

# **I CONGRESSO CRIM/UFMG**

## **GÊNERO E INTERFACES COM SAÚDE FÍSICA E MENTAL**

---

G326

Gênero e interfaces com saúde física e mental [Recurso eletrônico on-line] I Congresso  
CRIM/UFMG: UFMG – Belo Horizonte;

Organizadores: Luiza Martins Santos, Mariana Karla de Faria e Raíssa Emmerich Santana  
- Belo Horizonte: UFMG, 2021.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-366-5

Modo de acesso: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br) em publicações

Tema: Gênero, feminismos e violência.

1. Violência de Gênero. 2. Saúde. 3. Mulher. I. I Congresso CRIM/UFMG (1:2021: Belo Horizonte, MG).

CDU: 34

---



# I CONGRESSO CRIM/UFMG

## GÊNERO E INTERFACES COM SAÚDE FÍSICA E MENTAL

---

### **Apresentação**

O CRIM/UFMG é um Programa de extensão universitária da UFMG sobre violência de gênero, proveniente do Projeto de Ensino, Pesquisa e Extensão em Crimes Contra a Mulher criado em 2019 por um grupo de estudantes universitárias da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que perceberam a necessidade de ampliar o espaço de debates, denúncias e enfrentamento da violência de gênero dentro da instituição.

O objetivo do Programa é trazer para o grande público questões relevantes referentes ao combate à violência de gênero de forma didática e acessível, de modo a contribuir em diferentes perspectivas, a partir da atuação estudantil em frentes com Profissionais de Saúde, Educação, Infância e Juventude bem como na abordagem de acolhimento de migrantes e refugiadas. Dessa forma, entende-se a necessidade de se desenvolver atividades – que não se limitem ao espaço acadêmico - por meio da criação grupos de estudos, eventos, campanhas de conscientização sobre o tema, além de ministrar oficinas, cursos e capacitação que abordem os diversos tipos de violências de gênero numa perspectiva de promoção da igualdade de gênero. Nesse sentido, o Programa, a partir de uma construção coletiva, busca romper com a cisão criada em uma sociedade desigual e assim, colocar como sujeitos políticos grupos historicamente marginalizados.

Nessa perspectiva, o I Congresso CRIM / UFMG - Gênero, Feminismos e Violência pretende incentivar o debate sobre os progressos e desafios em relação à temática gênero, considerando a integralidade da vivência do ser mulher em uma sociedade machista, cisgênera, heteronormativa, com claros atravessamentos de classe e raça.

O GT 5 - Gênero e Interfaces com Saúde Física e Mental se propôs a discutir experiências conexas ao gênero e saúde física e/ou mental, a partir da compreensão da saúde não apenas como uma ausência de doenças ou no seu aspecto biológico, mas sim como um produto de determinantes e barreiras sociais, econômicas, históricos e políticos. Assim, foram acolhidos os trabalhos que promoviam a reflexão sobre o gênero, como direitos reprodutivos/sexuais, esterilização, violência obstétrica, violência doméstica, papéis de gênero entre outros. Esses temas se vincularam à saúde física e mental e os textos foram desenvolvidos mediante pesquisas de abordagens qualitativas e/ou quantitativas ao realizarem um estudo com relevância teórica e prática. Alguns pontos discutidos foram: 1. Direitos reprodutivos e/sexuais e questões relacionadas a humanização da saúde; 2. Depressão, ansiedade e gênero;

3. Violência Doméstica; 4. Assistência à vítima de violência e suas consequências na saúde; 5. Políticas Públicas voltadas para gênero e saúde; 6. Desigualdade de gênero entre profissionais da saúde; 7. O papel do cuidado na saúde da mulher; 8. Promoção e acesso à saúde; 9. Transexualidade e saúde e 10. Vulnerabilidades sociais e autonomia.

