

Fernando Almeida dos Santos

Lei 11.108/2005:

a importância do acompanhante
no ciclo gravídico-puerperal



AYA EDITORA
2023

Fernando Almeida dos Santos

**Lei 11.108/2005: a importância do
acompanhante no ciclo gravídico-
puerperal**

Ponta Grossa

2023

Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Autor

Fernando Almeida dos Santos

Capa

AYA Editora

Revisão

O Autor

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora

Imagens de Capa

br.freepik.com

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva
Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza
Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Andréa Haddad Barbosa
Universidade Estadual de Londrina

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz
Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos
Instituto Federal do Amapá

Prof.º Dr. Carlos López Noriega
Universidade São Judas Tadeu e Lab. Biomecatrônica - Poli - USP

Prof.º Me. Clécio Danilo Dias da Silva
Centro Universitário FACEX

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria De Genaro Chirolí
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota
Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis
Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof.ª Ma. Denise Pereira
Faculdade Sudoeste – FASU

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig
Universidade Federal do Paraná

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos
Universidade Federal do Amapá

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva
Universidade Estadual de Londrina

Prof.º Dr. Gilberto Zammar
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, IF Baiano - Campus Valença

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza
Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso
Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues
Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão
Faculdade Santa Helena

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior
Universidade Federal de Roraima

Prof.º Me. Jorge Soistak
Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra
Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará, Campus Ubajara

Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti
Universidade Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim
Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.ª Ma. Lucimara Glap
Faculdade Santana

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho
Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof.º Me. Luiz Henrique Domingues
Universidade Norte do Paraná

Prof.º Dr. Milson dos Santos Barbosa
Instituto de Tecnologia e Pesquisa, ITP

Prof.º Dr. Myller Augusto Santos Gomes
Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch
Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Pedro Fauth Manhães Miranda
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof.º Dr. Rafael da Silva Fernandes
*Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus
Pauapebas*

Prof.ª Dr.ª Regina Negri Pagani
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. Ricardo dos Santos Pereira
Instituto Federal do Acre

Prof.ª Ma. Rosângela de França Bail
Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.º Dr. Rudy de Barros Ahrens
Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares
Universidade Federal do Piauí

Prof.ª Dr.ª Silvia Aparecida Medeiros
Rodrigues
Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Silvia Gaia
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Sueli de Fátima de Oliveira Miranda
Santos
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Thaisa Rodrigues
Instituto Federal de Santa Catarina

© 2023 - AYA Editora - O conteúdo deste Livro foi enviado pelo autor para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição *Creative Commons* 4.0 Internacional (CC BY 4.0). As ilustrações e demais informações contidas neste Livro, bem como as opiniões nele emitidas são de inteira responsabilidade de seu autor e não representam necessariamente a opinião desta editora.

S2373 Santos, Fernando Almeida dos

Lei 11.108/2005: a importância do acompanhante no ciclo gravídico-puerperal [recurso eletrônico]. / Fernando Almeida dos Santos. -- Ponta Grossa: Aya, 2023. 45 p.

Inclui biografia

Inclui índice

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-5379-268-5

DOI: 10.47573/aya.5379.1.149

1. Grávidas - Estatuto legal, leis, etc. - Brasil. 2. Saúde pública - Legislação - Brasil. 3. Serviços de saúde à maternidade. I. Título

CDD: 341.765

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

**International Scientific Journals Publicações
de Periódicos e Editora LTDA**

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53

Fone: +55 42 3086-3131

WhatsApp: +55 42 99906-0630

E-mail: contato@ayaeditora.com.br

Site: <https://ayaeditora.com.br>

Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557
Ponta Grossa - Paraná - Brasil
84.071-150

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
INTRODUÇÃO	8
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	11
Humanização na assistência	11
Integralidade: uma visão holística.....	13
CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL.....	17
Conhecimento sobre a lei 11.108/2005	17
Violência obstétrica e dignidade humana da parturiente	18
LEI 11.108/2005	29
Importância da sua criação e implementação .	29
Mudança no método intervencionista	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	37
AGRADECIMENTOS.....	40
SOBRE O AUTOR	41
ÍNDICE REMISSIVO	42

APRESENTAÇÃO

O presente estudo teve como objetivo compreender a Lei 11.108/05, elucidando se os benefícios que o acompanhante pode trazer ao ciclo gravídico-puerperal, amparam ser sua presença assegurada por referida Lei em bases do SUS de segmentação obstétrica.

A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica de cunho descritiva e qualitativa, a qual foi disposta sobre conteúdos científicos selecionados, publicados entre 2013 e 2023. A pesquisa fez uso das seguintes bases teóricas, Albuquerque (2021), Ayres (2019), Lenza (2020).

De acordo com os resultados do estudo, conclui-se que a Lei 11.108/2005 pode sim trazer benefícios significativos ao processo do parto, justificando assim a aplicação plena da referida Lei, especialmente por desempenhar um papel fundamental na promoção da saúde da parturiente e do bebê recém-nascido.

A presença do acompanhante tem o escopo de proporcionar suporte emocional, fortalecimento do vínculo familiar e defesa contra quaisquer violações de direitos. No entanto, é necessário que Governo, Estados e Municípios avancem nas ações garantidoras de tais direitos, atuem na conscientização de todos os envolvidos por meio de ações educativas e, principalmente, façam a regulamentação necessária para agir em caso de descumprimento de tal direito.

Boa leitura!

INTRODUÇÃO

A Lei 11.108/2005, também conhecida como Lei do Acompanhante, versa sobre o direito das parturientes¹ à presença de um acompanhante durante todo o período do trabalho de parto (e pós-parto imediato), na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, de um modo amplo, é verdadeiro indicar que a Lei 11.108/2005, foi criada a fim de garantir às parturientes atendidas pelo SUS a presença de um acompanhante no processo do parto, por isso, dada lei é tida como sendo um importante avanço na defesa dos direitos das mulheres e na promoção da saúde materno-infantil. No entanto, para que os benefícios da mesma possam ser atingidos, é vital que a mesma seja cumprida pelos serviços públicos de saúde focados no atendimento de mulheres imersas no ciclo gravídico-puerperal.²

Em tal vertente, cabe destacar que a referida lei teve o escopo de promover confiança e segurança no momento em que a mulher dá à luz, trazendo a essa a sensação de bem-estar físico e emocional, em face do acompanhamento humanizado, que é a essas disposto por seus entes queridos.

Insta salientar que, a gravidez é um momento único na vida de uma mulher, sendo importante que a mesma se sinta segura e apoiada durante todo o processo. Porém, mesmo existindo proteção da legislação brasileira, acerca do direito das mulheres imersas no ciclo gravídico-puerperal atendidas no SUS, elas têm o direito ao acompanhamento no parto, uma vez que, nem todas têm esse direito aferido.

Sendo assim, a aplicação plena do mesmo compreendida, na contemporaneidade, como sendo um verdadeiro “desafio” a ser posto em prática por todas as bases do SUS que atuam na segmentação obstétrica. Decorre, principalmente, a existência de dúvidas sobre quais são os reais benefícios que o acompanhante pode trazer, tanto para a gestante-parturiente quanto para o bebê, inclusive para todos os membros da equipe de saúde envolvidos ao parto.

¹ Que está em trabalho de parto ou que acabou de parir (CASTRO, 2020).

² Puérpera é a mulher que segue vivenciando o momento pós-parto. Puerpério imediato: do 1º ao 10º dia do pós-parto. Puerpério tardio: do 11º aos 45º dias do pós-parto. Puerpério remoto: após 45º dias do término imprevisto da gestação (MACIEL, 2022)

O autor, desta pesquisa, está inserido nesse contexto, pois atua em uma rede de Hospitais Universitários Federais, e atualmente exerce a função de Enfermeiro Obstetra no Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará - UFC. Está lotado no Centro Obstétrico da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, atuando na assistência direta das gestantes que procuram o referido serviço público. A discussão do referido tema tem relevante importância para o desempenho de suas atividades e para uma melhor prestação de serviço para a sociedade.

Diante do supra descrito, surge a seguinte questão norteadora: Pode o acompanhante trazer benefícios significativos ao processo do parto, justificando assim a aplicação plena da Lei 11.108/2005?

Assim, o presente estudo teve como objetivo compreender a Lei 11.108/05, elucidando se os benefícios que o acompanhante pode trazer ao ciclo gravídico-puerperal, estão sendo amparados na garantia de sua presença frente a referida Lei, sob as bases do SUS de segmentação obstétrica. Tal estudo justifica o estudo, uma vez que a regulamentação fornecerá benefícios variados à esfera científica e jurídica, em face da fomentação que servirá de pesquisa bibliográfica para pesquisadores, estudantes, profissionais da área e interessados no contexto.

A fim de enriquecer o estudo foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

1) Descrever o SUS; 2) Entender ciclo gravídico-puerperal, 3) Discutir a Lei 11.108/05, tendo como foco os benefícios do acompanhante no processo do parto que fundamentam a aplicação plena de referida lei.

O trabalho se inicia com uma breve contextualização histórica e descrição de mudanças que ocorreram na sociedade. No qual justificam a necessidade de mudanças para efetivação de medidas protetivas. Em seguida mostra a importância do Sistema Único de Saúde quanto às políticas públicas desenvolvidas para a garantia de uma assistência humanizada, e que veja a paciente em seu aspecto biopsicossocial; além do ciclo gravídico-puerperal com mudanças no método intervencionista; a divulgação do termo violência obstétrica, e por fim, a importância da Lei 11.108/2005 como instrumento normativo garantidor dos direitos da gestante.

