



UNIFACISA – CENTRO UNIVERSITÁRIO
CESED - CENTRO DE ENSINO SUPERIOR E DESENVOLVIMENTO
CURSO DE DIREITO

JÚLIO LOPES DA SILVA

DIREITO À SAÚDE DA MULHER SOB UMA PERSPECTIVA DE GARANTIA DOS
DIREITOS HUMANOS

CAMPINA GRANDE, PB

2021

JÚLIO LOPES DA SILVA

DIREITO À SAÚDE DA MULHER SOB UMA PERSPECTIVA DE GARANTIA DOS
DIREITOS HUMANOS

Trabalho de Conclusão de Curso – Artigo Científico – apresentado como pré-requisito para a obtenção do título de Bacharel em Direito pela UniFacisa –Centro Universitário.

Área de concentração e Linha de Pesquisa: Direito Constitucional / Direito Público.

Orientador:

CAMPINA GRANDE, PB

2021

DIREITO À SAÚDE DA MULHER SOB UMA PERSPECTIVA DE GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS

Júlio Lopes da Silva

José Lafayette Pires Benevides Gadelha

RESUMO

A presente pesquisa visa apresentar a falta de uma legislação federal que trate sobre a violência obstétrica e o parto humanizado, sob a perspectiva do direito à saúde das mulheres e garantia dos direitos humanos, principalmente dando enfoque com base em referências teóricas sobre a mulher que se encontra em unidades de saúde durante o parto e estado puerperal, e a importância do parto humanizado na rede pública de saúde, a qual deve ter seus direitos humanos garantidos, como o direito a um parto humanizado e a condição de não ser submetida à violência obstétrica. Para tanto, trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de caráter qualitativo e exploratório, em que foram utilizados livros, monografias, legislação, artigos essenciais ao desenvolvimento do estudo. O direito à saúde é um direito fundamental, e como tal deve ser garantido. É comum que no sistema público de saúde existam relatos de mulheres informando que sofreram violência obstétrica durante a realização do seu parto, o que constitui, de fato, violação a direitos humanos das pacientes. Nesse sentido, cabe nesse estudo apresentar sobre os direitos humanos, o direito fundamental à saúde da mulher e as condições de parto e do estado puerperal no sistema único de saúde.

Palavras-chave: Direitos. Mulher. Saúde.

ABSTRACT

This research aims to present the lack of federal legislation to deal with obstetric violence and humanized childbirth, from the perspective of women's right to health and guarantee of human rights, mainly focusing on theoretical references on women who are in health care units. health during childbirth and the puerperal state, and the importance of humanized childbirth in the public health system, which must have its human rights guaranteed, such as the right to a humanized childbirth and the condition of not being subjected to obstetric violence. Therefore, it is a bibliographical research, qualitative and exploratory, in which books, monographs, legislation, essential articles for the development of the study were used. The right to health is a fundamental right, and as such must be guaranteed. It is common that in the public health system there are reports of women reporting that they suffered obstetric violence during their delivery, which in fact constitutes a violation of the patients' human rights. In this sense, it is up to this study to present human rights, the fundamental right to women's health and the conditions of childbirth and the puerperal state in the single health system.

Keywords: Rights. Woman. Childbirth. Health.

1 INTRODUÇÃO

O estudo visa abordar sobre a ausência de uma legislação federal que disponha sobre a violência obstétrica em relação à mulher e o direito ao parto humanizado. A saúde da mulher constitui um direito fundamental, e assim deve ter direito a realização de um parto humanizado, de modo que não seja vítima de violência obstétrica. Com isso, através de uma legislação específica relativa à temática será possível que os casos de violência obstétrica sejam diminuídos e que haja uma maior aceitação do parto humanizado? A realização de um parto humanizado pode trazer benefícios à saúde da mulher e também a aplicação direta no dia a dia das gestantes que necessitam de atendimentos pelo Sistema Único de Saúde, além disso, é importante destacar que o parto humanizado que se assemelha ao natural, o que pode trazer economia para a rede pública de saúde.

