

MULHER, CÁRCERE E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Isabella Gonçalves de Lima (IC) e Bruna Angotti Batista de Andrade (Orientador)

Apoio: PIVIC Mackenzie

RESUMO

O presente artigo aborda a situação da mulher grávida dentro dos espaços prisionais à luz da violência obstétrica. A pesquisa tem por objetivo analisar a mulher durante as fases da gestação, parto e puerpério identificando as violações que esta sofre durante esse processo. Para tanto, será analisado o tema da violência obstétrica de forma isolada, traçando o desenvolvimento histórico-cultural, e identificando as principais motivações da institucionalização da violência e as formas como são apresentadas. Identificado tais pontos, observar-se-á a realidade da mulher em contexto de cárcere, apontando o porquê da sua condição de extrema vulnerabilidade social, demonstrando o impacto na vida dessas mulheres quanto às diversas formas de violência obstétrica. Estabelecidos esses entendimentos a presente pesquisa ainda apresenta o resultado do HC Coletivo de número 143641, que permite a substituição da prisão preventiva para prisão domiciliar, que gerou grande repercussão na vida das mulheres presas. Toda a pesquisa será pautada sob a perspectiva de gênero, e se submeterá a teoria da discriminação, tendo como ênfase as discriminações institucionais e interseccionais. Esse trabalho foi desenvolvido por intermédio de pesquisa bibliográfica, a qual possibilitou a conclusão de que as mulheres estão mais expostas a diversas formas de violências, ainda se comparado com mulheres que possuem os mesmos estereótipos descritivos e estão extramuros, em razão da deslegitimação que sofre no exercício da maternidade, motivo pelo qual mantê-las nos espaços prisionais é assumir que seus direitos serão violados.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Prisão domiciliar. Mulher presa.

ABSTRACT

This article addresses the situation of pregnant women in prisons in light of obstetric violence. The research aims to analyze the woman during the stages of pregnancy, childbirth and postpartum identifying the violations that is suffering during this process. To this end, the theme of obstetric violence will be analyzed in isolation, tracing the historical cultural development and identifying the main motivations of the institutionalization of violence and the ways in which they are presented. Identifying these points, we will observe the reality of women in prison context, pointing out why

their condition of extreme social vulnerability, demonstrating the impact on these women's lives regarding the various forms of obstetric violence. Established these understandings the research still presents the result of the collective HC number 133641, which allows the replacement of pre-trial detention to house arrest that generated great repercussion in the lives of women prisoners. All research will be based on a gender perspective and will be subjected to the theory of discrimination, with emphasis on institutional and intersectional discrimination. This work was developed through bibliographic research, which allowed the conclusion that women are more exposed to various forms of descriptive stereotypes and are extramural, due to the delegitimation that suffers to the exercise of motherhood, which is why keep them in prisons is to assume that your rights will be violated.

Keywords: Obstetric violence. Home prison. Woman arrested.

1. INTRODUÇÃO

As situações das mulheres gestantes e puérperas dentro do sistema prisional ganhou maior visibilidade após a decisão do Supremo Tribunal Federal em relação ao Habeas Corpus Coletivo, no qual favorece as mulheres gestantes ou mães com criança de até doze anos de idade.

Dentro das unidades prisionais femininas e mista as vulnerabilidades sociais são potencializadas, em razão dos diversos direitos que são violados. Entre esses direitos, estão os das mulheres gestantes, grávidas e puérperas, que passam por uma série de violências, consideradas como violência obstétrica.

A violência obstétrica, por sua vez, pode ocorrer durante a gestação, parto, puerpério e situações de abortamento, e configura-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de tratamento desumanizado, abusos de medicação e patologização dos procedimentos naturais. Ocasionalmente, assim, na perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade.

Para elucidar o tema em debate, far-se-á a pesquisa, por meio de revisão bibliográfica de diversas áreas, tais como técnica medicinal, histórica, religiosa, e jurídica, bem como análise jurisprudencial do HC Coletivo 143641. Ademais, a pesquisa será dividida em quatro eixos, sendo que o primeiro tem por finalidade compreender o que é a violência obstétrica de forma isolada, e as suas motivações; após, reconhecendo que os recortes sociais necessários, estudar-se-á as peculiaridades e motivações da violência obstétrica nos casos da mulher em contexto prisional; o terceiro eixo focará nas formas de violência obstétrica que esse último grupo sofre; e por fim, o quarto eixo analisar-se-á o HC coletivo e sua repercussão na vida das mulheres em contexto de cárcere.