# **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DEFICIÊNCIA: A NECESSIDADE DE ROMPER COM AS BARREIRAS ARQUITETÔNICAS E ATITUDINAIS**

## **OBSTETRIC VIOLENCE AND DISABILITY: THE NEED TO BREAK THE ARCHITECTURAL AND ATTITUDINAL BARRIERS**

**Amanda Nunes Sousa <sup>1</sup>**

### **Resumo**

O presente trabalho visa compreender de que forma as barreiras arquitetônicas e atitudinais acentuam a violência obstétrica vivenciada pelas mulheres com deficiência. Assim, considerando que essas mulheres vivenciam uma dupla discriminação, com base no gênero e na limitação funcional, é necessário identificar alternativas para assegurar o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das parturientes com deficiência. A partir de uma investigação jurídico-dogmática sobre a violência obstétrica e a deficiência aponta-se como instrumentos aptos a romper com essas barreiras a informação, o diálogo médico-paciente, o apoio e o estímulo à elaboração do plano de parto.

**Palavras-chave:** Mulheres com deficiência, Violência obstétrica, Barreiras

### **Abstract/Resumen/Résumé**

This study aims to understand how architectural and attitudinal barriers accentuate obstetric violence experienced by women with disabilities. Thus, considering that these women experience double discrimination, based on gender and functional limitation, it is necessary to identify alternatives to ensure respect for the sexual and reproductive rights of mothers with disabilities. Based on a legal-dogmatic investigation on obstetric violence and disability, information, doctor-patient dialogue, support and encouragement for the elaboration of the birth plan are identified as instruments capable of breaking these barriers.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Women with disability, Obstetric violence, Barriers

---

<sup>1</sup> Graduanda em Direito pela Universidade Federal de Lavras.

## **INTRODUÇÃO**

Historicamente, as pessoas com deficiência foram silenciadas e infantilizadas, tratamento que repercutia na limitação do gozo e exercício de seus direitos humanos fundamentais. Esse fenômeno somente começou a ser modificado a partir da Segunda Guerra Mundial, momento em que a discriminação começa a ser rebatida pelos diversos movimentos sociais. Dentre os vários direitos que lhes foram mitigados estão os direitos sexuais e reprodutivos. Limitação que perpassa todas as mulheres, é acentuada para aquelas que possuem alguma deficiência, principalmente pela condição de vulnerabilidade que vivenciam. Assim, essas mulheres precisam rebater uma dupla discriminação com base no gênero e na deficiência.

Sob esta perspectiva, a violência obstétrica acontece com maior intensidade e frequência quando a parturiente possui alguma deficiência, seja ela física, psíquica, sensorial ou intelectual. Isso porque, a acessibilidade ainda não é reivindicada nas salas de parto e nos equipamentos utilizados pela equipe de saúde, junto a isso as decisões tomadas por pessoas com deficiência são constantemente desconsideradas. Assim, a anulação do processo decisório e participativo da gestante, principalmente no que diz respeito aos procedimentos médicos que deseja ou não realizar, é intensificado em razão da dificuldade de compreensão de vontade da pessoa que apresenta alguma limitação funcional.

Neste contexto, o presente trabalho, tem como objetivo compreender de que forma as barreiras arquitetônicas e atitudinais acentuam a violência obstétrica vivenciada pelas mulheres com deficiência. Para alcançar este objetivo, foi empreendida investigação de caráter jurídico-dogmática com levantamento bibliográfico da literatura nacional, sobre a violência obstétrica e sobre as pessoas com deficiência. Os dados foram colhidos nos artigos científicos disponíveis na rede mundial de computadores, com pesquisa realizada no Portal de Periódicos da Capes e Google Scholar.

Assim, parte-se do pressuposto de que existem barreiras arquitetônicas e atitudinais que corroboram para a prática médica desumanizante no momento do parto. Neste sentido, tem-se que a informação e o apoio, são instrumentos capazes de amenizar essas barreiras, bem como de promover a autonomia e a tomada de decisão de maneira independente pela pessoa com deficiência. Ressalta-se que a sociedade civil e o Estado devem atuar em prol da promoção do respeito e do reconhecimento dos direitos dessas pessoas, a fim de evitar qualquer discriminação com base uma limitação funcional.