Nesse estudo cumpre explicar e diferenciar o parto humanizado, já que tal processo não pode ser confundido com outro tipo de parto, pois é na verdade uma série de detalhes que trazem à tona a parte humanizada do parto normal que tem seu início no Pré-Natal e se estende até os primeiros cuidados com o bebê, temos como exemplos destes detalhes, a posição que a gestante se sente mais confortável, o uso de banheiras, luminosidade, entre diversos outros fatores que podem ser utilizados a favor da gestante e de sua criança

Das principais razões que os médicos e pesquisadores preconizam o parto humanizado está o maior conforto para a mãe e conseqüentemente para o bebê já que o trabalho de parto, lapso temporal este que antecede o parto e pode durar horas, sendo assim é necessário que a gestante busque sempre ficar confortável durante tal período e que tudo evolua da forma correta.

Além disso, tal modalidade de parto propicia a fácil recuperação da mãe haja vista que quando tudo ocorre bem em 24 horas ela já pode ter alta hospitalar, assim como também seu filho, de modo a proporcionar um melhor fluxo em todas as maternidades já que esta puérpera não irá ocupar um leito durante 48 horas como preconizado em caso de Cesariana, criando uma maior rotatividade nos leitos das maternidades.

É nesse sentido que a pesquisa realizada terá caráter exploratório e objetivo, de maneira a aprofundar estudos. Para atingir os objetivos desta pesquisa, pretende-se realizar uma revisão bibliográfica, com pesquisa de tipo qualitativo, com enfoque na ausência de legislação federal sobre a violência obstétrica e sobre o parto normal e as condições em estabelecimentos públicos de saúde, as maternidades, como se dá o tratamento da gestante e puérpera sob uma perspectiva de garantia dos direitos humanos, além da importância da adoção em larga escala de um parto humanizado na rede pública de saúde.

2 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DA MULHER

O direito à saúde é um direito fundamental e tem previsão constitucional no artigo 6º, em que se constitui em direito social. Além disso, está disposto no artigo 196, o qual dispõe que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

O direito à saúde compreende um atendimento que possa garantir que os serviços de assistência à saúde sejam para todos e de um modo igualitário, com a promoção, a proteção e a recuperação de quem necessita de um atendimento médico. Sendo um direito fundamental subjetivo, o qual deve ser garantido mediante adoção de políticas públicas que o possam dar instrumentalização. (BRASIL, 1988).

As mulheres quando submetidas aos procedimentos de saúde no sistema de saúde, principalmente para a realização do parto, seja cesariana ou normal, ou até mesmo a curetagem em caso de aborto, gozam do direito fundamental à saúde, o qual deve ser garantido em condições de respeito à integridade física e psicológica. (DUARTE, 2014).

A garantia do direito à saúde deve compreender não somente o ambiente equipado, mas também profissionais capacitados que saibam lidar com os pacientes e atender as demandas de modo adequado e com atenção à assistência à saúde. (DUARTE, 2014).

A atenção humanizada durante a realização do pré-natal, na preparação para o parto, durante o parto e após este é fundamental para a garantia do direito à saúde da mulher, tendo em vista que essa poderá se sentir mais segura. (DUARTE, 2014).

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia. (BRASIL, 2001).

Esse direito fundamental à saúde da mulher compreende uma série de assistências que não só estão direcionadas ao parto, mas também a métodos preventivos, como o uso de anticoncepcionais, além de atendimentos ginecológicos, atenção para o pré-natal, durante e após o parto, o que inclui um aparato de atenção material e imaterial. Além disso, a Lei nº

11.108 garante que a mulher terá direito a um acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e após o parto. (BRASIL, 2005).

A rede cegonha também trouxe perspectivas positivas quanto à saúde da mulher, de modo que traz sobre a humanização do cuidado na assistência antes do parto, durante e após, conforme a portaria nº 1.459 de 2011, de modo que atenderá aos seguintes princípios em seu artigo 2º: respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados. (BRASIL, 2011).

