

DIREITO À VIDA SEGURA
E ACESSO À JUSTIÇA

Como garantir a saúde reprodutiva e sexual de meninas e mulheres?



ibase

INSTITUTO BRASILEIRO
DE ANÁLISES SOCIAIS
E ECONÔMICAS





DIREITO À VIDA SEGURA
E ACESSO À JUSTIÇA

Como garantir a saúde reprodutiva e sexual de meninas e mulheres?

UMA PUBLICAÇÃO:



ibase
INSTITUTO BRASILEIRO
DE ANÁLISES SOCIAIS
E ECONÔMICAS

PARCERIA:



IDRC · CRDI

Canada



UNIVERSITY
of York

Centre for
Applied Human Rights

INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS – IBASE

Av. Presidente Vargas, 446 – 13º andar
CEP: 20.071-907 – Rio de Janeiro - RJ

EQUIPE DO IBASE

DIRETOR EXECUTIVO
Athayde Mota

DIRETORA ADJUNTA E COORDENADORA
GERAL DO PROJETO CIDADANIA ATIVA
E ACESSO À JUSTIÇA
Rita Corrêa Brandão

COORDENADORA TÉCNICA
Manuela Amaral

PESQUISADORAS(ES)
Bianca Arruda
Délis Ferreira
Robson Aguiar Oliveira

AUXILIAR DE PESQUISA
Luiz Henrique Souza Pereira

ESTAGIÁRIA
Milena Santos Francisco

EQUIPE DOS TERRITÓRIOS

COLETIVO BROTA NA LAJE
SUPERVISOR
Renan Oliveira dos Santos
ARTICULADORAS(ES)
Blenda Lima Paulino
Pedro Antônio Cassimiro André

FÓRUM COMUNITÁRIO
DE JARDIM GRAMACHO
SUPERVISORA
Maria Rosinete dos Santos
ARTICULADORAS(ES)
Eliane Souza Zarino
Lorena Rosa Xavier
Sidney Cunha de Lima

CONSULTORA TÉCNICA
Andreia Soares Pinto

CONSULTORES ESTATÍSTICOS
Leonardo de Carvalho Silva
Luiz Marcelo Ferreira Carvano

ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
Antonia Rodrigues

COMUNICAÇÃO
Clara Araújo
Iracema Dantas

SECRETARIA GERAL
Iris Patrícia Batista

EDIÇÃO
Iracema Dantas

REVISÃO
Natalia von Krosh

PROJETO GRÁFICO
Mórula_Oficina de Ideias

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
Elaborado por Odílio H. Moreira Junior – CRB 8/9949

159d Instituto Brasileiro de Análises Sociais e
Econômicas – IBASE

Direito à vida segura e acesso à Justiça: como
garantir a saúde reprodutiva e sexual de meninas
e mulheres? / Instituto Brasileiro de Análises Sociais
e Econômicas – IBASE ; organizado por Rita Corrêa
Brandão ; coordenado por Manuela Amaral. – Rio
de Janeiro : Instituto Brasileiro de Análises Sociais e
Econômicas – IBASE, 2021.

56 p. : il. ; 16cm x 23cm.

Inclui índice.

ISBN 978-65-992534-3-0

1. Direitos das mulheres. I. Brandão, Rita
Corrêa. II. Amaral, Manuela. III. Título. .

2021-3960

CDD: 341.27

CDU: 342.7

COPYRIGHT 2021, IBASE DIVULGADO SOB LICENÇA
CREATIVE COMMONS.



Sumário

5 APRESENTAÇÃO

7 DIREITO À SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUAL

7 Existem direitos sexuais?

9 Quais as diferenças entre direitos sexuais/direitos reprodutivos e saúde sexual/saúde reprodutiva?

13 PLANEJAMENTO FAMILIAR

14 Laqueadura

16 Orientações para quando o direito à laqueadura é negado

21 Canais de denúncias

25 DIREITO AO PARTO HUMANIZADO E LEI DAS DOULAS

25 O que é parto humanizado?

28 Como conseguir um parto humanizado?

28 Onde conseguir atendimento?

29 Faça valer seu direito a um parto humanizado

32 O que são doulas?

34 Carência de oferta de unidades de saúde pública

35 Unidade que oferece o parto humanizado

37 A “ROTA CRÍTICA”

39 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

42 Na gestação

42 No parto

43 No pós-parto

45 Violência obstétrica tem cor

47 ABORTAMENTO LEGAL

53 O que é objeção de consciência?



Apresentação

“Quando os direitos reprodutivos são negados ou limitados, também os direitos das mulheres o são.”

ANISTIA INTERNACIONAL

Esta é a segunda cartilha do projeto Cidadania Ativa e Acesso à Justiça (CAAJ), realizado pelo Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase) com financiamento do **International Development Research Centre (IDRC)**. Novamente, a publicação é fruto de uma parceria com o **Center for Applied Human Rights (CAHR – University of York)**. Abordando ainda o tema do direito à vida segura, a obra se dedica aos direitos sexuais reprodutivos e ao combate à violência relacionada ao corpo da mulher. Abusos, desrespeitos e procedimentos sem consentimento da mulher gestante; negação ou omissão a procedimentos legais de aborto; negação ou omissão a métodos contraceptivos; e falta de atendimento e acompanhamento no pré-natal serão explicados de forma simples e encarados como realmente são: atos de violência que reduzem ou tiram da mulher a autonomia e a capacidade de tomar decisões sobre seu corpo e sua sexualidade.