Para tanto, foi utilizada a metodologia de revisão bibliográfica de cunho descritivo e qualitativo, no qual incluiu análise detalhada e crítica, bem como interpretação científico - literária de conteúdos textuais ligados ao tema, ou seja, a Lei 11.108/05 e sua importância do acompanhante no ciclo gravídico-puerperal.

Todos os conteúdos científicos utilizados no estudo passaram por uma prévia seleção, o que permitiu que, pelas análises realizadas, existisse uma separação detalhada do que seguiria entendido como sendo válido ou não ao referido tema/ objetivo.

Os conteúdos científicos selecionados foram adquiridos em livros, materiais científicos web e artigos, publicados entre 2013 e 2023, os quais foram adquiridos em base de dados como *Scientific Electronic Library* (Scielo) e Google Acadêmico; tendo como foco as seguintes palavras-chave: Lei 11.108/05. Acompanhante. Ciclo gravídico-puerperal. Sistema Único de Saúde (SUS).

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Após a queda da ditadura militar, que governou o Brasil por 20 anos, a Constituição Brasileira de 1988 buscou garantir mais direitos e liberdades à população, estabelecendo muitos objetivos de desenvolvimento social, entre eles, a melhoria dos cuidados de saúde sendo definida como prioritária.

Dois anos depois, em 19 de setembro de 1990, os objetivos fixados na Constituição de 1988 foram consolidados na Lei 8.080, cujos artigos criaram o Sistema Único de Saúde (SUS). De forma que, ficou definido que a atuação deste órgão deveria ser plena e gratuita a qualquer indivíduo, brasileiro ou não. Vale ressaltar que antes disso, apenas indivíduos que contribuíam no Brasil com a previdência social podiam receber assistência médica no país (CARVALHO, 2013).

Em tal vertente cabe destacar que o SUS detém diversos objetivos tais como: Identificação e publicação de fatores determinantes e condicionantes para a saúde humana; A formulação da política de saúde; Assistência às pessoas através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada de ações assistenciais e atividades preventivas; Saneamento e vigilância em saúde; Vigilância epidemiológica; Segurança e saúde ocupacional; Assistência terapêutica integral, incluindo farmacêutica; Organização da formação de recursos humanos em saúde; Vigilância e orientação nutricional; Colaboração com a proteção do meio ambiente, incluindo ambiente de trabalho; Formulação de políticas sobre drogas, equipamentos, imunobiológicos e outros recursos de interesse para a saúde humana e participação em sua produção; O controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde humana; Fiscalização de alimentos, água e bebidas para consumo humano; Participação no controle e fiscalização da produção, transporte, segurança e utilização de substâncias e produtos radioativos, tóxicos e psicoativos; Desenvolvimento científico e tecnológico em saúde e Formulação e execução da política nacional de sangue e seus derivados (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 20).

O fato é que independentemente do objetivo, no SUS os atendimentos devem seguir emaranhados a preceitos da humanização na assistência à saúde.

Humanização na assistência

Segundo Chernicharo *et al.* (2014), a definição de “humanização” pode ser diferente conforme a vertente escolhida a sua significação.

Ratifica-se alguns exemplos dessas diferenças em relação às seguintes definições:

No sentido literal, humanização é o resultado de um conjunto de ações humanizadas, que buscam dar presença e valor ao “ser humano”. Indicando o uso de traços humanos nas relações com outros “seres” ao se valer de atos gentis e benevolentes, voltados à compreensão, compassibilidade e generosidade.

No sentido da universalidade, a humanização é descrita como sendo algo inato dos humanos, voltada a manter boas relações interpessoais, estando essa fortemente ligada a sentimentos instintivos que desencadeiam ações de bondade, respeito, empatia e caridade.

No sentido filosófico, a humanização é indicada como sendo a base do humanismo subjetivo, visando a mesma dispor de um maior entendimento do homem acerca da sociedade que o cerca, bem como, de seu papel junto a mesma.

Por este viés, é vital indicar que na segmentação saúde a humanização é descrita como sendo a aplicação de ações de acolhimento, em todos os “sentidos” (literal, universal e filosófico), a ceder, em especial a pacientes e familiares sensibilizados, medidas envoltas ao “cuidado” minuciosamente pensadas a dispor um atendimento de qualidade que siga pautado a gerar bem-estar vide a percepção do outro como sendo verdadeiramente um “ser humano” (CIMINO, 2016; CASTRO, 2018; JACOBSEM; SOARES, 2020).

A humanização na saúde está estreitamente ligada à sensibilidade moral, empatia e comportamento sociais dos profissionais de saúde. Isso implica dizer em desenvolver uma postura de ajuda, cuidado e compreensão com relação a todas as necessidades do paciente. É importante considerar fatores éticos e morais que influenciam o comportamento social, para que os profissionais de saúde possam oferecer um equilíbrio adequado na atenção dispensada aos pacientes (CASTRO, 2018. p. 76).

Por isso, o SUS tem como princípios fundamentais a “humanização” na assistência à saúde, que visa, dentre outros atos: 1) Dispor de um atendimento centrado nas necessidades e/ou expectativas dos pacientes, de modo que seja respeitada a sua dignidade e a sua autonomia, 2) Ceder valorização de todos os profissionais de saúde e da promoção de um ambiente acolhedor e seguro para todos (CIMINO, 2016).

Nesta perspectiva, cabe reforçar que para promover a humanização na assistência à saúde, o SUS tem implementado diversas políticas e programas, por exemplo, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Este programa busca melhorar a qualidade do atendimento hospitalar através da capacitação dos profissionais

e da melhoria das condições de trabalho. Ademais, implantou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que incentiva as equipes de saúde da família a adotar práticas mais humanizadas (NASCIMENTO, 2017).

Certamente, o SUS tem desempenhado um papel fundamental na promoção da humanização na assistência à saúde no Brasil. E, por meio de políticas e programas inovadores, possam ser garantidos todos os atendimentos centrado nas necessidades dos pacientes. Tais diretrizes visam garantir que a assistência à saúde seja realizada de forma humanizada, por meio da integralidade e da visão holística implementada no SUS (CASTRO, 2020).

Integralidade: uma visão holística

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele foi criado em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (CF), trazendo em seu bojo os princípios da universalidade, equidade e da integralidade.

A integralidade é um dos princípios mais importantes do SUS. Neste sentido, o sistema deve oferecer uma visão holística da saúde, ou seja, considerar o indivíduo como um todo e não apenas tratar doenças específicas. Isso significa que o SUS deve oferecer uma ampla gama de serviços de saúde, desde a prevenção até o tratamento de doenças crônicas (HIRSCH, 2019).

A integralidade também tem implicação na necessidade do trabalho em conjunto, ou seja, a partir de profissionais de diferentes áreas de saúde atuando juntos para oferecer a melhor experiência de atendimento ao paciente. Isso inclui médicos, farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e outros profissionais.

Não se pode abster ao fato de que, a integralidade significa dizer que o SUS deve levar em consideração fatores sociais, como condições de moradia, saneamento básico, acesso à educação e emprego, pois, eles têm um grande impacto na saúde dos indivíduos e devem ser considerados na hora de planejar e implementar políticas públicas de saúde (ALBUQUERQUE, 2021).

Um dos maiores problemas enfrentados na implementação da integralidade no SUS é a falta de recursos financeiros para investimento em programas e serviços de saúde. Outro desafio encontrado, é a falta de profissionais capacitados para trabalhar em equipe, de modo a oferecer atendimento holístico aos pacientes.

Apesar dos desafios supracitados, o SUS tem conseguido fazer progressos na implementação da integralidade. A título de exemplificação, cita-se os programas de atenção primária à saúde, cujo escopo é prevenir doenças e promover a saúde da sociedade. Esses programas sociais têm sido bem-sucedidos, e os resultados podem ser vistos na redução das taxas de mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida dos indivíduos (NASCIMENTO, 2017).

Tais ações são advindas dos espaços que permitem à população se expressar sobre suas demandas e opiniões acerca do atendimento realizado pelo SUS, de modo a fomentar o debate referente ao assunto da formulação de políticas públicas de saúde que dão origem a tais programas sociais.

Segundo (HIRSCH, 2019), a participação social é fundamental para garantir que o SUS possa atender às necessidades da sociedade, oferecendo serviços de maior qualidade. Além disso, a participação social também contribui para o aumento da transparência e da responsabilização do Estado.

Outro desafio enfrentado pelo SUS na implementação da integralidade é a regionalização dos serviços de saúde. Isso significa que o SUS deve oferecer serviços de saúde em todas as regiões do país, levando em consideração as especificidades locais. Isso inclui fatores como clima, geografia, cultura e perfil epidemiológico. A regionalização dos serviços de saúde é fundamental para garantir o acesso da população aos serviços do SUS. No entanto, ainda existem muitas desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde no Brasil. Algumas regiões têm uma oferta insuficiente de serviços, enquanto outras têm uma oferta excessiva (HIRSCH, 2019, p. 65).

Para enfrentar os desafios, o SUS tem realizado investimentos em programas de regionalização de serviços em saúde. Isso inclui a criação de redes de atenção primária, que tem como objetivo, integrar os diferentes níveis de atenção aos pacientes (primária, secundária e terciária), de modo a garantir o acesso da população aos serviços de saúde na rede pública.