## **1. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A LIMITAÇÃO DO EXERCÍCIO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

No ano de 2014, a Organização das Nações Unidas qualificou a violência obstétrica como uma violação a direitos humanos fundamentais. Este reconhecimento tornou-se necessário em face das recorrentes ofensas aos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres gestantes, parturientes e puérperas. A prática dessa violência possui inúmeros fatores. Dentre eles, tem-se o desenvolvimento da mercantilização medicina, uma vez que os médicos, cercados pela tecnologia, exercem funções que outrora eram desempenhadas por parteiras e adotam determinadas técnicas reproduzidas no universo da medicina que corroboram para a desvalorização da autonomia da mulher.

Neste sentido, a violência obstétrica é marcada por uma patologização dos processos naturais, a qual é representada, na maioria das vezes, pela realização de uma cirurgia de cesariana sem ao menos considerar o desejo da mulher de parir naturalmente (TESSER, 2015). Essa medicalização do parto é reflexo de um controle exercido pelos profissionais de saúde em todas as etapas da gestação, desde a concepção ao puerpério. Há, evidentemente, uma supressão da autonomia da mulher ao desconsiderar o processo decisório de escolhas relativas ao seu próprio corpo, repercutindo a ótica paternalista de dominação sobre os corpos femininos (TERRA; MATOS, 2020).

A violência obstétrica pode ser física, evidenciada pela realização de procedimentos invasivos e com o uso de medicamentos desnecessários; psicológica, no que concerne à prática de condutas humilhantes, vexatórias e opressivas; e sexual ao causar uma ofensa à integridade sexual e à dignidade da mulher (TESSER, 2015). A institucionalização dessas práticas fez com que, na maioria dos casos, a gestante não reconheça e não se coloque em uma posição de vítima, entendendo a situação como um “procedimento de praxe” para conceber seu bebê.

Essas situações tornam-se ainda mais graves quando a gestante possui condições que acentuam sua vulnerabilidade. É o caso das mulheres com deficiência. Para elas, a violência obstétrica é reforçada pela discriminação sofrida em razão de sua limitação funcional. A parturiente com deficiência é, em maior intensidade, questionada sobre suas vontades e decisões relacionadas ao seu corpo e aos procedimentos que deseja realizar. Juntamente com o estigma incapacitante, essas mulheres ainda enfrentam a dificuldade de acessibilidade em hospitais e clínicas, as quais não possuem equipamentos adequados e adaptados às necessidades de uma pessoa com deficiência física (PRATES, 2021).

Evidentemente, a presença de barreiras arquitetônicas dá novas dimensões à violência obstétrica que corrobora para a ocorrência de situações limitantes de direitos e discriminatórias. Essas barreiras podem ser entendidas enquanto obstáculos tangíveis que impedem a participação social da pessoa com deficiência e estão presentes em edifícios públicos ou

privados. Correspondem, por exemplo, a escadas com degraus altos, banheiros não adaptados ou, no caso dos hospitais e clínicas médicas, a inexistência de mamógrafos ou macas adaptadas.

É este despreparo dos profissionais de saúde e dos locais de parto o motivo pelo qual uma gestante surda perdeu um dos seus filhos durante o nascimento. A mulher possuía o conhecimento da sua gravidez, mas não foi informada sobre o fato de que eram gêmeos. Essa informação também não foi transmitida para a equipe médica. Depois do nascimento da primeira criança, a obstetra não conseguiu se comunicar com a mãe, fato que conduziu ao óbito da segunda criança. Este episódio evidencia que a ausência de uma pessoa com a habilidade de se comunicar em Libras inviabilizou a segurança da mãe e da criança (PRATES, 2018).