Esperamos que ambas as cartilhas sejam instrumento de informação, qualificador de lutas e de garantia de vida segura para meninas e mulheres.

Para outros materiais informativos sobre direitos e cidadania, acompanhe as redes sociais do **Ibase**.



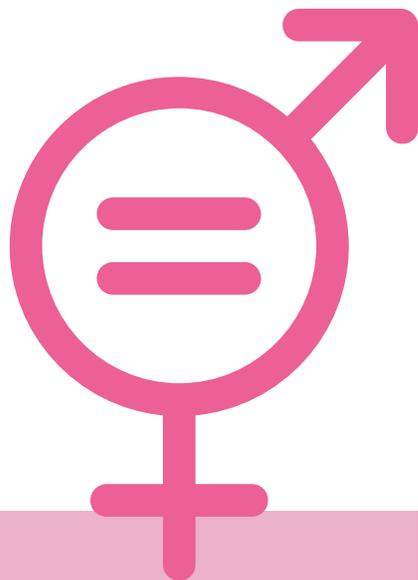
Direito à saúde reprodutiva e sexual

EXISTEM DIREITOS SEXUAIS?

Sim. Direitos à saúde sexual e reprodutiva são parte integrante dos direitos humanos e das necessidades humanas básicas e devem ser incluídos em políticas públicas governamentais. A Atenção Primária em Saúde (APS) e as práticas de profissionais de saúde são pontos sensíveis dessas políticas, pois determinam diretamente o papel do Estado como agente de violação ou de promoção de direitos. Parece complicado? Mas não é.

Quando falamos de número de partos por cesáreas desnecessárias; falta de recursos que promovam a melhoria da saúde materna e a garantia de poder controlar sua fecundidade; esterilizações involuntárias; omissão quanto à desigualdade entre os sexos e à autonomia das mulheres; e falta de políticas de combate ao HIV/ Aids, por exemplo, estamos nos referindo a violações de direitos sexuais e reprodutivos praticadas pelo Estado. Por isso, é importante que todas(os) compreendam do que tratam esses direitos.

Eles são, portanto, uma questão de cidadania e dizem respeito às condições físicas e sociais dos indivíduos. Os direitos sexuais e reprodutivos têm importância para a garantia e a ampliação dos direitos humanos porque proporcionam a vivência plena e consciente da sexualidade, gerando uma vida mais digna tanto para os indivíduos quanto para as coletividades. **Quando reconhecemos a legitimidade dos direitos sexuais e reprodutivos, implicitamente estamos pressionando uma reformulação no campo dos direitos, para que sejam consideradas também as diferenças de gênero, etnia, idade e orientação sexual.**



Direitos sexuais e reprodutivos são parte integrante dos direitos humanos e das necessidades humanas básicas. A promoção da igualdade entre os gêneros, a autonomia das mulheres e a melhoria da saúde materna estão relacionadas como **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável** e são discutidas pela **ONU (Organização das Nações Unidas)**, especificamente, no **Objetivo 5 – Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas** (Meta 5.6). Reconhecer a importância desses objetivos é condição fundamental para que se tenha políticas públicas e governamentais eficazes – cuja materialização se dá nas práticas dos profissionais inseridos nos serviços de saúde. Daí a necessidade de um atendimento humanizado, isento de crenças e práticas discriminatórias ou prerrogativas por razões ideológicas. São conceitos norteadores para que o ser humano possa viver em plenitude sua saúde sexual e reprodutiva. Esses direitos “**incluem o acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva e informação, bem como autonomia na tomada de decisões a nível sexual e reprodutivo**”.

QUAIS AS DIFERENÇAS ENTRE DIREITOS SEXUAIS/DIREITOS REPRODUTIVOS E SAÚDE SEXUAL/SAÚDE REPRODUTIVA?

DIREITOS SEXUAIS implica na aceitação dos diferentes tipos de expressão e orientação sexual; na autonomia para tomar decisões sobre o uso do próprio corpo; na igualdade e na identidade de gênero; em controlar e decidir sobre questões relacionadas à sexualidade, sem discriminação e violência; em gozar de relacionamentos igualitários, com respeito mútuo à integridade da pessoa; no consentimento sobre comportamento sexual e na divisão de responsabilidades entre as partes.

SÃO DIREITOS SEXUAIS VIVER E EXPRESSAR LIVREMENTE A SEXUALIDADE:

- Sem violência, discriminação e imposições;
- Com liberdade para escolher o(a) parceiro(a) sexual;
- Sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças;
- Independentemente de estado civil, idade ou condição física;
- Com a escolha sobre se quer ou não ter relação sexual;
- A partir de sua orientação sexual (heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade etc.);
- Independentemente da reprodução;
- Com condições ao sexo seguro para prevenção de gravidez; Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV/Aids;
- Com garantias a serviços de saúde de qualidade, sem discriminação;
- Com garantias à informação e à educação sexual e reprodutiva.



DIREITOS REPRODUTIVOS estão relacionados à decisão sobre ter ou não filhas(os) de forma autônoma, consciente e responsável, com as informações necessárias e assegurados os direitos à saúde sexual e reprodutiva, livre de discriminação, imposição e violência.