Insta salientar que, a prevenção de doenças é uma das estratégias mais efetivas para garantir a integralidade no SUS, e garantir o acesso da população a serviços de saúde de qualidade. Além dos programas de prevenção já citados, é importante também investir em ações educativas e de conscientização sobre saúde, de forma a promover hábitos saudáveis e a mudança de comportamentos prejudiciais à saúde (POSSATI, *et al.*, 2017).

De fato, a promoção da saúde e a prevenção de doenças são elementos essenciais para alcançar a integralidade no SUS. Além de reduzir os custos com tratamentos de saúde, essas ações também contribuem para a melhoria da qualidade de vida da população, e para a redução das desigualdades em saúde. O SUS tem desenvolvido diversas estratégias para promover a saúde e prevenir doenças, tais como: a ampliação da cobertura vacinal; o incentivo à prática de atividades físicas e uma alimentação saudável; ações educativas para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outras (NASCIMENTO, 2017).

A integralidade no SUS deve estar associada à humanização do atendimento, isso significa dizer que, a humanização do atendimento também envolve o acolhimento e a escuta ativa dos pacientes, a promoção do conforto e bem-estar durante o tratamento, e a redução do tempo de espera para atendimento. A humanização do atendimento é fundamental para garantir a integralidade no SUS, já que um atendimento humanizado contribui para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, e para o aumento da adesão aos tratamentos (ALBUQUERQUE, 2017).

É importante lembrar que a humanização do atendimento não se resume apenas à relação entre profissionais de saúde e pacientes, mas também envolve a humanização dos espaços físicos e dos processos de trabalho. Isso inclui a criação de ambientes acolhedores e acessíveis, a oferta de serviços de saúde em horários e locais que facilitem o acesso da população, e a adoção de práticas de gestão que valorizem os profissionais de saúde e sua formação contínua (POSSATI, *et al.*, 2017).

Ainda existem muitos desafios a serem enfrentados, que visam garantir a integralidade no SUS. A falta de profissionais de saúde qualificados e em número suficiente é outro grande desafio enfrentado pelo SUS. Isso dificulta a prestação de serviços de qualidade à população e aumenta os tempos de espera por atendimento. Outro desafio é a

falta de infraestrutura adequada em muitas regiões do país, especialmente em áreas rurais e periféricas. Prejudicando o acesso da população aos serviços de saúde e comprometendo a qualidade do atendimento. Vale ressaltar que, ainda há desafios na gestão e na governança do SUS, incluindo a falta de planejamento estratégico e a deficiência em processos de tomada de decisão (IBIAPINA, 2022).

Todos esses desafios demandam esforços contínuos por parte do governo e da sociedade para aprimorar o funcionamento do SUS e garantir a saúde integral da população. São necessárias medidas para melhorar o financiamento do sistema, aprimorar a integração entre os diferentes níveis de atenção, ampliar o número de profissionais de saúde, melhorar a infraestrutura, e investir em gestão e governança. Somente com a superação desses desafios será possível garantir a integralidade no SUS, assim como, promover a saúde integral da população brasileira (HIRSCH, 2019).

Para enfrentar esses desafios, ressalta-se a importância da participação social na construção de um sistema de saúde mais justo e integral. A participação da população na gestão do SUS é fundamental para garantir que as políticas públicas de saúde atendam às suas necessidades e às suas demandas. A integralidade no SUS só será alcançada com a participação ativa da sociedade na definição das políticas públicas de saúde, na fiscalização dos serviços de saúde e na construção de um sistema de saúde mais justo e eficiente (ALBUQUERQUE, 2017).

A Constituição Federal de 1988, conhecida como constituição cidadã, prevê o controle social, pois permite a participação da sociedade nas políticas públicas desenvolvidas por diferentes meios. O controle social do SUS se dá por meio de Conselhos de Saúde; em suas diversas modalidades, como: o Conselho Nacional; Conselhos Estaduais, Municipais, Locais, e das Comunidades Indígenas. E também, em especial, das conferências de Saúde (Nacionais, Estaduais e Municipais), dentre outras modalidades.

CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

O ciclo gravídico-puerperal, também conhecido como ciclo gravídico-gestacional, refere-se ao período que engloba a gravidez, o parto e o puerpério. É um processo natural que ocorre no corpo da mulher durante a sua gestação e após o nascimento do bebê.

Conhecimento sobre a lei 11.108/2005

A presença do acompanhante no parto e no pós-parto imediato foi uma prática iniciada por alguns métodos de parto natural, como o método Lamaze, que surgiu na década de 1950, nos Estados Unidos. O objetivo deste método era ajudar as mulheres a terem um parto natural, sem anestesia. Assim, a presença de um acompanhante era uma das formas de ajudar a mulher a se sentir mais segura e confortável durante o parto. Com o tempo, a prática de ter um acompanhante no parto se espalhou para outras partes do mundo, tornando-se cada vez mais comum. Contudo, a Lei 11.108/2005, no Brasil, foi um importante marco na garantia desse direito para todas as gestantes (AYRES *et al.*, 2019).

Insta salientar que nos termos da Lei 11.108/2005, “os serviços de saúde do SUS, sejam eles próprios ou conveniados, devem permitir a presença de um acompanhante junto à gestante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”. O objetivo é garantir a humanização do parto e do nascimento, além de promover a participação ativa da mulher, além de seu acompanhante na tomada de decisões e no processo de cuidado (BRASIL, 2005).

A lei brasileira garante o direito da gestante de escolher o acompanhante que desejar, seja ele qual for, desde que respeitados os critérios estabelecidos pela instituição de saúde onde ocorrerá o parto. Esses critérios incluem, por exemplo, a necessidade de o acompanhante estar em boas condições de saúde, ademais, se comportar de forma adequada durante o processo de parto e pós-parto (ARAÚJO, 2019).

Infelizmente, mesmo após a promulgação da Lei 11.108/2005, ainda é comum encontrar casos de desrespeito à lei. Isso pode ocorrer por diversos motivos, como falta de informação dos profissionais de saúde, resistência a mudanças de práticas antigas, falta

de infraestrutura adequada nos hospitais, entre outros. Cabe aos profissionais de saúde, gestores hospitalares e a sociedade em geral, conscientizar-se da importância desse direito para a humanização do parto e do nascimento, além de, garantir que as mulheres possam ter seus acompanhantes presentes durante todo o processo, se assim desejarem (ALBUQUERQUE, 2021).

É importante que a mulher lesada denuncie a situação ao Ministério Público, à ouvidoria do hospital, e aos órgãos de defesa do consumidor. Ainda, é possível buscar apoio em organizações de defesa dos direitos da mulher, como as Defensorias Públicas, a Rede Nacional Feminista de Saúde, por exemplo. De toda forma é fundamental que a mulher não desista de lutar pelos seus direitos e pela presença de um acompanhante durante o parto (NASCIMENTO, 2017).

Apesar do avanço legislativo proporcionado pela Lei 11.108/2005, especialmente pelo fato de tornar viável a manutenção da dignidade humana da parturiente, caberá aos órgãos do Poder Executivo a implementação de ações destinadas a cumprir os objetivos de referida lei. Porém, mesmo com a regulamentação do direito ao acompanhante, a legislação em comento não trouxe em seu bojo quaisquer menções e/ou punições em caso de descumprimento da lei (BRASIL, 2005).

A ausência de tipificação criminal e penalidades para os infratores prejudica a eficácia de tal instrumento legal, visto que, os responsáveis ficam isentos de punição por eventual descumprimento da lei. Neste sentido, a responsabilização ficará comprometida de ser caracterizada, visto que a ausência do acompanhante é uma flagrante violação de direito que não ensejará a devida reparação no caso de violação, especialmente por não configurar violência obstétrica contra a parturiente (ARAÚJO, 2020).

Violência obstétrica e dignidade humana da parturiente

De um modo amplo pode ser dito que a violência obstétrica é uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, sendo essa reconhecida no Brasil como um dos principais motivos que desanima as mulheres a terem seus partos realizados junto a unidades pública de saúde, uma vez que, tal violência se mostra mais corriqueiramente

aferida por profissionais de saúde atuantes nessas (ASSUNÇÃO, 2021).

Vale destacar ainda, que outros teóricos, a fim de ampliar a extensão da percepção da gravidade que é a violência obstétrica, que engloba a definição da mesma, o emprego inadequado de meios tecnológicos, a ceder intervenções e/ou aplicar procedimentos desnecessários a, dentre outros atos, acelerar o parto; os quais, não incomumente, resultam na realização de uma cascata de intervenções, em que seguem relacionadas a sérios riscos de sequelas, podendo levar, inclusive, à morte (NASCIMENTO, 2017; BARROS, 2018).

Embora algumas formas de maus-tratos, como a realização de episiotomia sem anestesia, sejam consideradas abusivas em qualquer país, o contexto ainda desempenha um papel fundamental na compreensão de maus-tratos durante o parto. Alguns estudos relataram que, durante os discursos das mulheres sobre a experiência traumática do parto são muitas vezes semelhantes às narrativas das vítimas de estupro (LEITE, *et al.* 2022).

De um modo amplo, as mulheres podem não estar cientes de que certas ações ou comportamentos não fazem parte do cuidado. Por outro lado, as mulheres podem abster-se de relatar o parto traumático, pois podem pensar que, tais experiências são normais, enquanto outras podem ter medo de serem silenciadas. Uma das principais funções do direito é regular a violência. O Estado reivindica o monopólio do uso legítimo da força praticado dentro dos limites territoriais. A aplicação da lei é o principal meio de regular a violência na sociedade (PORTO, 2015).

