2022) *World Female Imprisonment List (5th edition)*. Technical Report. ICPR, London, UK.

Fundação Perseu Abreu; SESC. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Brasil, 2010.

GUERRA, Gidder Benítez. Editorial Violência Obstétrica. *Revista de la Facultad de Medicina*, Volumen 31 - Número 1, pgs.5-6. 2008

Kondo, Cristiane. Violência obstétrica e sua configuração no Brasil. Direitos Humanos no Brasil, p. 139, 2013.

Leal, Maria do Carmo. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 21 (7): 2061-2070, 2016

Leme, Renata. Presos: Direito e Saúde da População Carcerária. Capítulo V, Violência Obstétrica em Mulheres Presas. Curitiba: Juruá, 2022.

Mato Grosso do Sul, LEI Nº 5.568, DE 16 DE SETEMBRO DE 2020.

Ministério da Justiça e Segurança Pública. INFOPEN Mulheres - Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, 2º edição. Brasília – DF 2018

Ministério da saúde. Manual dos comitês de mortalidade materna, 3.^a edição Série A. Normas e Manuais Técnicos.

Ministério da Saúde. Programa Humanização do parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, 2002.

Nagahama, Elizabeth; Santiago, Silvia. A institucionalização médica do parto no Brasil. Ciência e saúde coletiva, 10(3) 651-657, 2005.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1039- 1061
Santa Catarina, LEI Nº 18.322, DE 5 DE JANEIRO DE 2022

Sistema nacional de Informações Penais, Secretária Nacional de Políticas Penais. Brasília, 2023. Acessado em 13 de junho de 2023. Disponível em <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relipen/relipen-2-semester-de-2023.pdf>

Spink, Mary Jane. P. Psicologia Social e Saúde: saberes e sentido 9º Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013

Tocantins, LEI Nº 3.385, DE 27 DE JULHO DE 2018.

Vendruscolo, Claudia. A história do parto: do domicílio, das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015, <https://repositorio.idp.edu.br/handle/123456789/2502>

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2018 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

SOUZA, Suzana Vasquez Lamartim e, & LEME, Renata Salgado. (2024). Violência Obstétrica e a População Carcerária: história, legislação e aspectos atuais. UNISANTA Law and Social Science, 13(2), 381–398. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14510724>

Recebido em 11/10/2024
Aprovado em 29/10/2024