SÃO DIREITOS REPRODUTIVOS:

- Liberdade e responsabilidade na decisão de ter ou não filhas(os);
- Liberdade de decisão quanto ao momento da vida para ter filhas(os);
- Liberdade e responsabilidade sobre o número de filhas(os) que deseja ter;
- Acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhas(os);
- Liberdade para exercer sua sexualidade, sem discriminação, imposição e violência

SAÚDE REPRODUTIVA implica na vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir, liberdade de decidir quando e quantas vezes deve fazê-lo, acesso a informações, métodos seguros de planejamento familiar e serviços apropriados de saúde, em um estado de bem-estar físico, mental e social.

SAÚDE SEXUAL é parte integrante da saúde reprodutiva. Ela se refere à promoção das “relações vitais e pessoais” no sentido de intensificar “a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação”, indo além do simples aconselhamento sobre esses fatores.



ALGUNS ELEMENTOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA:

- Serviços de planejamento familiar;
- Cuidados pré-natais, parto assistido por profissionais competentes (por exemplo, médica(o), parteira, doula) e atenção integral à saúde infantil;
- Prevenção e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e do HIV/Aids;
- Prevenção de atos de violência contra mulheres;
- Serviços pós-aborto acessíveis e seguros e, onde for legal, acesso a serviços de aborto seguros;
- Informação, educação e aconselhamento sobre saúde sexual de forma a melhorar as relações pessoais e a qualidade de vida.



Planejamento familiar

A questão do planejamento familiar inclui duas partes conjuntas de ações. A primeira é composta pela pessoa ou pelo casal, que deve ter informações para decidir sobre ter filhas(os) ou não e sobre métodos de prevenção contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). A segunda parte é formada pelo Estado, que deve garantir o acesso da população a tais informações e tratamentos de auxílio de concepção e contracepção, gravidez, parto e pós-parto, esterilização, prevenção e combate a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e cânceres.

A **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**¹, diz que “o planejamento familiar é direito de todo cidadão” (Art. 1º) e integrante do conjunto de ações de atenção à saúde da mulher de forma global (Art. 3º). Planejamento familiar é “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (Art. 2º).

Dentre as ações de atenção básica à saúde relacionadas ao planejamento familiar estão (Art. 3º, parágrafo único):

- I. a assistência à concepção e à contracepção;
- II. o atendimento pré-natal;
- III. a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;
- IV. o controle das doenças sexualmente transmissíveis;
- V. o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis.

1. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996: Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm. Acesso em: 7/07/2021.

O ESTADO DEVE:

- Garantir acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade;
- Promover o treinamento de recursos humanos ao pessoal técnico;
- Promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar;
- Oferecer todos os métodos e as técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (Art.9º).

As ações de atenção básica mais conhecidas referentes ao planejamento familiar oferecidas pelo Estado são:

- distribuição gratuita de métodos anticoncepcionais em postos de saúde;
- oferta de serviços de esterilização pelo SUS, de mulheres e homens que atendam aos requisitos legais necessários;
- atendimento pré-natal ao parto.

LAQUEADURA

Trata-se de um dos métodos contraceptivos oferecidos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A princípio, qualquer unidade de saúde que atenda a demandas ginecológicas, obstétricas ou de maternidade pode realizar este procedimento.

De acordo com a Lei de Planejamento Familiar, para ter direito à laqueadura pelo SUS o(a) paciente deve seguir as seguintes regras: ter idade superior a 25 anos ou pelo menos dois (2) filhos; ter

consentimento do cônjuge, em casos de risco à saúde; e frequentar reuniões sobre planejamento familiar. Vale destacar que a esterilização voluntária assegurada pela lei serve para mulheres e homens.

Por ser um método definitivo de contracepção, sua popularização foi rápida e acompanhou o ritmo de cirurgias cesáreas. Em muitos casos, aproveita-se a oportunidade do parto por cesárea para realizar o procedimento de esterilização por laqueadura.

Na realidade, porém, a fila de espera e a falta de profissionais e de estrutura das unidades de saúde trazem enormes dificuldades à efetivação deste direito.

A despeito disso, tramita na Câmara dos Deputados, em Brasília, o **Projeto de Lei 4.515/2020**, que flexibiliza vários requisitos para a realização de laqueadura. Dentre os pontos principais estão:

- Redução da idade mínima para a esterilização voluntária de 25 para 21 anos;
- Autorização de esterilização voluntária durante a realização do parto ou de aborto legal;
- Esterilização independente do consentimento do cônjuge;
- Esterilização voluntária de pessoas em situação de vulnerabilidade social.



Mulheres moradoras de Jardim Gramacho, em Duque de Caxias, recorreram à Defensoria Pública na tentativa de conseguir a laqueadura tubária ou de trompas pelo Sistema Único de Saúde. São mais de 40 mulheres que tiveram acesso a informações sobre os critérios necessários para laqueadura através do Núcleo de Primeiro Atendimento de Caxias, da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. A matéria completa pode ser consultada em: <https://defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/5489-Maes-jovens-de-varios-filhos-va-o-a-DPRJ-pedir-laqueadura-pelo-SUS>

ORIENTAÇÕES PARA QUANDO O DIREITO À LAQUEADURA É NEGADO



- Deixe claro ao médico que você tem conhecimento da Lei sobre Planejamento Familiar, a Lei 9.263/96, e sobre seus direitos;
- Registre o nome, a especialidade e o número no Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico; o nome do posto de saúde ou hospital do atendimento; o horário da consulta; e a conduta do médico (como ele se portou);
- Ligue na ouvidoria do Ministério da Saúde (número 136), escolha a opção “Reclamação”, descreva tudo o que aconteceu durante o atendimento (como foi a consulta e qual foi a alegação do médico) e informe que tem conhecimento sobre a Lei de Planejamento Familiar.