Certamente, a lei passou a dar maior proteção aos direitos da mulher quanto a sua integridade física, moral, psíquica e sexual. Ademais, a sociedade exigia mudanças e maior rigor na aplicação da lei penal em face das práticas violentas exercidas contra a mulher, conseqüentemente, a ineficácia da punição aos infratores.

Dentro da esfera penal nas relações privadas é apenas um mecanismo de prevenção geral a partir de um simbolismo que atua em uma vertente no combate à violência, sendo imprescindível a mudança cultural patriarcal que ainda desaparece direitos, gera a intolerância, e mantém a mulher em estado de submissão cultural, social, intelectual e familiar (GALLOTTE, 2021).

Com isso, a atual sociedade humana passou a se preocupar em criar mecanismos de proteção da mulher contra todas as formas de discriminação, e através da adoção de medidas de caráter público de amplo alcance foram adotadas as medidas de proteção, que vemos em nosso ordenamento pátrio. Sob um contexto histórico, somente a partir da década de 80 e 90, que a justiça se tornou um espaço para discussão sobre a violência praticada contra a mulher (SANTOS, 2018).

No Brasil a violência obstétrica ainda é tida como sendo um tabu, representando essa, basicamente, uma violação aos direitos básicos do ser humano e especificamente uma violação dos direitos das mulheres ao cuidado respeitoso e a cidadania. Ressalta-se que, é de suma importância ceder melhor entendimento sobre a dimensão desse problema, além de, encontrar meios a viabilizar que os profissionais de saúde, a fim de, mitigar sua ocorrência, e reduzir tanto as iniquidades em saúde, quanto às práticas, que colocam em risco à vida das parturientes, e de seus respectivos bebês no país (NASCIMENTO, 2017).

O parto humanizado é aquele no qual os procedimentos executados e os profissionais que o praticam respeitam as escolhas da família e viabilizam um pós-parto tranquilo, havendo acolhimento das demandas específicas da mãe e do bebê (NASCIMENTO, 2017, p, 11).

De um modo amplo, pode ser dito que a obstetrícia passou por inúmeras mudanças ao longo do tempo, sendo que até o fim do século 20, era comum que as mulheres dessem à luz em suas casas, assessoradas por parteiras. A presença de um médico somente é solicitada na necessidade de alguma intercorrência no decorrer do trabalho de parto (LEISTER; RIESCO, 2013).

Com o passar dos anos, novas práticas foram sendo introduzidas, de modo gradativo, ao processo de parturição, os quais acabaram por direcionar esse a ser medicalizado. Após a Segunda Guerra Mundial, com o avanço técnico-científico e a evolução da medicina, tanto a gravidez como o parto se tornaram eventos hospitalares que, comumente, se valiam de atos cirúrgicos e tecnológicos. Nesse mesmo período a Igreja e o Estado começaram a se preocupar mais com questões relacionadas à saúde dos indivíduos, o que gerou mudanças nas ações de saúde em todo o mundo (MATTAR; DINIZ, 2012).

Póstumo a essas mudanças, fica evidente o aumento nas intervenções cedidas a mulher no decorrer de seu ciclo gravídico-puerperal, sendo essas intervenções sempre

acompanhadas de extrema medicalização. O que contribuiu para um novo cenário de parturição onde as gestantes passaram a ser submetidas a procedimentos desnecessários, não sendo mais cedido à elas, o respeito necessário à sua anatomia, levando a que muitos profissionais de saúde “tomassem” o lugar da gestante no trabalho de parto, e transferidos para esses a serem os protagonistas desse momento (MARQUES, 2020).

Além disso, as gestantes começaram a ser hospitalizadas cada vez mais cedo, estando no hospital, começam a receber poucas informações acerca dos procedimentos a que serão submetidos, permanecendo as mesmas, não incomumente, totalmente desprovidas de privacidade, e sem o direito de terem um ente querido ao seu lado durante o trabalho de parto.

No Brasil, apesar de a violência obstétrica não ser regulamentada em âmbito Federal, existe grande reconhecimento de proteção por parte de Estados e Municípios, ou seja, 18 Estados mais o Distrito Federal, regulamentam o tema “violência obstétrica”, e outros 10 Estados possuem legislação sobre “parto humanizado”. A proteção da mulher nestes Estados inclui a ação e/ou a omissão que resultem em sofrimento psicológico, tratamento desumano e/ou agressivo e ofensas verbais (LEITE *et al.*, 2022).

Ainda, nesse sentido,

Com relação à prática da violência obstétrica, ela pode se apresentar de diferentes formas, dentre elas tem-se a violência institucional, que é caracterizada pelo dano causado em face da atuação dos profissionais de saúde. Tem-se ainda, a violência verbal, cuja ofensa reside na prática de expressões ofensivas, ou seja, o agente profere expressões desrespeitosas contra a gestante de modo a abalar sua condição psicológica. Ainda, dentre os tipos de violência obstétrica, tem-se a prática de procedimentos desnecessários como a episiotomia (mutilação do órgão genital feminino realizado para expandir o canal do parto) (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018, p. 47).

Na atualidade, é sabido que essas intervenções e condutas podem agravar a assistência prestada à gestante durante o parto, uma vez que seus direitos bem como o de seus familiares são ignorados. Com foco nisso, a OMS propôs mudanças, assim como o MS do Brasil e algumas Organizações não Governamentais (ONGs). Referidas mudanças estão voltadas para o cuidado prestado à mulher, e a maior oferta do parto normal. Também têm incentivado a participação mais ativa de enfermeiras obstétricas e equipes capacitadas a assessorar a mulher desde à gravidez até o parto por meio de abordagem que envolvem

o parto humanizado (NARCHI *et al.*, 2013).

De um modo amplo pode ser dito que o parto humanizado é uma abordagem única que visa tornar mais humano o nascimento, levando em consideração, os valores humanizados, crenças e sentimentos da gestante, com foco em respeitar sua dignidade, autonomia e outros aspectos ligados ao auto cuidado. Desta forma, direcionar as mães a aproveitar, positivamente, a experiência de médicos e de outros profissionais de saúde não médicos, viabilizando que esses trabalhem junto a ela como iguais, se utilizando de tecnologias somente se estiverem essas embasadas em evidências (HIRSCH, 2019).

Entretanto, caso a mulher seja vítima de violência obstétrica, será possível punir o infrator por outros tipos penais capitulados no CP brasileiro, por exemplo da lesão corporal, inculpada no artigo 129 do referido Códex. A lesão pode ocorrer nas formas culposa, grave, gravíssima e resultante de morte. A proteção deste artigo atinge a integridade física e fisiopsíquico da vítima.

Outra forma de punição para a violência obstétrica está associada ao crime de injúria (artigo 140 do CP), cuja ofensa infere no decoro ou dignidade da vítima. Aqui o legislador pátrio buscou tutelar a honra da vítima em face dos ataques verbais, atos de humilhação praticados pelos profissionais de saúde (SANTOS, 2018).

Ainda, a violência obstétrica pode ser vista na ocorrência de maus tratos (artigo 136 do CP), onde a vítima é exposta a situações de perigo da saúde, e/ou de vida da pessoa que tem o dever de guardar pelo seu bem estar. Assim, em face dela não estar prestando o devido cuidado, privando de seus direitos, e/ou abusando dos meios corretivos ou disciplinares. Além disso, a violência obstétrica pode ser observada na ocorrência do crime de ameaça (artigo 147 do CP), que se caracteriza quando o sujeito anuncia por meio de gesto, escrita ou verbal a prática de algo maléfico contra a vítima e/ou terceiro (LOPES, 2020).

Outra forma de ocorrência da violência obstétrica, reside no crime de constrangimento ilegal (artigo 146 do CP), aqui referido crime restará caracterizado quando a vítima sofrer algum tipo de violência ou grave ameaça, ou logo após diminuir a capacidade de resistência da mesma. Em face da apresentação de vários crimes previstos no Código Penal brasileiro

que poderiam facilmente ser enquadrados como violência obstétrica, é imprescindível a importância do legislador pátrio em regulamentar esse tipo de violência que afronta de modo expresso o mandamento constitucional, que protege a dignidade humana das mulheres vítimas desse crime cruel (ASSUNÇÃO, 2021).

Sob tal foco, cabe ser dito que, o hospital é considerado um estabelecimento possuidor de recursos médicos e cirúrgicos capazes de dar suporte para o tratamento de doentes. Ele não possui personalidade jurídica, porém, é dotado de universalidade de fato, e objeto de direito em face dos ensinamentos do Direito Empresarial. Por isso, o hospital é considerado um estabelecimento que fornece bens e serviços dirigidos a uma determinada categoria de pessoas (ARAÚJO, 2020).

Um hospital é uma instituição de saúde que oferece tratamento a pacientes através de atendimento médico juntamente com equipes de enfermagem e fisioterapia. O tipo mais conhecido de hospital é o hospital geral, que normalmente tem um departamento de emergência para tratar problemas de saúde urgentes, ou seja, os hospitais consistem em departamentos, tradicionalmente chamados de enfermarias, especialmente quando eles têm leitos para pacientes que necessitam de internação.

Nesse contexto, o hospital pode ser responsabilizado contratualmente. Nesses casos, a doutrina e a jurisprudência já firmou entendimento acerca dessa responsabilização, por isso, quando existe a ocorrência de um erro hospitalar ou ambulatorial, o hospital, a princípio, é responsável, pois, cabe a ele zelar pelo bom atendimento e orientar os profissionais de saúde para agirem com cautela em seus procedimentos. Por isso, nos casos de tratamento ambulatorial, a instituição hospitalar é responsável pelo tratamento dispensado naquele local. A instituição hospitalar será responsável por organizar as atividades do hospital adequadamente para evitar a responsabilidade por erro médico (SOUZA, 2015).