Tal assunto não é uma criação dos últimos anos, tendo em vista que desde o ano de 2000 tal tema já era alvo de projetos no ministério da saúde, como a portaria 569 de 1º de junho de 2000 que em seu artigo 1º institui o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o que assegura à gestante o direito ao Pré-natal e parto humanizado, como também o direito ao tratamento humanizado ao Recém nascido nos primeiros momentos de sua vida, ponto importante de tal portaria é que ela não aborda apenas o momento do parto mas sim todo o pré natal que é de importância para o nascimento saudável do bebê, como também os cuidados no pós parto imediato. (PIMENTEL, 2014).

Um grande avanço na realização dos partos no Brasil veio com a publicação da portaria nº 11 de 07 de janeiro de 2015 que institui a criação dos Centros De Parto Normal, os estabelecimentos que possuem este amparo às gestantes têm total foco em uma assistência humanizada no momento do parto, instituindo assim uma série de regras e normas para o funcionamento de tais centros de parto, cumpre salientar que tais normas são estabelecidas pela 'Rede Cegonha'. (PIMENTEL, 2014).

Este projeto foi estabelecido através da portaria 1.479 de 24 de junho de 2011 trazendo em seu texto uma série de ditames que visam sempre o atendimento de qualidade e de forma humanizada para as mulheres, tal rede se baseia em quatro pilares que são pré-natal, parto, nascimento e puerpério, além de uma atenção para a saúde da criança, gerando assim de um atendimento humanizado para a criança após seu nascimento. (PIMENTEL, 2014).

A rede cegonha conta com disposições acerca de como será instrumentalizado o direito fundamental à saúde. Nesse sentido, veremos *in verbis* o que dispõe o texto da portaria nº 1.459 de 2011:

Art. 7º Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos:

I - Componente PRÉ-NATAL:

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

II - Componente PARTO E NASCIMENTO:

- a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";
- d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e
- g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

III - Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:

- a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- c) busca ativa de crianças vulneráveis;
- d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- f) orientação e oferta de métodos contraceptivos.

IV - Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO:

- a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
- b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e
- c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames). (BRASIL, 2011).

Então, o direito fundamental à saúde da mulher deve contar com meios para que essa possa ter acesso, bem como que os serviços de assistência a sua saúde sejam garantidos,

principalmente de modo que possa lhe garantir que a sua integridade física e psicológica não será violada, tendo em vista que algumas intervenções não são necessárias e que causam violência obstétrica. Esse direito inclui a possibilidade da mulher realizar escolhas no sentido de qual tipo de parto deseja, excetuando-se os casos em que se é necessário realizar o parto por cesariana. Nesse sentido, a gestante, em casos que não haja risco, pode optar pelo parto normal ou por cesariana. (PALMA; DONELLI, 2017).

O parto é uma experiência exclusivamente feminina que afeta todos os aspectos da mulher como o psicológico, biológico e principalmente o cultural, pois a mulher planeja a forma de parir com a qual se identifique e de acordo com seus valores éticos, morais e sociais. Assim, o Estado não pode impor tal tipo de ingerência sobre a vida privada da parturiente quando não obtiver anuência desta, ou quando o nascituro não estiver correndo risco de morte. (OLIVEIRA, 2018, p.49)

Nesse sentido, o poder de escolha da mulher é importante, pois se constitui em uma garantia do seu direito à saúde, de que a sua escolha será respeitada, de modo a evitar que ocorram violações a sua integridade psicológica. Tendo em vista que muitas vezes a violência obstétrica de ordem física ocorre, principalmente, nessas situações de não observação do parto desejado pela paciente. (PALMA; DONELLI, 2017).

É importante os cuidados antes do parto, durante e após, como também em relação ao recém nascido, de modo que seja possível concretizar o direito à saúde, através de atuações reais de respeito às condições físicas e psicológicas que as mulheres encontram-se durante esse período que pode ser considerado importante na vida delas, a maternidade. (DA ROCHA ARRAIS; MOURÃO, 2013).