Segundo o **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** (CNES), no estado do Rio de Janeiro existem 49 locais habilitados para realizar procedimentos de laqueadura e vasectomia. Contudo, consta disponibilidade **zero** de “Leitos SUS” em todos eles.

**TABELA 1 | ESTABELECIMENTOS HABILITADOS
A PROCEDIMENTOS DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA**

UF	ESTABELECIMENTO	LEITOS DO SUS	MUNICÍPIO
RJ	APMIR	0	RESENDE
RJ	BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE TERESÓPOLIS	0	TERESÓPOLIS
RJ	HINJA	0	VOLTA REDONDA
RJ	HOSP MUNICIPAL MATERNIDADE DR MANOEL MARTINS DE BARROS	0	ITATIAIA
RJ	HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	0	PETRÓPOLIS
RJ	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS	0	TERESÓPOLIS
RJ	HOSPITAL DE SÃO VICENTE	0	ARARUAMA
RJ	HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA	0	CAMPOS DOS GOYTACAZES
RJ	HOSPITAL E MATERNIDADE CODRATO DE VILHENA	0	ANGRA DOS REIS
RJ	HOSPITAL ESCOLA LUIZ GIOSEFFI JANNUZZI	0	VALENÇA
RJ	HOSPITAL FLÁVIO LEAL	0	PIRAÍ
RJ	HOSPITAL GERAL DE ARRAIAL DO CABO	0	ARRAIAL DO CABO
RJ	HOSPITAL GERAL MUNICIPAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS	0	PORTO REAL
RJ	HOSPITAL MATERNIDADE MUNICIPAL DE SEROPÉDICA	0	SEROPÉDICA
RJ	HOSPITAL MATERNIDADE THERESA SACCHI DE MOURA	0	BARRA MANSA

**TABELA 1 | ESTABELECIMENTOS HABILITADOS
A PROCEDIMENTOS DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA**

UF	ESTABELECIMENTO	LEITOS DO SUS	MUNICÍPIO
RJ	HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE PIABETÁ – VEREADOR HUGO BRAGA	0	MAGÉ
RJ	HOSPITAL MUNICIPAL ANGELA MARIA SIMOES MENEZES	0	CASIMIRO DE ABREU
RJ	HOSPITAL MUNICIPAL CONDE MODESTO LEAL	0	MARICÁ
RJ	HOSPITAL MUNICIPAL DA MULHER	0	CABO FRIO
RJ	HOSPITAL MUNICIPAL DE PINHEIRAL AURELINO GONCALVES BARBOSA	0	PINHEIRAL
RJ	HOSPITAL MUNICIPAL DESEMBARGADOR LEAL JUNIOR – HMDLJ	0	ITABORAÍ
RJ	HOSPITAL MUNICIPAL DR CELSO MARTINS	0	CACHOEIRAS DE MACACU
RJ	HOSPITAL MUNICIPAL DR MUNIR RAFFUL	0	VOLTA REDONDA
RJ	HOSPITAL MUNICIPAL DR RODOLPHO PERISSÉ	0	ARMAÇÃO DOS BÚZIOS
RJ	HOSPITAL MUNICIPAL DRA NAELMA MONTEIRO DA SILVA	0	RIO DAS OSTRAS
RJ	HOSPITAL MUNICIPAL HUGO MIRANDA	0	PARATI
RJ	HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ RABELLO DE MELLO	0	GUAPIMIRIM
RJ	HOSPITAL MUNICIPAL MARIANA MARIA DE JESUS	0	QUISSAMÃ

**TABELA 1 | ESTABELECIMENTOS HABILITADOS
A PROCEDIMENTOS DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA**

UF	ESTABELECIMENTO	LEITOS DO SUS	MUNICÍPIO
RJ	HOSPITAL MUNICIPAL MOACYR RODRIGUES DO CARMO	0	DUQUE DE CAXIAS
RJ	HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DA PIEDADE	0	RIO CLARO
RJ	HOSPITAL MUNICIPAL SÃO FRANCISCO XAVIER	0	ITAGUAÍ
RJ	HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOÃO BATISTA	0	VOLTA REDONDA
RJ	HOSPITAL MUNICIPAL VICTOR DE SOUZA BREVES	0	MANGARATIBA
RJ	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO CARMO	0	CARMO
RJ	HOSPITAL ORENCIO DE FREITAS	0	NITERÓI
RJ	HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DE MACAÉ – HPM	0	MACAÉ
RJ	HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	0	RIO BONITO
RJ	HUV – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE VASSOURAS	0	VASSOURAS
RJ	IFF – FIOCRUZ	0	RIO DE JANEIRO
RJ	MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ	0	RIO DE JANEIRO
RJ	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRA MANSA	0	BARRA MANSA

**TABELA 1 | ESTABELECIMENTOS HABILITADOS
A PROCEDIMENTOS DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA**

UF	ESTABELECIMENTO	LEITOS DO SUS	MUNICÍPIO
RJ	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RESENDE	0	RESENDE
RJ	SMS – HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO AP 33	0	RIO DE JANEIRO
RJ	SMS – HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE AP 32	0	RIO DE JANEIRO
RJ	SMS – HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO DA SILVA TELLES	0	RIO DE JANEIRO
RJ	SMS – HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA AP 52	0	RIO DE JANEIRO
RJ	SMS – MATERNIDADE CARMELA DUTRA AP 32	0	RIO DE JANEIRO
RJ	SMS –HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHÃES	0	RIO DE JANEIRO
RJ	UERJ – HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	0	RIO DE JANEIRO
TOTAL DE LEITOS		0	
TOTAL DE ESTABELECIMENTOS		49	

FONTE: DATASUS/CNESNET (2021)

No município de Duque de Caxias, o estabelecimento de referência para o procedimento é o **Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo**.