Os comportamentos que impedem a fruição de direitos fundamentais e/ou limitam a plena participação social da pessoa com deficiência correspondem às barreiras atitudinais. Diferentemente das arquitetônicas, essas barreiras não são visíveis e “subtraem da pessoa com deficiência o poder de conduzir sua vida e explorar suas potencialidades” (TEIXEIRA; RIBEIRO, 2021, p. 99). Assim, compreendem ações, omissões e discursos baseadas “em preconceitos explícitos ou velados, estereótipos e estigmas, crenças e suposições equivocadas, sentimentos negativos, ausência de informação, excesso de cuidado” (TEIXEIRA; RIBEIRO, 2021, p. 100). Devido à essas barreiras que as decisões tomadas pelas pessoas com deficiência são constantemente desconsideradas. É reproduzido o pensamento de que essas pessoas são dotadas de direitos e possuem habilidades para exercê-los ainda que, em alguma medida, careçam de algum tipo de apoio para realizar suas interações sociais.

A superação dessas barreiras iniciou com a insurgência do modelo social de tratamento da deficiência. Pautando-se em uma concepção biopsicossocial, a deficiência é considerada um conceito em evolução, fruto da interação entre as limitações físicas, sensoriais ou intelectuais com as barreiras que impedem a plena participação na sociedade, bem como pelas condições do ambiente. Desse modo, este modelo direciona a responsabilidade da sociedade na acomodação das necessidades individuais, afastando qualquer forma de discriminação ou segregação. Logo, é alterada a percepção de que a deficiência é um problema individual e inclui como dever da sociedade a valorização e a emancipação dessas pessoas (PALACIOS, 2008).

No que diz respeito às barreiras arquitetônicas, impende aos gestores e à sociedade civil, o conhecimento e implementação do desenho universal. Este, busca potencializar a ideia da acessibilidade ao projetar produtos, edifícios e ambientes acessíveis, os quais permitiram o uso equitativo por pessoas com diferentes habilidades, independente da presença de alguma deficiência. Assim, “procura excluir a necessidade de adaptação ou de um projeto especializado para pessoas com deficiências e, sim, busca atender à variação corporal humana potencializando

a máxima acessibilidade” (OLIVEIRA, 2013, p. 422). Portanto, os hospitais e clínicas médicas, públicos ou privados, devem estar preparados para atender qualquer pessoa de maneira igualitária, conforme previsto no artigo 55, §5º do Estatuto da Pessoa com Deficiência. Importante destacar que a ausência de um projeto específico para atender as demandas das pessoas com deficiência não exclui a possibilidade de fornecer ajudas técnicas para grupos de pessoas específicos, quando necessárias.

Evidentemente, as mulheres devem ser protagonistas ao longo de sua gestação e de seu parto. Para que isso seja possível, principalmente para as mulheres com deficiência, a informação é um elemento essencial. Os riscos, vantagens e desvantagens sobre os procedimentos devem ser prestados em uma linguagem clara e acessível. O médico deve buscar, sempre que necessário, o auxílio de uma equipe multidisciplinar e dos familiares da gestante com deficiência para garantir a compreensão das informações essenciais para o processo de tomada de decisão (TERRA; MATOS, 2020). Desse modo, busca-se superar o modo como a sociedade se relaciona com as pessoas com deficiência, a fim de minimizar as barreiras por elas vivenciadas.

Como outra alternativa, essas mulheres também devem ser estimuladas a fazerem o uso do plano de parto. Documento elaborado ao longo do pré-natal que pode ser um instrumento válido para impedir a ocorrência da violência obstétrica. Nele, a mulher dispõe sobre todos os procedimentos que deseja realizar, expondo suas escolhas terapêuticas e recusas de tratamento. À parturiente com deficiência também deve ser assegurado o apoio necessário para que tenha a sua vontade traduzida e compreendida por terceiros, evitando-se suposições equivocadas ou o menosprezo em relação às vontades e preferências da gestante. A relação médico-paciente deve, assim, priorizar o diálogo, estabelecendo uma troca entre o conhecimento científico e os anseios da parturiente que devem ser deliberados ao longo da gestação (PEREIRA, 2016, p. 105).