Por isso, via de regra, o hospital não pode fugir da relação contratual a que está submetido, e o paciente irá impor o ônus da prova ao hospital, que é responsável pela prestação da atividade médica e todos os atos praticados em seu ofício laboral. Em sentido amplo, enfermeiros e fisioterapeutas também poderão sofrer responsabilização em face da

produção de um erro no trabalho (SALAMACHA, 2015).

Da análise do contrato de hospitalização, no que diz respeito ao dever de assistência, o paciente está amparado pelo Código Civil em relação à responsabilização civil, e pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC) em face da relação consumerista. Nesse caso, a obrigação do hospital é de atividade meio, e por isso, ele é responsável pela prestação do correto atendimento aos pacientes. Por sua vez, se a atividade do médico for considerada atividade meio, resta afastada a responsabilização do hospital em face da previsão do Código de Medicina, pois, o ato ilícito não é suficiente para ensejar a sua responsabilização civil (SOUZA, 2015).

Pelo CDC o médico é considerado prestador de serviços, mas, em alguns casos, a aplicação deste Códex não é pacífica com relação a algumas especialidades médicas, cite-se por exemplo, médico cirurgião plástico. Essa atividade exige trabalho intelectual por parte do médico e por isso, a vida humana não pode ser considerada um bem consumista (CARLOS NETO, 2017).

O médico, no ofício de sua profissional, tem o dever de informar o paciente tudo que está relacionado com a sua saúde, e nos casos de o paciente ser medicado ou sofrer alguma intervenção médica, deve estar ciente e concordar em ser submetido ao procedimento sugerido pelo médico, sendo atribuída a essa ação, o nome de consentimento informado. A informação deve ocorrer com a prestação das informações sobre o conteúdo com todas as especificações de qualidades ou características que o compõem um produto e/ou serviço. Esse é um dever de informação que não pode ser praticado informalmente, pois, o produto e/ou serviço devem ser devidamente compreendidos pelo consumidor (SALAMACHA, 2015).

Em se tratando de cooperação, a boa-fé aplicada é objetiva, ou seja, o fornecedor deve cooperar com o consumidor sempre que for exigido, e qualquer impedimento ou ação praticado pelo fornecedor no sentido de não cooperar implica na ausência da boa-fé, e não pode ser tolerado. A boa-fé preconizada pelo CDC se aplica a vários direitos do consumidor, tais como a saúde e segurança, e impõe dever do fornecedor em observar tais regras (SOUZA, 2015).

Como constatado pelos tratados internacionais, a mulher, em pleno século XX, ainda clamava pelo direito de escolher a própria nacionalidade e de participar do pleito político. Também, importa salientar que, somente no final do século XX, a história das mulheres se consolidou nos países Europeus, da América do Norte e no Brasil (MACIEL, 2022).

A internacionalização dos direitos humanos consagrou definitivamente a universalidade, a indivisibilidade e a inter-relação dos direitos humanos. Com fulcro na comum dignidade humana, se assentou o princípio da igualdade, e não- discriminação entre homens e mulheres. A Convenção sobre a “Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher” foi altamente significativa ao estipular, em seu artigo 2º, letra ‘e’, que os Estados-partes se comprometam a adotar as medidas adequadas para eliminar a discriminação contra a mulher perpetrada por qualquer indivíduo, organização ou empresa (RAMOS, 2018).

No entanto, a proteção da mulher encontrou fundamento na seguinte afirmação:

É inegável, historicamente, que a construção legal e conceitual dos direitos humanos se deu, inicialmente, com a exclusão da mulher. Embora os principais documentos internacionais de direitos humanos e praticamente todas as Constituições da era moderna proclamam a igualdade de todos, essa igualdade, infelizmente, continua sendo compreendida em seu aspecto formal e estamos ainda longe de alcançar a igualdade real, substancial entre mulheres e homens. A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher foi, dentre as Convenções da ONU, a que mais recebeu reservas por parte dos países que a ratificaram. E em virtude da grande pressão das entidades não governamentais é que houve o reconhecimento de que os direitos da mulher também são direitos humanos, ficando consignado na Declaração de Viena (item 18) que: Os direitos humanos das mulheres e das meninas são inalienáveis e constituem parte integral e indivisível dos direitos humanos universais (...) (MAZZUOLI, 2019, p. 59).

Dessa forma, a proteção dos direitos da mulher foi responsável reconhecer a titularidade de direitos fundados na dignidade da pessoa humana. Por isso, o processo de criação e materialização das normas jurídicas as tornam aptas à produção de efeitos no plano concreto.

Vale lembrar que, as fontes do Direito Internacional estão embasadas em duas grandes correntes: a positivista e a objetivista. A positivista ou voluntarista é defendida sobre o fundamento de que o Direito é “fonte em sentido formal, ou seja, ele é constituída

pelas manifestações de vontade a que a norma fundamental do ordenamento jurídico atribui valor sobre as regras obrigatórias de conduta de seus membros (RAMOS, 2018).

Já a concepção objetivista que é adotada pelo ordenamento jurídico brasileiro, se baseia na distinção entre fontes formais e fontes materiais. As fontes materiais são “as verdadeiras fontes do direito”, enquanto as fontes formais são “meios de comprovação” que “se limitam a formular o direito”, ou seja, elas têm o nome de formais porque dão a forma exterior reconhecível e especializada às diferentes categorias de regras (NUCCI, 2019).

Por isso, os tratados internacionais, a seu turno, demandam especial atenção dos Estados, haja vista a função precípua de interiorizar os compromissos ali assumidos. É dever do Estado não apenas incorporar as normas que velam pela proteção da dignidade humana, mas também adequar seu ordenamento interno às disposições legais vigentes (PORTELA, 2017).

A Constituição Federal de 1988 tem como um dos seus fundamentos a dignidade da pessoa humana. Neste sentido, vigora o princípio constitucional da dignidade humana. Este princípio é conhecido como um dos mais importantes para o ordenamento jurídico, segundo o qual, o *jus puniendi* do Estado encontra-se limitado. Os limites ao poder de punir estão definidos em diversos estatutos, desde a Constituição Federal à legislação infraconstitucional, bem como em tratados de direito internacional de que o Brasil é signatário. Para ficar apenas na principal referência, o poder de punir encontra limite no princípio da dignidade humana, estabelecido como fundamento da República, enquanto Estado Democrático de Direito (CF, artigo 1º, III) (LENZA, 2020).

No âmbito da Organização dos Estados Americanos, merecem referência: (1) a Conferência sobre Nacionalidade da Mulher, adotada, em 1933, na VII Conferência Internacional, realizada em Montevideu, (2) a Convenção Interamericana sobre a Concessão de Direitos Políticos à Mulher, adotada, em 1948, na IX Conferência Internacional Americana, realizada em Bogotá, e (3) a Convenção Interamericana sobre a Concessão de Direitos Cívicos à Mulher, também adotada na IX Conferência Internacional Americana. No âmbito das Nações Unidas, podemos mencionar a (1) Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher, adotada em 1979, e (2) Protocolo Facultativo a

essa Convenção, adotado em 2001 (MENDES; BRANCO, 2018).

Como constatado pelo teor desses atos internacionais, a mulher, em pleno século XX, ainda clamava pelo direito de escolher a própria nacionalidade, a plena capacidade civil e o direito de participação política. Também, importa salientar que, somente no final do século XX, a história das mulheres se consolidou em área própria do conhecimento histórico, adquirindo o reconhecimento nos países europeus, América do Norte e Brasil (NOVELINO, 2016).

A internacionalização dos direitos humanos e a consequente Carta Internacional dos Direitos Humanos consagraram definitivamente a universalidade, a indivisibilidade, e a inter-relação dos direitos humanos. Com fulcro na comum dignidade de todas as pessoas, assentou o princípio da igualdade e não-discriminação entre homens e mulheres (MAZOULLI, 2019).

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher é altamente significativa ao estipular, em seu artigo 2º, letra 'e', que os Estados-Partes se comprometem a adotar as medidas adequadas para eliminar a discriminação contra a mulher perpetrada por qualquer indivíduo, organização ou empresa. Tendo caráter erga omnes, representam o interesse de todos os Estados, na comunidade internacional, ao ver respeitados os direitos humanos, bem assim, representam a aplicabilidade das normas protetivas a todas as pessoas do Estado, as quais, podem invocar tais direitos independentemente de sua nacionalidade (PORTELA, 2017).

Ainda, em especial, a forma de proteção da mulher, temos a Convenção Interamericana para prevenir, punir, erradicar a violência contra a mulher (Convenção de Belém do Pará), adotada em 09 de junho de 1994.

No mesmo enfoque, a Declaração de Beijing (China), composta de 38 itens, reafirmou o compromisso com os princípios e objetivos da Carta das Nações Unidas, com aplicação dos direitos humanos das mulheres como parte integral, indivisível de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais (itens 8 e 9) (RAMOS, 2018).

Vale lembrar que a proteção dos direitos da mulher se iniciou com o processo de internacionalização dos direitos humanos, ao entendimento de que o reconhecimento da titularidade de direitos funda-se na dignidade da pessoa humana. A política criminal, no que se refere ao seu campo de atuação, lança-se numa diretriz mais ampla, podendo ser compreendida em diferentes âmbitos e ela deve ser realizada por cada nação visando se manter alinhada com os tratados internacionais (PORTELA, 2017).