3 DIREITOS HUMANOS E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Os direitos humanos podem ser considerados direitos que todos os seres humanos devem ter, ou seja, que já lhes são inerentes a partir do momento em que nascem e passar a ser titulares de dignidade. Em 1948 ocorreu a declaração universal dos direitos humanos após o fim das duas grandes guerras mundiais que foram marcadas por violações de direitos humanos dos indivíduos. É nesse sentido de evitar que as violações ocorram que esse diploma é instituído. (TOSI, 2005).

É possível afirmar, portanto, que a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 foi um marco na plataforma emancipatória do ser humano, pois ressaltou a sua consideração como um fim em si mesmo e sua dignidade como objetivo principal da esfera dos direitos humanos. Institucionalizou a vertente do princípio do

universalismo, rechaçando a temática do relativismo cultural como justificativa para a prática de atrocidades contra os direitos humanos. Apontou para a afirmação de que nenhum País tem o direito de alegar que sua cultura e seu ordenamento jurídico autorizam a ofensa e o desrespeito aos direitos humanos fundamentais. (LOUREIRO; BUCCI, 2020, p.134)

Assim, os direitos humanos devem ser garantidos não apenas a um determinado grupo, mas a todos os grupos sociais, independentemente das condições ou situações em que se encontrem. São direitos humanos todos aqueles essenciais para o ser humano se autodeterminar, como o direito à vida, o direito à liberdade, o direito à propriedade, entre tantos outros importantes para a sua emancipação. (TOSI, 2005).

A dignidade humana é fundamento da República Federativa do Brasil, conforme previsão no artigo 1º, inciso III da Constituição Federal. Esse fundamento pode ser considerado um vetor máximo da garantia de direitos, o que tem desdobramento com o direito à vida que é um direito fundamental com previsão no texto constitucional, especificamente no artigo 5. (BRASIL, 1988).

Esse direito à vida consequentemente em seu torno tem-se a exigência da não ocorrência de tortura, degradação ou tratamento cruel, e o direito à saúde. Então, sob essa perspectiva, é direito da mulher não ser submetida a condições que venham a violar a sua dignidade. (DO BRASIL, 1988).

Os direitos humanos quando garantidos determinam a possibilidade de integridade física e psicológica, de modo que seja possível evitar a ocorrência de violações, como a violência obstétrica que pode ocorrer em maternidades, principalmente afetas a mulheres em razão das suas condições sociais que podem gerar a falta de informação e serem submetidas a graves violações de direitos humanos. (TOSI, 2005).

As mulheres são submetidas por vezes a constrangimentos no sistema público de saúde quando serão submetidas aos procedimentos de realização do parto, o que por vezes caracteriza a ocorrência da violência obstétrica, que pode ser cometida por profissionais da saúde. (PERES, 2021).

A violência obstétrica pode constituir uma violação a direitos humanos, tendo em vista que não só violações físicas, mas também psicológicas podem ocorrer no momento em que são submetidas à realização do parto ou da curetagem quando em razão da ocorrência de um aborto. (PERES, 2021).

A violência obstétrica caracteriza-se como uma violência de gênero, por ser cometida contra mulher em todas as etapas da gravidez e do pós-parto, incluindo os casos de abortamento. Essa violência é considerada como parte integrante de uma

sociedade que violenta as mulheres pela sua identidade de gênero e pela sua condição feminina, fruto da dominação masculina que origina o machismo, tanto institucional quanto pessoal, e que recai nas diversas relações da mulher com seu corpo, sua posição na sociedade e sua dignidade (MARQUES, 2020, p.98-99)

As maternidades devem ser ambientes para o acolhimento da gestante na intenção de lhe fornecer o seu direito fundamental à saúde de um modo adequado, com respeito a sua integridade física e psicológica. No momento que a mulher é submetida à realização de um parto em sistema de saúde, um mistério de emoções faz parte, pois além de haver condições de movimentação do corpo para o parto, a mulher tem suas condições subjetivas do momento. (PERES, 2021).