Neste sentido, com base em todos os fatos expostos até então, a presente pesquisa visa analisar a condição das mulheres grávidas, parturientes e puérperas, sob a perspectiva da violência obstétrica, observando se a sua vulnerabilidade pessoal, que por sua vez, gera impacto direto na tratativa com os profissionais da saúde, e demais atores envolvidos na relação, demonstrando ainda quais as formas de violência, bem como seus impactos.

2. DESENVOLVIMENTO DO ARGUMENTO

No Brasil, o estudo sobre violência obstétrica iniciou-se em meados de 2000, com a necessidade de compreensão sobre o parto e o nascimento, diante do índice cada vez maior de mortalidade neonatal (CARVALHO, LEAL e LIMA, 2018, p. 3). Após, a gestação e o parto passaram a ser mais enfatizados nas pesquisas, e consequentemente, a saúde da mulher passa a ganhar mais espaço.

Contudo, a discussão acerca do tema ganhou visibilidade, principalmente após a pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010, vez que essa pesquisa constatou que uma a cada quatro mulheres sofreu alguma forma de violência obstétrica.

O termo “violência obstétrica” é utilizado para descrever as diversas formas de violações praticadas pelos profissionais de saúde, contra a mulher, no momento da gestação, parto, período puerperal e abortamento. Essa violência inclui agressões físicas, psicológicas e verbais, tais como, negligenciar o atendimento, negar direitos, não atender com dignidade no momento do abortamento, induzir à cesárea sem necessidade, realizar procedimento médico desnecessário ou sem consentimento da mulher, negar alívio para a dor, bem como outras ações que retirem a autonomia da mulher sob seu próprio corpo durante o parto.

Para compreender a discussão acerca da violência obstétrica, é necessário reconhecer o seu desenvolvimento histórico-cultural, até o momento da patologização dos processos reprodutivos das mulheres. Isto porque, influenciada pela cultura religiosa ocidental, a dor do parto era reconhecida como forma de punição aos pecados originais da mulher (Gêneses, 3:16). Diante de tal designo, era proibido dar qualquer tipo de suporte às grávidas, a fim de aliviar a dor do parto (DINIZ, 1996, p. 91).

Por este motivo, os médicos obstetras passaram a teorizar o corpo da mulher, a fim de oferecer opções ao parto com dor. Assim, ainda que exista a cultura religiosa sobre a origem da dor do parto, este momento deixou de ser atrelado à punição divina, e passou a ser relacionado à fisiologia do corpo da mulher, na qual esta era vítima de sua própria natureza. Nesse sentido, durante essa construção, o parto passou a ser visto como naturalmente violento.

A partir deste momento entendeu-se que era necessária a intervenção médica nos partos, de forma que a obstetrícia se apropriou do sistema reprodutivo da mulher, reivindicando sua superioridade sobre ele (DINIZ, 2005).

Esse processo do parto retirou o protagonismo feminino sobre o próprio corpo, incorporando a cultura de que a mulher é incapaz de parir sem auxílio, sendo sempre necessária a intervenção médica.

Consequência disso é que muitos procedimentos recomendados como excepcionais para preservar a vida da parturiente e do seu filho acabam se tornando rotineiros na dinâmica do parto, para atender a interesses médicos.

Segundo Paul Starr (1991, p. 17/44), há uma hierarquização entre médico e paciente, de modo que o primeiro possui todo o conhecimento técnico-científico, enquanto o segundo é dependente deste conhecimento, sendo necessária uma relação de confiança.

Entretanto, no caso dos partos, existe um abuso desse poder em razão do conhecimento, sobrepondo-se às necessidades da mulher, construindo uma relação desigual e gerando sistematização da violência, que por sua vez configura-se como institucional diante da estruturação da relação entre os serviços e as usuárias (AGUIAR, D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2013).

Assim sendo, tem-se que a violência obstétrica é uma violência institucional de gênero, que por seu turno decorre de discriminações, como a institucional e a interseccional.