LEI 11.108/2005

A Lei 11.108/2005, também conhecida como Lei do Acompanhante, foi promulgada no Brasil em 7 de abril de 2005. Essa lei garante o direito da gestante ter a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de trabalho de parto. Parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos hospitais privados conveniados ao SUS.

Importância da sua criação e implementação

A Lei 11.108/2005 é uma lei federal brasileira que alterou a Lei 8.080/1990, com o escopo de garantir às gestantes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato realizado pelo SUS. Essa lei foi criada para promover uma maior humanização do atendimento à gestante e ao recém-nascido, garantindo um ambiente mais acolhedor e seguro para ambos (BRASIL, 2005).

De um modo amplo, a criação da Lei 11.108/2005 procurou promover uma maior humanização do atendimento às gestantes e aos recém-nascidos, garantindo um ambiente mais acolhedor e seguro para ambos. Antes da criação dessa lei, muitas mulheres eram obrigadas a passar pelo processo de parto sozinhas, sem o apoio emocional de um familiar ou alguém próximo. Tal fato, contribuiu para o aumento do estresse e da ansiedade da gestante, afetando negativamente o desenvolvimento do parto. Com a garantia do direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, às gestantes podem contar com o suporte emocional de um indivíduo de sua escolha, o que pode contribuir para uma experiência de parto mais positiva e menos traumática (ARAÚJO, 2020).

Sob essa perspectiva, pode-se dizer que a presença de um acompanhante pode ajudar a reduzir a necessidade de intervenções médicas desnecessárias durante o parto. Quando a gestante se sente apoiada e segura, ela pode ter mais facilidade em lidar com as contrações e o processo de dilatação. Isso pode diminuir a necessidade de analgésicos e outros medicamentos que podem afetar o bebê. Com a presença de um acompanhante, os médicos e enfermeiros podem se concentrar mais nas suas funções técnicas, enquanto o acompanhante oferece apoio emocional à gestante (TESSER, *et al.*, 2015).

No entanto, apesar dos benefícios trazidos pela Lei 11.108/2005, ainda existem desafios a serem enfrentados para garantir sua plena implementação. Em algumas regiões do país, ainda há resistência por parte dos profissionais de saúde em permitir a presença de acompanhantes durante o parto. Além disso, muitas maternidades não possuem infraestrutura adequada para receber os acompanhantes. De forma a garantir que todos os benefícios da Lei 11.108/2005 sejam alcançados, é importante que haja um esforço conjunto entre governo, profissionais de saúde e sociedade civil, promovendo, neste sentido, a efetivação plena da sua implementação. Isso inclui investimentos em infraestrutura nas maternidades e capacitação dos profissionais de saúde para lidar com a presença de acompanhantes durante o parto (CASTRO, 2020).

Nesse contexto, pode-se dizer que a Lei 11.108/2005 trouxe os seguintes benefícios para as gestantes:

Apoio emocional e físico: A presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato pode oferecer apoio emocional e físico à gestante, ajudando-a a se sentir mais segura e confiante.

Redução de intervenções médicas desnecessárias: Quando a gestante se sente apoiada e segura, ela pode ter mais facilidade em lidar com as contrações e o processo de dilatação. Isso pode diminuir a necessidade de analgésicos e outros medicamentos que podem afetar o bebê.

Humanização do atendimento: A presença de um acompanhante durante o parto pode promover uma maior humanização do atendimento à gestante e ao recém-nascido, garantindo um ambiente mais acolhedor e seguro para ambos.

Benefícios para os profissionais de saúde: Com a presença de um acompanhante, os médicos e enfermeiros podem se concentrar mais nas suas funções técnicas, enquanto o acompanhante oferece apoio emocional à gestante (MACIEL, 2022, p. 17).

Por isso, é possível perceber a preocupação do legislador brasileiro em estabelecer diretrizes que ofereçam suporte às gestantes durante o período puerpério.

Dentro da literatura especializada puerpério pode ser descrito como o período de gestação que promova mudanças no corpo feminino, sendo este dividido em três fases: 1) imediato que vai do primeiro ao décimo dia de gestação; 2) tardio que vai do décimo primeiro dia até o quadragésimo segundo dia; e por fim 3) o período remoto que se inicia a partir do quadragésimo terceiro dia (CASTRO, 2020).

Na prática, o tempo de duração do puerpério pode variar de mulher para mulher, por isso, é de suma importância que a mulher cuide de sua saúde mental. A chegada de um novo membro na família pode trazer muitas mudanças e desafios, sendo importante que a mãe se sinta apoiada e amparada em todos os momentos.

O acompanhamento médico regular, o apoio dos familiares e amigos são fundamentais para ajudar a mãe a superar as dificuldades e a aproveitar ao máximo essa nova fase de sua vida. Vê-se que, o período puerperal traz grande sofrimento para as mulheres e pensando nisso, a Lei 11.108/2005, procurou amenizar os efeitos negativos na vida das grávidas (REZENDE; MONTENEGRO, 2017).

De um modo amplo, cabe ser dito que a Lei 11.108/2005 trouxe consigo algumas ações positivas para as gestantes, tais como:

Melhoria na qualidade do atendimento: A presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato pode promover uma maior humanização do atendimento à gestante e ao recém-nascido, garantindo um ambiente mais acolhedor e seguro para ambos.

Redução de intervenções médicas desnecessárias: Quando a gestante se sente apoiada e segura, ela pode ter mais facilidade em lidar com as contrações e o processo de dilatação. Isso pode diminuir a necessidade de analgésicos e outros medicamentos que podem afetar o bebê.

Maior satisfação das gestantes: A presença de um acompanhante durante o parto pode aumentar a satisfação das gestantes com o atendimento recebido, já que elas se sentem mais apoiadas e seguras.

Benefícios para os profissionais de saúde: Com a presença de um acompanhante, os médicos e enfermeiros podem se concentrar mais nas suas funções técnicas, enquanto o acompanhante oferece apoio emocional à gestante (MACIEL, 2022, p. 41).

Desse modo, é possível perceber alguns benefícios trazidos pela Lei 11.108/2005 para gestantes, acompanhantes e os profissionais de saúde envolvidos no parto.

Por isso, compreender as necessidades individuais da mulher durante o puerpério é fundamental para garantir sua saúde física e emocional, bem como para prevenir possíveis complicações.

É importante que os profissionais de saúde envolvidos no atendimento à gestante e no pós-parto estejam preparados para oferecer uma assistência que leve em consideração não apenas os aspectos biológicos, mas também os emocionais e psicológicos da mulher.

Isso pode incluir apoio emocional, orientações sobre amamentação e cuidados com o recém-nascido, informações sobre métodos contraceptivos e acompanhamento da saúde mental, pois, o principal objetivo é garantir que a mulher se sinta segura e confiante para exercer sua maternidade de forma saudável e satisfatória (ALBUQUERQUE, 2021).

Mudança no método intervencionista

O método intervencionista é uma abordagem que visa intervir e modificar a realidade a fim de solucionar problemas, e melhorar as condições de vida das pessoas. Ele se baseia na ideia de que é possível promover mudanças efetivas na vida das pessoas por meio de intervenções planejadas e estruturadas. Esse método é utilizado em diversas áreas, como psicologia, educação, saúde e gestão empresarial, entre outras. Ele envolve uma série de etapas, como a identificação do problema, análise da situação, planejamento e implementação de ações para solucionar o problema e avaliação dos resultados obtidos (POSSATI, *et al.*, 2017).

De um modo amplo, o método intervencionista é uma forma de capacitar os sujeitos a agirem de forma autônoma e consciente na resolução de seus problemas. Este procedimento pode ser utilizado em conjunto com outras abordagens e métodos, como terapias, treinamentos e consultorias, a fim de ampliar sua eficácia e abrangência, sendo visto com grandes benefícios nas ações do Governo em diversas áreas, especialmente no tocante à saúde humana (BARROS, 2018).

Nesse contexto, a saúde humana envolve diversos cuidados com o ser humano, e a título de exemplificação, a obstetrícia passou por inúmeras mudanças ao longo do tempo. Sendo que até fim do século 20, era comum que as mulheres dessem à luz em suas casas, assessoradas por parteiras, com a presença de um médico solicitada somente na ocorrência de alguma intercorrência no decorrer do trabalho de parto (LEISTER; RIESCO, 2013).

Com o passar dos anos, novas práticas foram sendo introduzidas, de modo gradativo, ao processo de parturição, os quais acabaram por direcionar esse a ser medicalizado. Após a Segunda Guerra Mundial e com o avanço técnico-científico e a evolução da medicina,

tanto a gravidez como o parto se tornaram eventos hospitalares que, comumente, se valiam de atos cirúrgicos e tecnológicos. Nesse mesmo período a Igreja e o Estado começaram a se preocupar mais com questões relacionadas à saúde dos indivíduos, o que gerou mudanças nas ações de saúde em todo o mundo (MATTAR; DINIZ, 2012; LEISTER; RIESCO, 2013).

Póstumo a essas mudanças, fica evidente o aumento nas intervenções cedidas à mulher no decorrer de seu ciclo gravídico-puerperal, consistindo essas intervenções sempre acompanhadas de extrema medicalização. Este cenário contribuiu para um novo contexto de parturição, onde as gestantes passaram a ser submetidas a procedimentos desnecessários. Neste sentido, não eram mais garantidos a essas o respeito necessário à sua anatomia, levando a que muitos profissionais de saúde “tomassem” o lugar da gestante no trabalho de parto, passando esses a serem os protagonistas desse momento (PINHEIRO; BITTAR, 2012).