No Brasil ainda não existe uma legislação acerca da violência obstétrica enfrentadas por mulheres grávidas, tão somente projetos de lei, como lei nº 7.633 de 2014, o que representa um descaso quanto às condições que muitas mulheres são submetidas em maternidades do país, o que não se trata apenas de trazer o parto humanizado em si, mas a humanização do tratamento fornecido à mulher que vai realizar parto ou qualquer outro procedimento, como a curetagem. De modo que pretende uma observação a humanização da atenção à mulher e ao recém-nascido durante o ciclo gravídico-puerperal. (PERES, 2021). Esse projeto supramencionado dispõe acerca da violência obstétrica da seguinte maneira:

Art. 13 Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.

Além desse projeto supramencionado, há também os seguintes: PL 3.310/2019, que dispõe sobre o registro de som e imagem de consultas pré-natais, trabalho de parto e parto; PL 2.693/2019 que Institui a Política Nacional de Atendimento à Gestante; PL 3.635/2019 que garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal; PL 878/2019, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências; PL 119/2019, que inclui a alínea "e" no inciso I no art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para ampliar a atuação do Sistema Único de Saúde na saúde integral da mulher; PL 8.219/2017, Dispõe sobre a

violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após; PL 2.589/2015, que dispõe sobre a criminalização da violência obstétrica.

É importante mencionar que na Argentina a violência obstétrica é uma espécie de violência contra a mulher, pois tem disposição expressa na Lei nº 26.485/2009, em que no seu artigo 6º dispõe da seguinte maneira acerca do tema:

Artigo 6 - Modalidades. Para os propósitos desta lei, as modalidades são entendidas como as formas pelas quais diferentes tipos de violência contra as mulheres se manifestam em diferentes áreas, com o seguinte em particular:

(...)

e) Violência obstétrica: exercida por profissionais de saúde que se apropriam do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres, que se expressa em tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, de acordo com a Lei 25.929. (ARGENTINA, 2009).

Entretanto, no Brasil, as formas de violência contra a mulher ainda limitasse a Lei Maria da Penha no âmbito da violência doméstica e familiar, que se refere ao espaço privado, que traz em seu artigo 7º, as formas de violência: a física, a psicológica, a sexual, a patrimonial e a moral. Mas a referida lei, ainda em seu artigo 9º apresenta o compromisso de assistência à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

A violência obstétrica apresenta como caracteres atos contra a mulher no exercício da sua saúde sexual e reprodutiva, de modo que essa violência pode ser cometida por profissionais da saúde, de instituições públicas ou privadas, além de civis. (PARTO PRINCÍPIO, 2012). As formas de violência podem ser as seguintes e elas podem ser cometidas cumulativamente contra a mulher:

Caráter físico: ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas. Exemplo: cesariana eletiva sem indicação clínica.

Caráter psicológico: toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. Exemplo: ofensas.

Caráter sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. Exemplos: cesariana sem consentimento informado.

Caráter institucional: ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada. Exemplo: omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério.

Caráter material: ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica. Exemplos: cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de

saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante.

Caráter midiático: são as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação. Exemplos: apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, ridicularização do parto normal. (PARTO PRINCÍPIO, 2012, p.60-61)

Dessa forma, no momento em que a mulher é submetida ao sistema de saúde ou a qualquer instituição de saúde privada, ou seja, que se torna paciente deve ter garantido os seus direitos humanos. Nesse momento que se encontra como paciente é dependente de uma realização de cuidados de prevenção ou restauração da saúde, de modo que lhe seja garantido o direito fundamental à saúde, o qual é irrenunciável.

4 CONDIÇÕES DE PARTO E DO ESTADO PUERPERAL NO SISTEMA DE SAÚDE

Os partos realizados no Brasil eram imensamente desassistidos e desinformados, os médicos sem perguntar a opinião da gestante faziam a utilização de medicamentos com Ocitocina, para acelerar o parto, ou muitas vezes realizavam o Parto Cesáreo, mesmo sendo direito da mulher o direito a escolha e todas as orientações referentes a riscos e efeitos adversos, conforme Portaria nº 306 de 28 de março de 2016. (LEAL, 2014).