No que concerne à discriminação institucional, é aquela praticada por agentes de instituições públicas ou privadas, partindo dos estereótipos negativos existentes no plano cultural, impondo tratamento desvantajoso, a fim de manter seus privilégios em detrimento da subordinação do grupo minoritário, que no presente caso, é formado pelas mulheres. Nesse sentido, Adilson Moreira ressalta:

O conceito de discriminação institucional possui uma dimensão coletiva porque expressa a forma como as instituições sociais atuam para promover a subordinação. Ao contrário de atos individuais de discriminação, que podem ser atribuídos a determinadas pessoas, a discriminação institucional tem um caráter mais encoberto porque não pode ser atribuído à ação de indivíduos específicos (MOREIRA, Adilson. O que é discriminação? Ed. Justificando. Publicado em 2017, p. 132)

Ademais, mulheres sofrem tipos de violências diferentes a depender dos estereótipos negativos que possuem diante da cultura de determinada sociedade, tais como a classe social, cor de pele, orientação sexual e escolaridade. Essa realidade não é diferente no momento da gestação, parto, período puerperal e abortamento.

Nesse passo, a título exemplificativo no que tange às diferenças das classes sociais, as mulheres que possuem convênio enfrentam a dificuldade de ter o seu parto

visto como uma mercadoria, de forma que se busca o que é mais rentável ao médico, que por sua vez induz a mulher, de maneira irresponsável e desnecessária, à cesárea ou outros procedimentos intervencionistas. Assim, explica-se o porquê que nas instituições privadas há maior incidência de cesáreas, representando 88% dos partos cirúrgicos, enquanto nas instituições públicas o índice de cesáreas é de 46% (FIOCRUZ, 2014), apesar do crescente número deste último procedimento (TESSER, 2015).

Ademais, a pesquisa *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil*, de Maria do Carmo Leal, pontuou que há disparidade na assistência ao parto de mulheres pretas e pardas, vez que as primeiras recebem menos anestesia local no momento da episiotomia, além de ambas terem um atendimento pré-natal inadequado. A pesquisa demonstrou, ainda, que, quanto mais escuro o tom de pele, pior é o atendimento à gestante. Nessa sequência, as pesquisadoras concluíram que:

Foi identificado um gradiente de cuidado menos satisfatório para mais satisfatório entre pretas, pardas e brancas para a maioria dos indicadores avaliados, evidenciando aspectos do funcionamento cotidiano dos serviços de saúde que resultam em benefícios e oportunidades diferenciadas segundo a raça/cor, com prejuízo para as de cor mais escura (LEAL, Maria do Carmo et al. *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, e00078816, 2017)

Os dois exemplos acima mencionados demonstram o caráter de discriminação interseccional que diferentes grupos carregam, haja vista que diversos vetores influem na forma como a mulher sofrerá a violência obstétrica.

Nesse contexto, existe um grupo específico de mulheres marginalizadas na sociedade, que são as mulheres presas. Essas, por sua vez, vêm ganhando visibilidade nos trabalhos acadêmicos sobre violência obstétrica, em razão da extrema vulnerabilidade em que vivem.

Ao traçar o perfil da mulher privada de liberdade, o Ministério da Justiça e da Segurança Pública no INFOPEN mulheres identifica que, majoritariamente, ela é negra, jovem - com idade de até 29 anos -, sem acesso ao ensino médio, solteiras, com filhos e chefe de família. Diante desses dados, nota-se que essa mulher vive uma vulnerabilidade social extramuros, e quando é deslocada para as prisões essa vulnerabilidade se potencializa.

Deste modo, intramuros, a mulher gestante encontra-se desamparada diante dos diversos direitos que são violados, tais como a dificuldade de acesso à saúde especializada, em especial a ginecológica, que resulta, por exemplo, em um pré-natal inadequado (LEAL, 2016).

Ademais, esse contexto de vulnerabilidade se agrava diante da ruptura do vínculo familiar e afetivo, o que sucede no abandono de seus pais e companheiros e, conseqüentemente, de seus filhos, que a depender da idade, ficam condicionados ao acompanhamento de terceiro responsável para realizar a visitação.

Essa situação deve ser interpretada sob a perspectiva de gênero, haja vista que, segundo Joan Scott (1991, pp. 77/78), há uma imposição dos papéis sociais que homens e mulheres devem exercer com base na “construção social”, que por sua vez é moldada pelos fatos histórico-culturais de determinada região.

Para a psicologia social (BOCK, 2008), ainda, existe um domínio da exterioridade sobre o indivíduo, de forma que cada sujeito deverá assumir um papel social de acordo com o conjunto, estabelecendo-se o papel prescrito, que nada mais é do que a expectativa de comportamento do indivíduo que ocupa certa posição. Assim, no momento de interação entre esses indivíduos, os indícios da posição de cada sujeito nortearão a forma de tratamento, e no caso dessa expectativa ser frustrada a reação será negativa.