Na cidade do Rio de Janeiro, temos a **Maternidade Escola da UFRJ**, o **Instituto Fernandes Figueira**, o **Hospital Maternidade Herculano Pinheiro**, o **Hospital Municipal da Piedade**, o **Hospital Municipal Francisco da Silva Telles**, o **Hospital Municipal Rocha Faria**, a **Maternidade Carmela Dutra**, o **Hospital Maternidade Fernando Magalhães** e o **Hospital Universitário Pedro Ernesto**.

Importante ressaltar que, como previsto na Lei de Planejamento Familiar, “é condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado após a informação dos riscos da cirurgia”. Esse destaque é relevante pois a lei nasceu da necessidade de tentar conter uma onda de laqueaduras que se deu entre os anos 1970 e 1990, principalmente entre as populações mais vulnerabilizadas. Ainda hoje, há **denúncias** de mulheres que foram submetidas ao procedimento sem o devido consentimento. Esta prática configura evidente ofensa à sua integridade física e psicológica, bem como à sua autonomia reprodutiva.

CANAIS DE DENÚNCIAS



Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos

Além da Central de Atendimento à Mulher – **Ligue 180**, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) tem outros canais de denúncia sobre violação de direitos e violência contra a mulher, como o aplicativo **Direitos Humanos Brasil**.

Na página da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH) – <https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/> – é possível realizar atendimento via chat, videochamadas em libras e pelo WhatsApp **+55 61 99656-5008**.

Telegram: basta digitar “*Direitoshumanosbrasilbot*” na busca do aplicativo. Após receber uma mensagem automática, a(o) cidadã(o) será atendida(o) por uma pessoa da equipe da central única dos serviços. A denúncia recebida será analisada e encaminhada aos órgãos de proteção, defesa e responsabilização em direitos humanos.

Ministério da Saúde – Ouvidorias

“A Lei nº 13.460, de 26/06/17, informa que para garantir seus direitos, o usuário poderá apresentar manifestações perante a administração pública acerca da prestação de serviços públicos, as quais serão dirigidas à ouvidoria do órgão”.

 <https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvidoria-do-sus>

Canais da Ouvidoria Geral do SUS

 DISQUE SAÚDE: 136

 FORMULÁRIO ON-LINE:

<http://www.gov.saude/pt-br/canaisdeatendimento>

Ouvidoria Secretaria Estadual de Saúde – Rio de Janeiro

 Rua México, 128, Centro, Sala 514
CEP: 20.031-142 – Rio de Janeiro/RJ

 0800 025525

 www.saude.rj.gov.br/ouvidoria

Ouvidorias Hospitalares

Ouvidoria Descentralizada nas unidades hospitalares pertencentes à estrutura estadual de saúde:

 <https://www.saude.rj.gov.br/ouvidoria/participe/2019/02/ouvidorias-hospitalares>.

Secretarias de Saúde /Ouvidorias Municipais

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

 CENTRAL DE ATENDIMENTO 1746: www.1746.rio.gov.br

 OUVIDORIAS DAS UNIDADES: www.rio.rj.gov.br/web/sms/ouvidoria

 OUVIDORIA GERAL: www.rio.rj.gov.br/ouvidoria

MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS

 OUVIDORIA DA SAÚDE: <http://www.saude.duquedecaxias.rj.gov.br/contato.php>

 (21) 2773-6345; (21) 2773-6317



Direito ao parto humanizado e Lei das Doulas

“Os dados [da pesquisa Nascer Brasil] sugerem a necessidade de mudanças rápidas na assistência ao parto no Brasil, sob a pena de se estabelecerem, a longo prazo, padrões irreversíveis de morbidade materna e neonatal, em consequência das intervenções desnecessárias”.

MARIA LUIZA G. RIESCO, 2014

O QUE É PARTO HUMANIZADO?