Além disso, as gestantes começaram a ser hospitalizadas cada vez mais cedo. Quando as mulheres estão no hospital, recebem poucas informações acerca dos procedimentos a que serão submetidos, permanecendo as mesmas, não incomumente, totalmente desprovidas de privacidade, e sem o direito de terem um ente querido a seu lado durante o trabalho de parto (CARVALHO *et al.*, 2014).

Na atualidade, é sabido que essas intervenções e condutas podem agravar a assistência prestada à gestante durante o parto, uma vez que seus direitos bem como o de seus familiares são ignorados. Com foco nisso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs mudanças, assim como o Ministério da Saúde do Brasil e algumas Organizações Não Governamentais (ONGs). Referidas mudanças estão voltadas para o cuidado prestado à mulher, e a maior oferta do parto normal. Também têm incentivado a participação mais ativa de enfermeiras obstétricas, e equipes capacitadas a assessorar a mulher desde à gravidez até o parto por meio de abordagem envolvendo o parto humanizado (NARCHI *et al.*, 2013).

O parto humanizado é uma abordagem que busca oferecer à gestante opções de um ambiente acolhedor e seguro para o nascimento do bebê. Isso inclui a possibilidade de a mulher escolher a posição em que deseja dar à luz, de ter o apoio de uma parteira

(doula), ou de um acompanhante para que recebam os cuidados adequados respeitando suas necessidades emocionais e físicas.

Infelizmente, ocorre que algumas mulheres não têm acesso a esse tipo de atendimento. Na maioria dos casos, o parto é realizado como sendo um procedimento médico, e o profissional de saúde acaba por não dar a devida importância para as necessidades e desejos da gestante. Tal fato pode levar a experiências traumáticas à mulher pela realização de procedimentos desnecessários ou pela falta de apoio emocional (POSSATI *et al.*, 2017).

Para garantir que todas as gestantes tenham acesso ao parto humanizado, é necessário investimento em políticas públicas, com o escopo de promover a melhoria da saúde da mulher e do bebê. Isso inclui melhores condições de trabalho, treinamento dos profissionais de saúde, investimento em infraestrutura visando proporcionar um ambiente acolhedor e seguro para o parto, por exemplo (IBIAPINA, 2022).

De outro feita, é importante ressaltar que a promoção da saúde da gestante deve ser iniciada por meio de campanhas educativas e do incentivo ao diálogo realizado entre sociedade, gestantes e profissionais de saúde em geral. Na literatura especializada, já restou confirmado que o parto humanizado traz diversos benefícios para a saúde da gestante e dos bebês (HIRSCH, 2019).

O parto humanizado pode ajudar a reduzir o estresse e a ansiedade da mulher durante o processo de nascimento do bebê. Isso acontece porque essa abordagem busca respeitar as escolhas da mulher e proporcionar um ambiente acolhedor e seguro para o parto. Quando a mulher se sente respeitada e acolhida, ela tende a ficar mais tranquila e confiante. Isso pode ajudar a reduzir o estresse e a ansiedade, que são comuns durante o parto. Além disso, o parto humanizado também oferece técnicas para aliviar a dor e o desconforto, como massagens, banhos quentes e exercícios de respiração. Essas técnicas podem ajudar a mulher a relaxar e a lidar melhor com o estresse e a ansiedade (HIRSCH, 2019, p. 78).

Por isso, no parto humanizado, o apoio prestado à gestante visa oferecer especialmente suporte emocional. Além disso, o parto humanizado também promove melhoria no diálogo entre a gestante e os profissionais de saúde envolvidos. Isso permite que a comunicação seja realizada de modo a sanar quaisquer dúvidas e/ou preocupações sobre o procedimento do parto, de modo a reduzir o estresse e a ansiedade da grávida durante o período do ciclo gravídico-puerperal (THULER, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro do estudo da Lei 11.108/2005, foi possível perceber a complexidade que envolve o ciclo gravídico-puerperal. A referida lei passou a garantir o atendimento humanizado à parturiente, ao assegurar que ela tenha direito a um acompanhante de sua escolha durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato. A legislação em comento, representou um avanço na promoção da saúde gestacional realizada no Brasil.

Certamente, a presença de um indivíduo de confiança da parturiente traz maior confiança durante o trabalho de parto. Tal fato, ajuda a minimizar a ansiedade e/ou estresse que cerca tal procedimento médico, visto que ele proporciona um ambiente mais acolhedor. Todo apoio emocional, oferecido pelo acompanhante à parturiente fortalece ainda mais o vínculo entre mãe e bebê, e conseqüentemente traz benefícios a curto, médio e longo prazo.

Nessa esteira, a presença do acompanhante ainda pode auxiliar a parturiente na comunicação com a equipe de profissionais de saúde, de modo que sua vontade seja respeitada durante o procedimento. A atuação do acompanhante irá assegurar que todas as informações e o procedimento sejam realizados nos exatos termos do consentimento da parturiente, evitando com isso, a prática de intervenções desnecessárias durante o parto.

Sob tal foco, cabe ser dito que a Lei 11.108/2005, ainda enfrenta alguns desafios na sua aplicação, visto que em alguns municípios falta estrutura adequada. A conscientização dos profissionais de saúde não é uniforme, existem limitações estruturais (espaços físicos) para receber os acompanhantes.

Por isso, na contemporaneidade, é verdadeiro dizer que o parto humanizado objetiva: 1) reduzindo o número de partos medicalizados, empoderando as mulheres e elevando a prática da maternidade baseada em evidências, e 2) tornar a experiência do parto satisfatória, segura e positiva tanto para parturiente quanto para todos os membros de sua família, ou seja, o promoção do parto humanizado auxilia na prevenção da violência obstétrica.

A violência obstétrica se caracteriza como sendo a apropriação dos processos corporais e/ou reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, através da desumanização do tratamento, abuso de medicalização, e da banalização dos processos naturais do parto, causando a perda de contextos anatômicos e da capacidade da gestante por decidir livremente sobre seu próprio corpo e sexualidade, o que acaba por afetar negativamente a sua qualidade de vida.

Com base nos resultados do estudo, conclui-se que a Lei 11.108/2005, pode sim trazer benefícios significativos ao processo do parto, justificando assim a plena aplicação da Lei 11.108/2005, especialmente por desempenhar efetivamente melhoria na promoção da saúde da parturiente e do bebê recém-nascido.

A presença do acompanhante tem o desígnio de proporcionar suporte emocional, fortalecimento do vínculo familiar, e defesa contra quaisquer violações de direitos. No entanto, é necessário que governo, estados e municípios avancem nas ações garantidoras de tais direitos, bem como, atuem na conscientização de todos os envolvidos, ademais, façam a regulamentação necessária para punir os responsáveis em caso de descumprimento de tal direito.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C. R. Invisibilidade da mulher no puerpério: uma revisão integrativa. Monografia [Bacharelado em Enfermagem]. Universidade Federal de Campina Grande. Cuité, 2021, 37f. (<http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/21661/1/CAROLINA%20ROCHA%20DE%20ALBUQUERQUE%20-%20TC%20BACHARELADO%20EM%20%20ENFERMAGEM%20CES%202021.pdf>).
- ARAÚJO, F. I. Análise da Lei do Acompanhante nº 11.108/2005 no Município de Mossoró/RN no ano de 2019. Monografia [Bacharelado em Direito]. Universidade Rural do Semi-árido. Mossoró, 2020, 38f. (https://repositorio.ufersa.edu.br/bitstream/prefix/6246/1/FranciscaA_MONO.pdf).
- ASSUNÇÃO, B. R. Violência obstétrica e a tutela do Direito Penal. Monografia [Bacharelado em Direito]. Curitiba: Centro Universitário de Curitiba, 2021, 62f. (https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/17779/1/TCC%20-%20BRENDA%20ROSS%20ASSUNÇÃO_Versão%20Final.pdf).
- AYRES, L. F. A. *et al.* Métodos de preparação para o parto: um estudo sobre materiais impressos publicados no Brasil em meados do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2019; 26(1):53-70. (<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/cT6fVQKDVW67pwRLmnnfMjf/?format=pdf&lang=pt>).
- BARROS, R. M. A. C. Violência obstétrica como prática violadora dos direitos sexuais reprodutivos da mulher em estado gravídico puerperal. Monografia [Bacharelado em Direito]. Centro Universitário Dr. Leão Sampaio. Juazeiro do Norte, 2018, 61f. (<https://unileao.edu.br/repositoriobibli/tcc/RA%C3%8DLA%20MIRANDA.pdf>).
- BRASIL. Lei 11.108, de 7 de abril de 2005. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em 26 de abr. de 2023.
- BRASIL. Lei 8.080, de 19 de set. de 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em 26 de abr. de 2023.
- CARLOS NETO, D. Responsabilidade criminal por erro médico. 1º ed. São Paulo: Editora Club de Autor, 2017.
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. *Estudos avançados*. 2013; 27(78):5-26. (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002).
- CARVALHO, V. F. *et al.* Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. *Saúde Soc*. 2014; 23(2):572-81. (<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0572.pdf>).
- CASTRO, M. M. C. Humanização em saúde. 1º ed. Rio de Janeiro: Lumen, 2018.
- CASTRO, T. D. V. Direito ao acompanhante, violência obstétrica e poder familiar. *Pensar*. 2020; 25(14):1-12. (<https://ojs.unifor.br/rpen/article/download/10093/pdf/39787>).
- CHERNICHARO, I. M. *et al.* Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. *Pesquisa Esc Anna Nery*. 2014; 18(1):156-162. (<https://www.scielo.br/j/ean/a/ztz57bdFVbKwFJpSmXMvNms/?format=pdf&lang=pt>).