Desta forma, tendo como base teórica os referidos estudos, pode-se dizer que, no momento da prisão, há uma transgressão por parte da mulher a esses papéis sociais, de modo que todos a sua volta reagem de forma negativa rompendo o elo familiar e se afastando, deixando, deste modo, de realizar as visitas e distanciando os filhos existentes. Importa salientar que essa realidade não ocorre com os homens, que mantêm seus vínculos e continuam a serem visitados.

Nota-se que o distanciamento da prole não é um caso atípico, considerando-se que, segundo os dados do Infopen Mulheres de Jun/2018, apenas 26% das mulheres presas não têm filhos, presumindo-se que nos demais casos há perda da convivência, e, na hipótese de abandono pelos seus familiares, haverá uma ruptura com sua prole.

Por outro lado, os familiares que realizam as visitas passam por procedimentos evasivos, tais como a revista vexatória, bem como não possuem espaços apropriados para a realização da visitação, sendo necessário, muitas vezes, utilizar as celas para tanto (ANGOTTI, BRAGA, 2015, p. 44/45).

Segundo as pesquisadoras Laura Mattar e Simone Grilo Diniz (2012, pp. 113/114), há uma hierarquia reprodutiva que determina a legitimidade e aceitação social do exercício da maternidade, com base em aspectos descritivos da mãe, tais como raça, classe social, faixa etária e parceria sexual.

Assim, essas características estabelecem o nível hierárquico, desencadeando na legitimação ou não no âmbito social para exercer a maternidade, impondo o que seria

a “boa mãe” e “má mãe”, de modo que a primeira está no topo da pirâmide e será acolhida pela sociedade, enquanto a segunda encontra-se na base da pirâmide, possuindo aspectos socialmente não aceitos, e seus direitos serão negligenciados em razão disso.

Portanto, pode-se considerar que a maternidade exercida pela presa não possui legitimidade no âmbito social, por dois vetores: o primeiro são as características negativas impostas pela sociedade – como por exemplo ser negra, sem escolaridade e solteira – que por si só gerariam a não aceitação no âmbito social, e o segundo vetor é o fato de estar presa, o que faz com que ela seja reduzida ao papel de criminosa.

Destarte, a mulher em contexto prisional possui relação hierárquica, na qual se encontra na base, tanto com os profissionais da saúde – relação “médico-paciente” –, quanto com o Estado – tutela deste sob o preso –, de forma que ambos se apropriam dos seus direitos sexuais e reprodutivos e ignoram sua autonomia, em razão da ausência de legitimidade desta em exercer a maternidade, perante a sociedade.

Logo, quando a mulher é reduzida ao “ser criminosa”, ela deixa de ter capacidade de decidir o melhor para sua saúde e a de seu filho, demonstrando, assim, a extrema vulnerabilidade em que vivem durante a gestação, parto e período puerperal.

Essa repercussão negativa gera diversas formas de violência obstétrica, a começar com o período gestacional. A primeira violência sofrida é inerente ao próprio espaço prisional em si, vez que este possui situação degradante, e, inclusive, foi declarado pelo STF como estado de coisa inconstitucional, sendo inapropriado para receber qualquer gestante.

Segundo as pesquisadoras Bruna Angotti e Ana Gabriela Mendes Braga, responsáveis pela pesquisa “Dar à luz nas sombras”, as prisões são espaços de exclusão que proporcionam mais vulnerabilidade e seletividade no tratamento com o preso, e em especial às mulheres presas que não possuem sequer recursos necessários para os cuidados com sua saúde.

Destarte, a mesma pesquisa acentuou que esses espaços prisionais, apesar de possuírem determinada discrepância de tratamento, sendo uns mais garantidores de direitos que os demais, a depender a administração, não estão de acordo com a legislação vigente ou tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, o que implica em alguma forma de violação.

Deste modo, a manutenção da mulher nesses espaços não garante a proteção de seus direitos para que passe pela gestação, parto e puerpério, com respeito à

dignidade da pessoa humana, ou em conformidade com a própria legislação sobre o assunto, mas sim impõem que seus direitos serão violados.

Esse ambiente de exclusão também impede a mulher de interagir com o mundo exterior, impedindo-a de obter informações sobre a gestação e parto, o que também resulta em violência na medida em que a omissão de informação é uma forma.