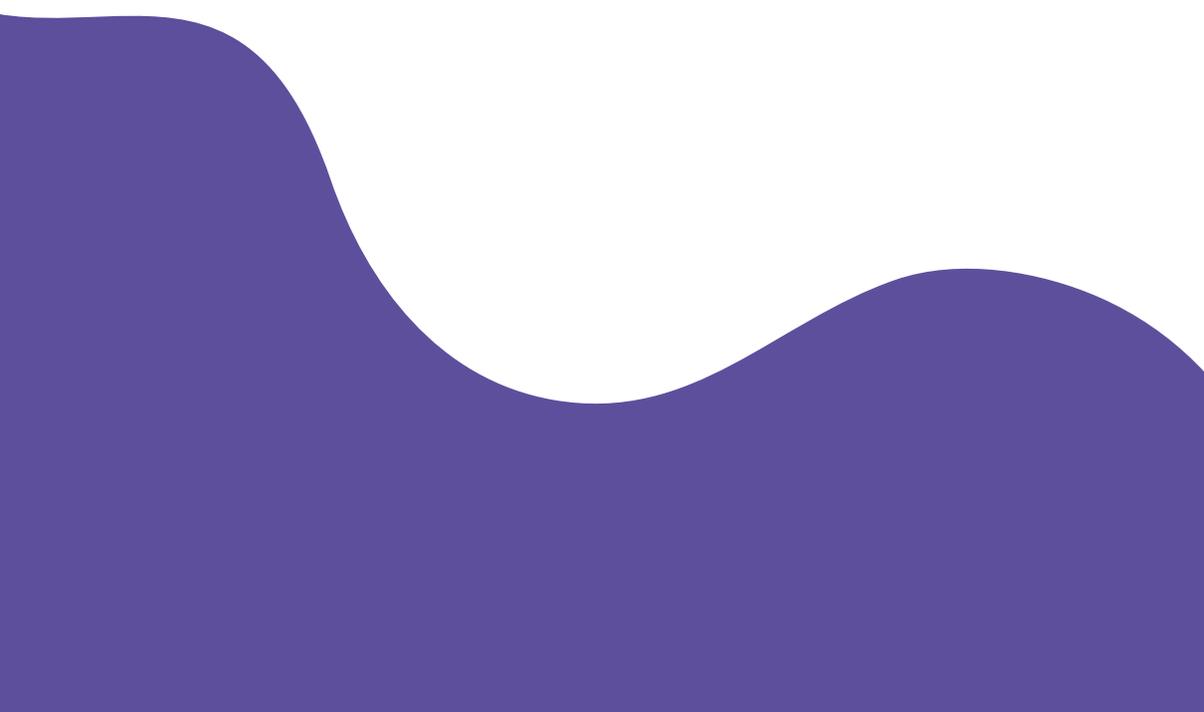
O parto humanizado é parte integrante dos direitos reprodutivos. O movimento de humanização do parto se baseia num tripé que envolve: **1)** o parto centrado na mulher, com respeito à autonomia e ao protagonismo feminino; **2)** o entendimento do parto como um evento multidimensional (biopsicossocial, holístico e espiritual) e não como um ato médico; **3)** a medicina baseada em evidências com o uso dos melhores estudos científicos disponíveis para a tomada de decisão².

2. Veja entrevista com a obstetra Melania Amorim: <https://www.youtube.com/watch?v=Bf9OMWltqWA>.

Assim, tendo como cerne essa retomada do protagonismo feminino no processo, todo tipo de parto pode ser humanizado, sendo cesárea ou natural, porque este é um processo de acompanhamento de eventos fisiológicos que não precisam ser “aperfeiçoados”, mas que devem ser observados dentro das particularidades de cada mulher, com o intuito de evitar intervenções cirúrgicas sempre que possível.

O parto humanizado visa produzir mudanças em determinadas condutas e práticas utilizadas na atenção à saúde da mulher que se traduzem em violência. Dentre as formas de violência obstétrica que sofrem gestantes, parturientes e puérperas estão: imposição de rotinas no parto vaginal; interferências obstétricas; intervenção médica e medicamentosa sem consentimento; desrespeito à autonomia e ao poder de escolha da mulher; discriminação socioeconômica, religiosa, étnica, e por orientação sexual, entre outras.

Na prática, um parto humanizado deve ser encarado menos como um evento médico e mais como um acontecimento natural, fisiológico, psicológico e emocional, no qual se destaca a atenção à mulher como protagonista do processo de nascimento e o respeito às suas escolhas, para que ela se sinta segura, amparada e confortável.





VALE DESTACAR EM UM PARTO HUMANIZADO

- **Anestesia:** pode ser aplicada, se assim for o desejo da mulher ou em casos necessários, desde que haja o consentimento da gestante;
- **Direito à informação:** antes de qualquer procedimento, a equipe deve informar, orientar e saber a opinião da mulher ou do casal sobre a ação a ser executada. O exame de toque é um exemplo;
- **Acompanhante:** a **Lei 11.108/2005** garante à gestante o direito de ter um acompanhante no momento do parto, que será alguém de sua escolha (companheiro, familiar, ou uma outra pessoa indicada pela parturiente);
- **Contato com o bebê:** logo após o nascimento a mulher pode ter o primeiro contato pele a pele com o(a) filho(a) e, inclusive, amamentar;
- **Local do parto:** é escolha da mulher o lugar onde deseja parir (hospital, casa de parto, ou o próprio domicílio — mediante acompanhamento da equipe de parto), desde que a gravidez tenha se mostrado tranquila e de baixo risco. Caso as condições financeiras sejam um empecilho para a realização do parto domiciliar, procure informações junto às associações de doulas e parteiras da sua cidade e informe-se sobre a existência de cotas de atendimento social.

No estado do Rio de Janeiro, o direito ao parto humanizado nas redes pública e privada de saúde é garantido pela **Lei Ordinária nº 7.191, de 6 de janeiro de 2016**, que foi alterada recentemente pela **Lei 9.238/2021**.

COMO CONSEGUIR UM PARTO HUMANIZADO?

A mulher deve se informar com a(o) médica(o) que acompanha a gestação se ela(e) e a equipe que a(o) apoia trabalham o parto de forma humanizada, seja normal ou cesariana. Se a(o) obstetra já defende a cirurgia como melhor meio, sem fundamentos específicos (saúde da mulher, condições do feto, intercorrências na gestação), dificilmente este será um profissional que oferecerá um parto humanizado. Outra crítica que os movimentos de mulheres fazem é que os convênios médicos, que pagam por número de procedimentos realizados, estimulam técnicas de parto fundamentadas na praticidade, rapidez e previsibilidade (com dia e hora marcados), o que em muitos aspectos vai contra o que preconiza a humanização do parto como momento único de atenção à mulher, **respeitando o tempo da parturiente e do bebê**.