CIMINO, V. Humanização em saúde. 1º ed. São Paulo: Contracorrente, 2016.

GALLOTTE, M. S. Violência obstétrica, normas de proteção à parturiente e eficácia no Direito. Monografia [Bacharelado em Direito]. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2021, 93f. (<https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/6753/1/MSGallotte.pdf>).

HIRSCH, O. N. Parto natural, parto humanizado: perspectivas de mulheres de camadas populares e médias. 1º ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2019.

IBIAPINA, H. M. M. Da autonomia privada da mulher à humanização do parto. 1º ed. Belo Horizonte: Dialética: 2022.

JACOBSEM, N. B.; SOARES, Y. B. Direito da mulher no parto: lei do acompanhante e a humanização do parto. DSpace. 2020. (<https://dspace.doctum.edu.br/handle/123456789/3855>).

LEITE, T. H. *et al.* Desrespeito e abuso, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022; 27(2):483-491. (https://www.scielo.br/j/csc/a/vWq9rQQg8B8GhcTb3x_Z9Lsj/?format=pdf&lang=pt).

LEISTER, N.; RIESCO, M. L. G. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(1): 166-74. (http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_20.pdf).

LENZA, P. Direito Constitucional Esquematizado. 24º ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

LOPES, J. M. Violência obstétrica: uma análise jurídica acerca do instituto no Estado do Tocantins. Publicado em 01/04/2020. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/violencia-obstetrica-uma-analise-juridica-acerca-do-instituto-no-estado-do-tocantins/>. Acesso em 26 de abr. de 2023.

MACIEL, A. P. R. Descumprimento da Lei do Acompanhamento 11.108/2005 no Estado Democrático de Direito: violência obstétrica e restrições de direitos garantidos em prol da saúde da mulher. Monografia [Bacharelado em Direito]. Universidade Federal Fluminense. Macaé, 2022, 56f. (<https://app.uff.br/riuff/handle/1/24947?locale-attribute=es>).

MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit*. 2020; 9(1):97-119. (<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585/718>).

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface*. 2012; 16(40):107-20. (<http://www.scielo.org/pdf/icse/v16n40/aop0212.pdf>).

MAZZUOLI, V. O. Curso de Direitos Humanos. 6º ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

MENDES, G.; BRANCO, P. G. G. Curso de Direito Constitucional. 13º Ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

NARCHI, N. Z. *et al.* O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciência Coletiva*. 2013; 18(4):1059-68. (<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n4/19.pdf>).

NASCIMENTO, P. C. Parto Humanizado: A luta contra a violência obstétrica. Monografia [Especialização em Gestão em Saúde]. Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes. 2017. 40f. (http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/54280.pdf).

NOVELINO, M. Curso de Direito Constitucional. 11º ed. Salvador: JusPodivm, 2016.

NUCCI, G. S. Curso de direito penal: parte especial. 3º ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

OLIVEIRA; L. G. S. M.; ALBUQUERQUE, A. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. Revista CEJ. 2018; XXII(75):36-50. (http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_boi_2006/Rev-CEJ_n.75.03.pdf).

PAIVA, C. Henrique. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2014; 21(1):15-35. (<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/>).

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. Aletheia. 2012; 37: 212-27. (<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a15.pdf>).

PORTELA, P. H. G. Direito Internacional: incluindo noções de Direitos Humanos e Direito Comunitário. 9º ed. Salvador: JusPodivm, 2017.

PORTO, M. S. G. A violência, entre práticas e representações sociais: uma trajetória de pesquisa. Revista Sociedade e Estado. 2015; 30(1):19-37. (<https://www.scielo.br/j/se/a/KJ8GVRNbgDKSC-cSX5sBztXh/?format=pdf&lang=pt>).

POSSATI, A. B. *et al.* Humanização do parto: significados e percepções dos enfermeiros. Escola Anna Nery. 2017; 21(4):1-6. (<https://www.scielo.br/j/ean/a/VVsfXjcBCgnXBYVnf7m68XS/?format=pdf&lang=pt>).

RAMOS, A. C. Curso de Direitos Humanos. 5º ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

SALAMACHA, C. T. F. Erro Médico: inversão do ônus da prova. 4º ed. Curitiba: Juruá, 2015.

SANTOS, A. S. Uma análise da violência obstétrica à luz da teoria do bem jurídico: a necessidade de uma intervenção penal diante da relevância do bem jurídico tutelado. Monografia [Bacharelado em Direito]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2018, 83f. (<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/28252/1/Andreza%20Santana%20Santos.pdf>).

SOUZA, E. N. Do erro à culpa na responsabilidade civil do médico: estudo na perspectiva Civil-Constitucional. 1º ed. Rio de Janeiro: Editora Renovar, 2015.

TESSER, C.D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015; 10(35):1-12. (<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>).

THULER, A. C. M. *et al.* Caracterização das mulheres no ciclo gravídico-puerperal e o incentivo à amamentação precoce. Rev enferm UERJ. 2018;26(16):1-6 (<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/948741/caracterizacao-das-mulheres-no-ciclo.pdf#:~:text=O%20ciclo%20grav%-C3%ADdico%2Dpuerperal%20%C3%A9,no%20qual%20ela%20est%C3%A1%20inserida1>).

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte da vida e da graça. Agradeço pela minha vida, minha inteligência, minha família e meus amigos.

À minha professora orientadora, Janaina de Holanda Rodrigues, que jamais deixou de me incentivar; sem a sua orientação, dedicação e auxílio, o estudo aqui apresentado seria praticamente impossível.

À meus pais, Lucivaldo (*In memoriam*) e Elsa, que apesar das dificuldades enfrentadas, sempre incentivaram meus estudos.

À minha esposa Hortência e a minha filha Helena que tanto me entenderam e abdicaram de momentos para que eu chegasse ao meu objetivo.

Sobre o Autor

Fernando Almeida dos Santos

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Pós Graduação em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

Pós Graduação em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Única de Ipatinga.

Pós Graduação em Enfermagem em UTI pela Faculdade Unyleya.

Mestrando em Tecnologias Emergentes em Educação pela Universidade de Ciência e Tecnologia de Miami.

Atuou como Chefe do Serviço de Enfermagem do Hospital e Maternidade Adolfo Bezerra de Menezes no Município de Jaguaratama – Ce.

Atuou como Enfermeiro Especialista no Hospital Universitário Ana Bezerra – UFRN, no Município de Santa Cruz/ RN.

Atualmente está lotado como Enfermeiro Especialista na Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC, no Complexo Universitário da Universidade Federal do Ceará – UFC, onde atua como preceptor da Residência em Enfermagem Obstétrica e na assistência Direta..

Índice Remissivo

A

abordagem 21, 22, 32, 33, 34
análise 10, 24, 32, 38, 39
assistência 9, 11, 12, 13, 21, 24, 31, 33, 37, 41
atendimento 8, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 29, 30, 31, 34, 35, 40
autonomia 12, 22, 38

B

bem-estar 8, 12, 15

D

dignidade 12, 18, 22, 23, 25, 26, 27, 28
direito 8, 17, 18, 19, 21, 23, 25, 26, 27, 29, 33, 35, 36, 38, 39
doenças 13, 14, 15

E

estratégias 15
estratégico 16

G

gestante 8, 9, 17, 21, 22, 29, 30, 31, 33, 34, 36

H

humanização 11, 12, 13, 15, 17, 18, 29, 30, 31, 37, 38

I

indivíduos 11, 13, 14, 20, 33
instrumento 9, 18

J

jurídica 9, 23, 38
jurídicas 25

L

legislação 8, 18, 21, 26, 35
lei 8, 9, 17, 18, 19, 29, 35, 37, 38

M

maternidade 32, 35, 38
materno-infantil 8

médica 11, 23, 24
método 9, 17, 32
metodologia 10
mulheres 8, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 27, 29, 31, 32, 33,
34, 35, 36, 38, 39

O

obstétrica 8, 9, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 35, 36, 37, 38, 39

P

paciente 9, 12, 13, 23, 24
pacientes 12, 13, 14, 15, 23, 24, 39
parto 8, 9, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 29, 30, 31, 32, 33, 34,
35, 36, 37, 38, 39
parturientes 8, 20, 37, 39
políticas públicas 9, 13, 14, 16, 34
prática 8, 15, 17, 21, 22, 31, 35, 37
práticas 13, 15, 17, 19, 20, 32, 39
previdência social 11
princípios 12, 13, 27
procedimento 24, 32, 34, 35
processo 8, 9, 17, 18, 20, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 36
processo do parto 8, 9, 36
profissionais 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21,
22, 23, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 39
públicos 8, 13

S

saúde 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22,
23, 24, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39
segurança 8, 11, 24
serviço 9, 24
serviços 8, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 24
sociais 12, 13, 14, 39
sociedade 9, 12, 14, 16, 18, 19, 20, 30, 34

T

trabalho 8, 9, 11, 13, 15, 17, 20, 21, 24, 29, 30, 31, 32,
33, 34, 35
tratamento 13, 15, 21, 23, 36

V

violência 9, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 35, 36, 37, 38,
39



AYA EDITORA
2023