A única maneira de obter informação, desta forma, é por meio da atenção pré-natal. Todavia, a pesquisa “Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades” (LEAL, 2016) constatou que: “93% das mulheres tiveram acesso à atenção pré-natal, no entanto apenas 32% delas tiveram a atenção classificada como adequada ou mais que adequada”.

A mesma pesquisa pontuou que existe uma discrepância na atenção pré-natal das gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), partindo dos dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, vez que 73% destas tiveram um atendimento pré-natal precoce, e 68% tiveram mais de seis consultas, que qualifica como pré-natal adequado. Deduzindo, ainda, que tal dado demonstra a desvantagem da mulher encarcerada que não possui atendimento igual ao das demais mulheres que se encontram em condições sociais semelhantes.

O pré-natal é essencial para reduzir o risco de natimortos e complicações na gravidez, haja vista que é o momento de interação da gestante com as informações acerca do tema, além de ter como um de seus objetivos, detectar doenças a fim de tratá-las, evitando maiores prejuízos.

Importa salientar que a mulher que está privada de liberdade, em grande maioria, traz consigo um histórico de doenças graves, sendo elas, em maior proporção, HIV e sífilis, e em menores proporções, hepatite, tuberculose e outros, representando 74,2% (INFOPEN Mulheres, 2018) das presas.

Com base nesses dados, pode-se dizer que a inadequação do pré-natal, além de gerar a desinformação referente ao período, possui efeitos catastróficos no desenvolver do período gestacional, parto e puerpério, podendo ocasionar danos irreparáveis, ou até mesmo o óbito materno e neonatal.

Concomitantemente, no início do trabalho de parto a vulnerabilidade é exponencialmente maior, tendo em conta que a condição fisiológica da parturiente a deixa exposta para tanto, ocasionando a impossibilidade de se defender. Daí a

importância da rede de apoio familiar, do direito ao acompanhante¹, da relação de confiabilidade entre os profissionais da saúde e da humanização dos serviços.

Todavia, influenciados pela hierarquia reprodutiva, os profissionais da saúde - que se encontram acima destas mulheres na relação médico-paciente - e os agentes penitenciários veem a possibilidade de exercer o uso desse poder, com base na cultura punitivista, para cometer violências no momento do parto, aproveitando-se ainda mais da vulnerabilidade em que essa mulher se encontra.

A primeira observação a ser feita sobre as violências sofridas durante o trabalho de parto reflete o descaso com a rede de apoio familiar. Isto porque, conforme a pesquisa “Nascer nas Prisões” apenas 10% dos familiares das mulheres foram informados sobre o início do trabalho de parto.

Além disso, de acordo com a mesma pesquisa, ainda que exista o direito da mulher ter a presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, apenas 3% das presas tiveram esse direito garantido, bem como, no que tange à visitação no hospital, apenas 11% das mulheres foram visitadas, sobre este último dado, 73% das mulheres informaram que não receberam visitas devido a proibição do sistema prisional.

A rede de apoio familiar é crucial para que a mulher se sinta acolhida, além de ser uma barreira para evitar violações no momento do parto. Entretanto, na ausência desta rede, a mulher fica exposta aos mandos médicos, e seu parto se torna solitário.

Nesse sentido, a pesquisa “Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar” (D'ORSI, Eleonora et al., 2014) apontou que a presença do acompanhante garante maior: respeito e privacidade, participação nas decisões, satisfação com o atendimento recebido e sensação de acolhimento.

Destaca-se ainda que a presença da rede de apoio familiar reflete na produção de ocitocina, que também é conhecido como “hormônio do amor”, e é responsável pelas contrações uterinas. Contudo, a produção de ocitocina cessa ou diminui no caso de a mulher sentir risco, sentimento que pode ser motivado na hipótese de abandono ou maus tratos. Na falta de produção suficiente deste hormônio, os profissionais da saúde injetam o hormônio artificial.

¹ A Lei Federal nº 11.108/05 estabeleceu o direito à parturiente de ter um acompanhante no momento do parto.

Tal procedimento é extremamente recorrente no Brasil, contudo, não se leva em consideração que essa intervenção não seria tão utilizada se houvesse maior acolhimento e humanização dos procedimentos.