ONDE CONSEGUIR ATENDIMENTO?

Como esta é uma questão de direito, a garantia do atendimento humanizado está condicionada ao preparo técnico das(os) profissionais e das instituições de saúde, associada à melhor informação e conscientização de direitos por parte das mulheres para que possam reivindicá-los.

No entanto, há estabelecimentos onde o parto natural e o atendimento humanizado fazem parte do regimento interno e da sua filosofia, como no caso das casas de parto. No Rio de Janeiro, a Casa de Parto David Capistrano Filho, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, é a única referência neste tipo de atendimento.

Diante do desafio de uma mudança de cultura social e profissional em relação ao parto — no sentido de priorizar o procedimento natural, reduzindo os índices de cirurgias cesáreas e, ao mesmo tempo, oferecendo à mulher um processo de gestação, parto e pós-parto humanizado —, um apoio técnico tem se colocado como alternativa desejável: a doula. Neste sentido, procurar uma doula para obter orientação e indicação de profissionais que atendam de forma humanizada pode ser um caminho viável. No estado do Rio de Janeiro, a **DOULASRJ** (Associação de Doulas do Rio de Janeiro) apresenta cadastro de doulas por localidade e outras informações sobre essas profissionais.

FAÇA VALER SEU DIREITO A UM PARTO HUMANIZADO

1. Faça um plano de parto

Plano de parto é um documento, assegurado pela Lei Ordinária 7.191/2016, feito pela gestante que descreve como ela deseja que sejam os procedimentos em todas as etapas do nascimento, em consonância com a saúde da parturiente e do bebê. Segundo especialistas, a presença de um plano de parto ajuda no atendimento à gestante pois demonstra esclarecimento quanto a direitos da mulher e traz recomendações prioritárias à equipe de saúde. Além disso, o plano de parto assegura de forma documental a vontade da mulher.

O artigo 8º da lei assegura que, se houver necessidade de realização de procedimentos contrários ao constante do Plano Individual de Parto, estes deverão ser devidamente informados à mulher ou, em caso desta não estar em condições, ao(à) acompanhante, preferencialmente antes de sua realização.

Para saber mais sobre este instrumento, visite www.despertardo-parto.com.br e www.portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br.

2. Converse com a(o) médica(o) obstetra que a acompanha

Se informe com a(o) médica(o) que acompanha sua gestação se ela(e) e a equipe que a(o) apoia trabalham o parto de forma humanizada, seja normal ou cesariana, e explicita suas opiniões e seus desejos. Pergunte, inclusive, se ela(e) costuma realizar episiotomia com frequência ou em quais situações. Pergunte os critérios que a(o) levam a optar pela realização de cesáreas e observe se suas recomendações estão baseadas em evidências científicas. Não tenha medo de mudar de médica(o) caso não se sinta acolhida ou à vontade com a(o) obstetra atual.

3. Faça valer o direito de ter uma(um) acompanhante

Durante o trabalho de parto e o pós-parto, a(o) acompanhante pode ajudar a observar possíveis casos de procedimentos não autorizados pela parturiente, a inibir situações de violência obstétrica ou mesmo servir como testemunha de tal violência.

IMPORTANTE!

Existe um aplicativo denominado “**Carteirada do Bem**”, desenvolvido pela Alerj (Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro), que auxilia a mulher e seus familiares, nos casos de impedimento, sobre os procedimentos para que se cumpra a lei do acompanhante. Para encontrá-lo, procure na sua loja de aplicativos Android ou Apple.



4. Procure a Defensoria Pública



Em caso de negativa ou impedimento do direito ao parto humanizado, denuncie. Através deste canal de justiça é possível denunciar irregularidades e fazer valer o direito garantido por lei.

A Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro atua por meio do Núcleo Especial de Direito da Mulher e de Vítimas de Violência:

 www.defensoria.rj.def.br/Cidadao/NUDEM

 (21) 2332-6371

 nudem.defensoriarj@gmail.com



LEGISLAÇÃO

Portaria 569 de 1º de junho de 2000: Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do **Sistema Único de Saúde**.

Lei 7191 de 06 de janeiro 2016: Dispõe sobre o Direito ao Parto Humanizado na Rede Pública e Privada de Saúde no Estado do Rio de Janeiro e dá Outras Providências. (Redação dada pela Lei nº 9238/2021).

O QUE SÃO DOULAS?

Doulas são mulheres contratadas, à escolha das gestantes, que oferecem suporte e apoio contínuo durante a gestação, o trabalho de parto e o pós-parto. Profissionais formadas cujos objetivos são proporcionar bem-estar, suporte físico e emocional contínuo e apoio no aleitamento materno, focando em práticas de humanização para um parto respeitoso e a consequente redução da violência obstétrica.

“A presença da doula permite que os profissionais responsáveis pela saúde da dupla mulher-bebê possam concentrar-se em suas atividades, pois a Doula dará a atenção e o apoio emocional que as parturientes precisam durante o trabalho de parto”.