Portanto, essas medidas devem ser adotadas com o escopo de possibilitar uma tutela à autonomia da mulher com deficiência na tomada de decisões relativas à gestação, ao parto, ao puerpério, bem como às demais questões atinentes ao seu próprio corpo. As reivindicações contra o tratamento discriminatório e desumanizante devem alcançar as pessoas com deficiência. É imprescindível que todas sejam atendidas com um tratamento igualitário, acolhedor e respeitoso e, no que diz respeito àquelas com deficiência, as barreiras atitudinais e arquitetônicas devem ser reduzidas, erradicadas. Somente assim, essas mulheres poderão ser emancipadas e exercerem a sua autodeterminação para conceberem seus filhos da maneira como desejarem, tendo seus direitos sexuais e reprodutivos respeitados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica que atinge gestantes, parturientes e puérperas causa para além de uma limitação na autonomia dessas mulheres, uma violação de seus direitos, em razão das práticas lesivas à sua integridade física e psíquica. No que concerne às parturientes com deficiência, essa violência se acentua em razão da discriminação causada pela limitação funcional que apresentam.

Neste sentido, é de suma importante que a sociedade civil e o Estado atue com vistas a amenizar as barreiras arquitetônicas e atitudinais vivenciadas pelas pessoas com deficiência. Desse modo, é de suma importância a promoção do reconhecimento e do respeito à tomada de decisão de pessoas com deficiência nas questões atinentes ao seu corpo, principalmente no que diz respeito ao exercício de direitos sexuais e reprodutivos. Para além disso, essas pessoas devem ser entendidas enquanto sujeitos dotados de emancipação e capacidade para gerirem sua própria vida.

Como principal elemento para diminuir a violação de direitos e a discriminação frente às pessoas com deficiência tem-se a informação. Logo, deve ser apresentado de maneira clara e acessível todo o conteúdo imprescindível para que essa pessoa realize seu processo deliberativo de maneira autônoma e independente. Conquanto, isso não quer dizer que esses sujeitos devem realizar suas escolhas sozinhos, sem qualquer auxílio. Pelo contrário, é necessário proporcionar o apoio adequado ao desenvolvimento das habilidades de compreensão e expressão de vontade a terceiros.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PALACIOS, Agustina Rizzo. **El modelo social de discapacidad**. Madrid: Cinca, 2008.

PEREIRA, Jéssica Souza *et al.* Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. v. 1.15, n.1, p.103-108, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/39NzO3S> Acesso em: 19 fev. 2020

PRATES, Deborah. Precisamos falar sobre violência contra mulheres com deficiência. **Carta Capital**, São Paulo, 21 nov. 2016. Disponível em: <http://justificando.cartacapital.com.br/2016/11/21/precisamosfalar-sobre-violencia-contra-mulheres-com-deficiencia/>. Acesso em: 3 mai. 2021.

OLIVEIRA, Cassandra Melo. Desenho universal e avaliação psicológica na perspectiva dos direitos humanos. **Avaliação psicológica**, v. 12, n. 3, p. 421-428, 2013.

ONU: a violência obstétrica atenta contra os direitos humanos. **Instituto Europeu de Saúde Mental Perinatal**, s./l., 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3ryaRCZ> Acesso em: 09 mar. 2021.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; RIBEIRO, Gustavo Pereira Leite. Consentimento informado em intervenções médicas envolvendo pessoas com deficiência intelectual ou psicossocial e a questão das barreiras atitudinais. **Revista Brasileira de Direito Civil**, Belo Horizonte, v. 27, p. 83-110, 2021.

TERRA, Aline de Miranda Valverde; MATOS, Ana Carla Harmatiuk. Violência obstétrica contra a gestante com deficiência. In: MENEZES, Joyceanne Bezerra de (Org.), **Direito das pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas: Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e Lei Brasileira de Inclusão**. 2. ed. Rio de Janeiro: Processo, 2020.

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**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2Pba7ma>. Acesso em: 19 fev. 2021.