O índice de maus tratos durante a gestação foi apontado por 16% das mulheres para os casos dos profissionais da saúde, enquanto 14% destas apontaram que houve alguma forma de violência dos policiais e agentes penitenciários, sendo nas duas ocasiões as principais violações referiam-se às verbais e psicológicas.

Outra forma de violência obstétrica que possui grande incidência, e se limita às mulheres presas é o uso das algemas. Mesmo após o Decreto nº 8858/16² que regulamentou expressamente o artigo 199 da Lei de Execução Penal, em que versam especialmente sobre a vedação do uso de algemas durante o trajeto da parturiente até o hospital, durante o parto ou após e no período em que estiver hospitalizada, essa violência continua a acontecer.

Isto porque, conforme a pesquisa “Nascer na prisão” evidenciou, das 241 mulheres analisadas, 36% destas informaram que foram algemadas em algum momento durante a internação, sendo que 61% foram algemadas no pré-parto, 8% durante o parto e 92% no pós-parto.

Salienta-se que essa forma de violação implica na imobilização da mulher, e configura como sendo tratamento desumano à esta.

Paralelamente, a pesquisa “Dar à luz nas sombras”, realizada por Bruna Angotti e Ana Gabriela Mendes Braga, traz a luz outras perspectivas da gestação, parto e pós-parto, evidenciando que essas mães perpassam por todo o período com diversas preocupações relacionadas ao destino de seus filhos, gerando grande violência psicológica.

As pesquisadoras visitaram as unidades prisionais em que havia atenção materno-infantil. Assim, observou-se que, após o parto, as mulheres são deslocadas para esses espaços, longe de seus familiares para cuidar exclusivamente de seus filhos.

² Dispõe o referido decreto: “Art. 1º O emprego de algemas observará o disposto neste Decreto e terá como diretrizes: (...) II - a Resolução nº 2010/16, de 22 de julho de 2010, das Nações Unidas sobre o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras (Regras de Bangkok); e III - o Pacto de San José da Costa Rica, que determina o tratamento humanitário dos presos e, em especial, das mulheres em condição de vulnerabilidade. Art. 3º É vedado emprego de algemas em mulheres presas em qualquer unidade do sistema penitenciário nacional durante o trabalho de parto, no trajeto da parturiente entre a unidade prisional e a unidade hospitalar e após o parto, durante o período em que se encontrar hospitalizada”.

Todavia, durante todas as entrevistas e observações nas unidades materno-infantil, a angústia da separação é sempre a mesma. Isto porque, as mães amamentam seus filhos pelo período de 6 meses até um ano de idade – normalmente por seis meses –, e após esse prazo, entregam-no para algum familiar que se habilita a cuidar ou, na ausência deste último, a mãe entrega para o abrigo.

A ruptura é sentida em ambos os casos, haja vista que o laço será rompido. No entanto, na primeira hipótese, apesar do distanciamento e da possibilidade da mãe nunca mais recuperar o elo com o filho, o que seria alarmante por si só, após o cumprimento da pena, a mãe saberia onde encontrá-lo. Já na segunda hipótese, a mãe perde o controle sob a criança que pode, inclusive, ser adotada.

Esse último evento se dá em razão da falta de comunicação entre as varas da criança e da juventude e as varas criminais, de forma que em uma eventual audiência de adoção, a mãe muitas vezes não toma conhecimento sobre a audiência ou, se sim, não possui suporte para deslocamento, ocasionando em sua revelia e consequentemente na destituição do poder familiar e encaminhamento do menor para a adoção.

Quando, enfim, a mulher vive essa separação, ela rompe também com toda a rotina vivida com seu filho até ali, haja vista que nos espaços materno-infantil, após o nascimento da prole são suspensas as atividades, tais como trabalho e estudo, e a rotina concentra-se nas demandas e necessidades do bebê, tornando-se mãe por todo o período integral. Essa realidade foi denominada pelas pesquisadoras como sendo o período de hipermaternidade, e após a ruptura, vive-se a hipormaternidade.

Diante dessa realidade, e com base nos estudos sobre as violações que as mulheres e seus filhos sofrem dentro do sistema carcerário, aliada à decisão que concedeu o direito à Adriana Ancelmo – ex-primeira dama do ex-governador Sérgio Cabral – a prisão domiciliar como alternativa à prisão preventiva, em razão desta ter filhos menores com até doze anos de idade, o Coletivo de Advogados de Direito Humanos junto a Defensoria Pública da União impetrou um Habeas Corpus Coletivo para que as mulheres presas tivessem o mesmo direito garantido.