Os partos cesáreos no Brasil possuem segundo dados no ministério da saúde, três vezes mais riscos que o de forma natural, e por serem realizados de todo jeito no Brasil, e sem a devida consulta, levou especialistas a se referirem a uma epidemia de cesarianas no Brasil, já que em 2018 tínhamos uma taxa de 57% de cesarianas. (GUEDES, 2018).

Existe no país hoje uma espécie de anseio de algumas mulheres para a realização de um parto cesariano, de modo que muitos dizem que existe menos sofrimento físico para a mulher. Entretanto, o parto humanizado ainda chega a ser uma melhor opção para a mulher, tendo em vista apresentar uma mais rápida recuperação para a paciente, enquanto que o parto cesariana demora um pouco mais para que a paciente se recupere. (RAUTER, 2014).

Uma vez que esse uso irracional provoca mais danos que benefícios, há cerca de 25 anos, inicia-se um movimento internacional por priorizar a tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, e a desincorporação de tecnologia danosa. O movimento é batizado com nomes diferentes nos diversos países, e no Brasil é em geral chamado de humanização do parto. (Carmem Simone Grilo Diniz 2005, p. 629)

No entanto, o parto humanizado teve nos últimos anos um significativo aumento na procura, as mulheres com o avanço da tecnologia e informação estão buscando mais sobre seus direitos e sobre o que é melhor para sua saúde e do seu bebê, no pré-natal, parto e puerpério. Este incentivo teve grande contribuição devido ao projeto do Governo Federal chamado rede Cegonha, que proporcionou as mulheres, principalmente de baixa renda ter maior acesso a estas informações. (LIMA, 2017).

De acordo com estudos e a opinião dos especialistas, deve ser sempre garantido a gestante um parto em um bom ambiente, com todo conforto e privacidade possível, com assistência dos profissionais capacitados e comunicação, além de apresentar para a mulher sobre os benefícios de um parto normal. (GUEDES, 2018).

A gestante deve ter garantido um ambiente seguro, tranquilo e individual em todas as fases do parto, além de ser encorajada a participar da decisão acerca de todos os processos assistenciais, sendo constantemente informada sobre eles. Uma comunicação efetiva entre a gestante e os membros da equipe assistencial é primordial para uma boa assistência. (Silva, Carlos Henrique Mascarenhas, et al. Manual SOGIMIG – Assistência ao parto e puerpério. MedBook Editora, 2019. [Minha Biblioteca].)

O direito ao parto humanizado é algo consolidado inclusive nas legislações internacionais, sendo uma garantia de todas as mulheres, e o não cumprimento das obrigações resulta em uma violação aos tratados assinados neste sentido, a OMS estabelece até 15% de realizações de parto cesariana. A realização do parto humanizado e de forma mais natural possível, é inclusive uma recomendação da Organização Mundial de Saúde. (GUEDES, 2018).

A realização do parto de forma humanizada é um conceito principalmente terapêutico, onde deve ser dispensada a utilização de medicamentos, a não ser que seja opção da mulher e apenas em última opção. (BRASIL, 2001). Fazendo com que a mulher se conecte ao máximo consigo mesma e com o momento vivido, as diretrizes da assistência terapêutica estão inseridas inclusive na Lei nº 12.401/2011.

O parto normal de forma humanizada visa o bem estar da mulher e seu contato com o bebê, conforme dito, durante o parto a mulher deve receber todo amparo necessário para que se sinta confortável, e sinta o mínimo de dor possível, dentre esse auxílios os especialistas indicam que sejam ofertadas massagens, banhos no chuveiro ou banheira, música e outras técnicas que promovam relaxamento. (BRASIL, 2001).

Garantir um ambiente que promova privacidade, dignidade e respeito aos direitos e desejos das pacientes é essencial durante o trabalho de parto. Assim, o conceito de

ambiência na saúde se torna imprescindível para o cuidado adequado. . (Silva, Carlos Henrique Mascarenhas, et al. Manual SOGIMIG – Assistência ao parto e puerpério. MedBook Editora, 2019. [Minha Biblioteca].)