Assim, o Supremo Tribunal Federal julgou procedente o HC 143641, autorizando que as mulheres presas que estavam cumprindo prisão preventiva pudessem permanecer em prisão domiciliar.

HC Coletivo questionou o porquê do não cumprimento da lei, demonstrando o impacto que tem a gestação, parto e pós-parto na vida das mulheres e de seus filhos dentro da unidade prisional, que claramente traz diversas outras formas de violações.

Salienta-se que o STF nada mais fez do que cumprir a lei, haja vista que o artigo 318, inciso IV e V do Código de Processo Penal prevê tal direito desde 2016, no entanto essa lei não era cumprida.

O HC Coletivo trouxe duas reflexões sobre o tema, o primeiro se refere a crítica do Juiz Luís Carlos Valois feita em seu livro “Processo de Execução Penal e o estado de coisas inconstitucional” (2019, p. 14) na qual diz que a linguagem do direito cumpre funções políticas e sociais, de forma que a transformação dos direitos dos presos em permissões não ocorrem ao acaso e tem por objetivo deslocar estes para um espaço sem garantias. Essa comparação pode ser feita, pois o direito da mulher presa gestante ou com criança de até doze anos já estava positivado no direito penal brasileiro, no entanto, não era aplicado, sendo necessário a concessão do HC coletivo para que as mulheres tivessem seus direitos garantidos. Ademais, essas circunstâncias geram grande insegurança jurídica, haja vista que a qualquer momento a decisão poderá ser alterada.

A segunda reflexão, refere-se ao peso diferente que uma mulher, ex-primeira dama e de classe social alta têm sobre grande parte das mulheres privadas de liberdade, que são de classe social baixa, haja vista que a primeira teve seu direito resguardado, enquanto a segunda precisou de um precedente da primeira para tanto.

A decisão no HC Coletivo trouxe certa discussão sobre o “incentivo” que esta daria às mulheres em engravidar de forma proposital para cumprirem prisão domiciliar. Todavia, tal fundamento é descabido diante das pesquisas feitas, vez que, de acordo com a pesquisa “Nascer na prisão” 90% das mulheres já estavam grávidas no momento da prisão, e 63% das mães não queriam engravidar.

Sobre o tema, houve muita repercussão do HC coletivo na vida das mulheres presas, haja vista que 45% destas não haviam sido condenadas (INFOPEN Mulheres, 2018) e estavam cumprindo pena preventiva, podendo ser alcançada pelo HC Coletivo. Esse número demonstra claramente como os direitos dos presos são mitigados, em razão da cultura de cunho punitivista inerente aos tribunais de Direito Penal. No entanto a pesquisa traz a reflexão sobre o impacto desta cultura na vida das mulheres encarceradas que vivem o momento da gestação, parto ou puerpério, mas não têm o direito de usufruir dessa fase.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou compreender as violações e motivações para a ocorrência da violência obstétrica, a fim de identificar os atores envolvidos, bem como

a estrutura que condiciona determinado grupo a sofrer mais ou menos violação. Além disso, partindo do pressuposto de que o grupo das mulheres em contexto de cárcere estão condicionadas a maior exclusão, passa-se a identificar o porquê dessa maior exposição, bem como as formas como se apresentam.

Ato subsequente, estudou-se ainda os impactos da violência obstétrica sofrida pela mulher presa, e o HC coletivo, que permitiu a substituição da prisão preventiva para prisão domiciliar, como uma saída para essa realidade.

A violência obstétrica possui como elementos histórico-culturais as construções da mulher passiva, na qual ora se submete aos dogmas religiosos, e ora se submete aos procedimentos médicos. Constatou-se que essa submissão retira a autonomia da mulher e afasta a possibilidade de reclamar sobre seus direitos sexuais e reprodutivos ou identificar-se enquanto vítima de alguma violação.

À luz da teoria da discriminação, notou-se que os conjuntos sociais influem na forma e frequência de como a violência obstétrica se apresentará, de forma que discriminações interseccionais e institucionais determinam as relações, e expõem determinados grupos à maior condição de vulnerabilidade.

Estruturando ainda a sistematização da violência obstétrica e manutenção da superioridade do grupo favorecido sobre o menos favorecido, seja da instituição médica sobre a paciente, do homem sobre a mulher, do branco sobre a negra, da classe social superior sobre uma inferior e assim por diante, com o intuito ainda de estabelecer os espaços devidos para cada grupo.

Nesse sentido, presume-se que o grupo das mulheres presas estão extremamente vulneráveis diante de todas essas construções do conjunto social, que já a marginalizavam extramuros, e tal condição intramuros potencializa-se.

Ao analisar a condição da mulher durante a gravidez, parto e puerpério dentro dos espaços prisionais, percebeu-se que esse período é de extrema solidão, e contrário ao contexto que outras mulheres que vivem a mesma condição fora do cárcere.

Durante a apresentação das formas de violência, observou-se que mulheres em condições semelhantes, sofrem menos violência, evidenciando-se que as mulheres presas são ainda mais deslegitimadas para o exercício da maternidade, e seus direitos são negligenciados em razão disso.

A rejeição dos direitos das mulheres em situação de cárcere exprime o descaso com essa população, ainda que estejam expostas a situações degradantes, demonstrando ainda mais a solidão em que vivem.

A pesquisa teve como objetivo demonstrar, apresentando as formas de violência obstétrica mais recorrentes na vida das mulheres presas, que a manutenção destas nas unidades prisionais potencializam essa condição, gerando impacto físico e psicológicos irreparáveis, e inviabilizam que seus direitos sejam garantidos.

Deste modo, concluiu-se que o HC Coletivo teve um papel primordial para que essa realidade fosse alterada, haja vista que possibilitou que a mulher presa preventivamente, ou seja, que sequer possui julgamento definitivo, tenha seus direitos assegurados com a prisão domiciliar, possibilitando ainda que o exercício da maternidade seja exercido pela mulher que responde por um processo criminal, deixando de reduzi-la ao papel de “criminosa”.

4. REFERÊNCIAS

ANGOTTI, Bruna e BRAGA, Ana Gabriela Mendes. Dar à luz nas sombras. Editora Vunesp. 2019.

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, Nov. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100015&lng=en&nrm=iso>. access on 26 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074912>

A BÍBLIA. Gêneses, 3:16

Brasil. Supremo Tribunal de Federal. ADPF 37 MC, Relator: Ministro Marco Aurélio, Tribunal Pleno, J. em 09/09/2015.

Brasil. Ministério da Justiça (MJ). Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN - 2018. Brasília: MJ; 2018.

Brasil. Nascer no brasil; realizada pela instituição FIOCRUZ em 2014 – disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/10/infografico.pdf>

BOCK, Ana M. B. Psicologias: Uma introdução ao estudo de psicologia. A Evolução da Ciência Psicológica. 14º ed.

CARVALHO, Marília Sá; LEAL, Maria do Carmo; LIMA, Luciana Dias de. Nascendo no Brasil, uma entrevista com Maria do Carmo Leal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00105018, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000807501&lng=en&nrm=iso>. access on 26 July 2019. Epub Sep 06, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00105018>

D'ORSI, Eleonora et al . Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S154-S168, 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2014001300021&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00087813>.

DNIZ, Carmen Simone Grilo. Assistência ao parto e relações de gênero: Elemento para uma releitura médico-Social. São Paulo, 1996, p. 91.

Id. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, Sept. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso>. access on 26 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, e00078816, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso>. access on 23 June 2019. Epub July 24, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00078816>.

LEAL, Maria do Carmo et al. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2061-2070, July 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702061&lng=en&nrm=iso>. access on 27 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.02592016>.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 16, n. 40, p. 107-120, Mar. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 28 July 2019. Epub Mar 06, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>.

MOREIRA, Adilson. O que é discriminação?. São Paulo. Editora. Justificando. Publicado em 2017.

Núcleo de opinião pública. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010 – disponível em https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e realidade, v.20, n.2, 71-99. Jul/dez. 1995

Starr P. Orígenes sociales de la soberanía profesional. In Starr P, editor. La transformación social de la medicina em los Estados Unidos da América. México DF: Biblioteca de la Salud/Secretaría de Salud/Fondo do Cultura Económica; 1991. P.17/44

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [S.l.], v. 10, n. 35, p. 1-12, jun. 2015. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>>. Acesso em: 26 jul. 2019. doi:[https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013).

VALOIS, Luís Carlos. Processo de Execução Penal e o estado de coisas inconstitucional. Belo Horizonte. Editora D'Plácido. 2019.

Contatos: isabellagonlima@hotmail.com e brunasoaesangotti@gmail.com.