Além de todas as recomendações, o Governo Federal instituiu ainda a criação da Central de Parto Normal nas redes do Sistema Único de Saúde, essa normativa veio através da Portaria nº 11 de 2015, e dispõe tudo o que deve conter na CPN, e todo o amparo que mãe, recém-nascido e familiares devem receber no ambiente hospitalar.

No mesmo sentido, deve ser oferecido ainda a parturiente o direito a um acompanhante durante todo o momento do parto, uma pessoa de sua confiança que possa fornecer a ela um apoio, desde uma pessoa da família a uma doula, que é uma profissional especializada no apoio as gestantes durante o parto. (SILVA, 2012).

Outrossim, cumpre observar ainda os benefícios trazidos pelo parto natural para o Sistema Único de Saúde, tendo em vista que uma mulher que tem o seu bebê de forma normal, caso não haja nenhuma intercorrência, costuma receber alta hospitalar com 24 horas, desocupando assim o leito ora ocupado e permitindo uma maior rotatividade e a não sobrecarga dos hospitais, algo que não é possível no parto cesáreo, tendo em vista que normalmente as parturientes precisam ficar pelo menos 48 horas no hospital sob observação médica. (SILVA, 2012).

A atenção à saúde da mulher é uma condição fundamental antes do parto, durante e após para que a mesma tenha condições físicas e psicológicas de sentir bem com a maternidade, de modo que durante a gestação a mulher passa por diversas mudanças que não somente são de ordem biológica, mas também psicológica e cultural. Dessa maneira o profissional de saúde, bem como os familiares são importantes na atenção humanizada à mulher antes do parto, durante e após, de modo que é fundamental que essas relações sejam mantidas de um modo pautado no respeito à integridade física e psicológica da mulher. (DA CUNHA, 2012).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O parto é um momento ímpar na vida mulher, pois ocorrem diversas mudanças de ordem física, psicológica e cultural na sua vida, pois está a gerar uma nova vida. Entretanto, em algumas situações quando submetida à realização de procedimentos de saúde a mulher é vítima de violação dos seus direitos humanos.

No Brasil ainda não existe uma legislação específica para tratar sobre a temática da violência obstétrica, o que se percebe como necessário diante de violações a direitos humanos que são comuns em maternidades do país.

Pautas como a humanização da assistência à saúde da mulher deve ser levantada principalmente aquelas em favor da realização de partos de modo humanizado, sem a ocorrência de violações de ordem física, psicológica, midiática, moral e midiática.

O direito à saúde da mulher não inclui apenas a garantia de um ambiente materialmente adequado, mas de um tratamento adequado, o que inclui a atenção e o cuidado para não causar nenhuma lesão de ordem física ou psicológica.

As cesarianas no Brasil tornarem-se comum, principalmente por algumas mulheres que apresentariam condições de adotarem o parto de um modo humanizado, entretanto, é comum que seja relato por outras mulheres as condições de realização do parto normal, o que gera medo e insegurança.

Com isso, é necessário que haja a humanização do parto normal, como também todos os outros procedimentos que envolvem a saúde da mulher, de modo que lhes seja garantido o direito constitucionalmente estabelecido, conforme o artigo 6º e 196.

Sendo preciso que haja a aprovação de projetos de lei, como o nº 7.633 de 2014 que dispõe acerca da violência obstétrica, e também da adoção de alternativas que possam garantir ambientes adequados e tratamentos adequados às mulheres, como as parturientes e as que se encontram em estado puerperal para que lhes seja garantido o atendimento humanizado no sistema público de saúde.

6 REFERÊNCIAS

ARGENTINA. **Ley de proteccion integral a las mujeres, Ley 26.485**, Argentina, 11 de Março de 2009 Disponível em: <https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf> Acesso em: 28 de out. 2021.

BRASIL. **Constituição de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em: 28 de out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 15759, de 25 de março de 2015**. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo.

BRASIL. **Lei Maria da Penha.** Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm> Acesso em: 28 de out. 2021.

BRASIL. **LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005.** Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm> Acesso em: 28 de out. 2021.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011** Disponível em: <
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em: 28 de out. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei nº 7.633 de 2014.** Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em:
https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=67D125B73B98E77010A8E9C8E6CFE17C.proposicoesWebExterno2?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014. Acesso em: 28 de out. 2021.

DA CUNHA, Aline Borba et al. A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto. **Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 3, 2012.

DA ROCHA ARRAIS, Alessandra; MOURÃO, Mariana Alves. Proposta de atuação do psicólogo hospitalar em maternidade e UTI neonatal baseada em uma experiência de estágio. **Revista Psicologia e Saúde**, 2013.

DUARTE, Sebastiao Junior Henrique; DE ALMEIDA, Eliane Pereira. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2014.

GUEDES, Aline. **Especialistas apontam uma epidemia de cesarianas no Brasil.** 2018. Disponível em: <
<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas#:~:text=O%20Brasil%20ocupa%20o%20segundo,esse%20percentual%20chega%20a%2057%25.>>> 16 de Nov. 2021.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S17-S32, 2014.

LIMA, Clara Amorim Pontes Correia. Marketing social para saúde pública: uma análise dos fatores de influência em comportamentos pré-parto normal. 2017.

LOUREIRO, Claudia; BUCCI, Daniella. **A DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE DIREITOS HUMANOS: 70 ANOS ENTRE A ESPERANÇA E A REALIDADE.**2020.

MARQUES, Silvia Badim et al. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 1, p. 97-119, 2020.

NÚMERO DE MULHERES QUE DECIDEM NÃO TER FILHOS ATINGE O MAIOR ÍNDICE DOS ÚLTIMOS DEZ ANOS, CBN, 2016. Disponível em: . Acesso em: 05 de julho de 2021. BRASIL. Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Diário Oficial da União, 28 de março de 2016.

OLIVEIRA, Luaralica Gomes Souto Maior de. **Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes**. 2018.

PAES, Fabiana. **Respeito aos direitos humanos exige acesso ao parto humanizado**. Conjur, 2016. Disponível em: < <https://www.conjur.com.br/2016-mar-14/mp-debate-respeito-aos-direitos-humanos-exige-acesso-parto-humanizado%3E>>. Acesso em: 05 de julho de 2021.

PALMA, Carolina Coelho; DONELLI, Tagma Marina Scheiner. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Psico**, v. 48, n. 3, p. 216-230, 2017.

PARTO DO PRINCÍPIO. FAQ Violência Obstétrica Perguntas frequentes. Disponível em: < <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 28 de out. 2021.

PERES, JADE SANTOS LOPES. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO: A NECESSIDADE DA CRIAÇÃO DE LEIS ESPECÍFICAS QUE PROTEJAM A MULHER NO MOMENTO DA GESTAÇÃO E PARTO. 2021

PIMENTEL, Ana Cristina de Lima et al. A Rede Cegonha em cena: algumas controvérsias sobre uma corrente de cuidados especiais. 2014

RAUTER, CRISTINA MAIR BARROS. SUBJETIVIDADE CESARIANA PENSANDO O PARTO COMO POTÊNCIA. 2014.

RECOMENDAÇÃO Nº 038, DE 23 DE AGOSTO DE 2019. Conselho de saúde. < <http://conselho.saude.gov.br/images/Reco038.pdf?fbclid=IwAR3cTQjbEo8NQ7m6rELCJbqeIhtooIuKSRkvgEhg0l1EDtwXB2vOhhgPvSU>> Acesso em: 05 de julho de 2021.

SANTOS, Adna. **Direito fundamental ao parto humanizado a luz da bioética feminista**, Revistas AMBITO JURÍDICO, n. 182, 2019.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, p. 2783-2794, 2012.

SILVA, Carlos Henrique Mascarenhas, et al. Manual SOGIMIG - Assistência ao parto e puerpério. MedBook Editora, 2019.

TOSI, Giuseppe. Direitos humanos: história, teoria e prática. **João Pessoa: Editora Universitária/UFPB**, p. 66, 2005.