No estado do Rio de Janeiro duas leis garantem a atuação de doulas no ciclo gravídico-puerperal: a **Lei Estadual 7.314/16**, que permite o acesso das profissionais em dependências dos organismos de saúde do estado do Rio de Janeiro e prevê políticas públicas para a atuação das doulas durante a gravidez, o parto e o pós-parto; e a **Lei Estadual 8.307/19**, que cria o programa “Toda Mulher Merece Doula”, estabelecendo diretrizes e normas à atuação destas profissionais na atenção à saúde.

Segundo o **Núcleo Carioca de Doulas**, estudos mostraram que o suporte contínuo durante todo o trabalho de parto foi uma estratégia que melhorou os resultados de partos, considerando: o aumento de partos vaginais espontâneos; a redução de partos por fórceps, extrator a vácuo, e risco de cesárea; a redução de necessidade de analgesia ou anestesia local; a redução de nascidos com **Apgar** baixo; e a redução de mulheres com percepções negativas em relação ao parto.



TABELA 2 | RESULTADOS RELATIVOS AOS TIPOS DE SUPORTE NO PARTO

INDICADOR	EQUIPE TÉCNICA	DOULA	FAMILIAR/ AMIGA
Uso de ocitocina durante o parto	Aumento de 6%	Redução de 31%	Não houve diferença
Parto vaginal espontâneo	Não houve diferença	Aumento de 12%	Não houve diferença
Cesárea	Não houve diferença	Redução de 28%	Não houve diferença
Sentimentos negativos em relação ao parto	Não houve diferença	Redução de 34%	Redução de 43%

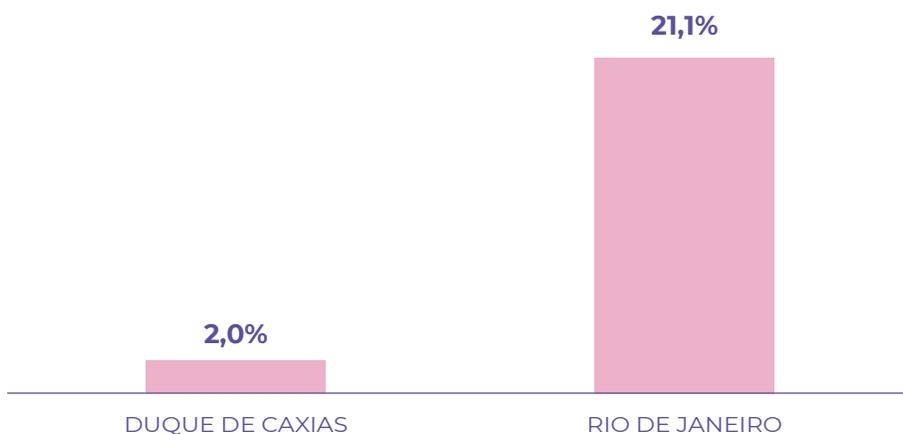
FONTE: www.doulasrio.wordpress.com

CARÊNCIA DE OFERTA DE UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICA

A rede de saúde se reflete como mais um obstáculo à saúde reprodutiva da mulher e ao seu direito ao atendimento de qualidade. De acordo com dados do **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, do Ministério da Saúde**, há em todo o estado 440 leitos de obstetrícia e neonatologia.

INDICADOR 1 | DIREITO À VIDA SEGURA DAS MULHERES

SITUAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE LEITOS DE OBSTETRÍCIA E NEONATOLOGIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (2020) (%)



FONTE: Datasus/CNESNET

Em Duque de Caxias, há ao todo nove leitos obstétricos e de neonatologia, o que representa apenas 2% do total disponível no estado. Já na cidade do Rio de Janeiro, temos 93 leitos, que correspondem a 21,1% do total.

UNIDADES DE SAÚDE – MATERNIDADES

CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO

A “Casa de Parto” ou “Casinha”, como é chamada pelas usuárias, atende à população do bairro de Realengo e das proximidades, na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro.

 Av. Pontalina, S/N – Realengo – Rio de Janeiro – RJ
 (21) 3462-5593

MATERNIDADES MAIS PRÓXIMAS DA COMUNIDADE DO BOREL, NO MUNICÍPIO DO RIO

Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda

 Rua Moncorvo Filho, 67 – Centro
 (21) 2252-3416

Hospital Maternidade Fernando Magalhães

 Rua General José Cristino, 87 – São Cristóvão
 (21) 3878-2327

Maternidade do Hospital Municipal Miguel Couto

 Rua Mário Ribeiro, 117 – Leblon
 (21) 3111-3742

MATERNIDADES EM DUQUE DE CAXIAS

Maternidade Santa Cruz da Serra

 Av. Automóvel Clube, 275 – Santa Cruz da Serra
 (21) 2252-3416

SES RJ Hospital Estadual Adão Pereira Nunes

 Rod. Washington Luiz, BR 040 KM 109 – Jardim Primavera
 (21) 2777-5258



A “rota crítica”

A falta de profissionais capacitadas(os) para o atendimento especializado à mulher vítima de violência; a falta de integração entre os serviços de atendimento; a repetição do relato da violência reiteradas vezes durante o fragmentado caminho percorrido pela mulher em busca de atendimento; e a falta ou a precariedade do atendimento em serviços especializados são obstáculos que caracterizam a violência institucional nomeada de “**rota crítica**”.

O acesso a direitos garantidores da vida segura para a mulher demanda a expansão e a capacitação de profissionais de serviços de atendimento especializado de gênero e de vítimas de violência doméstica e familiar.

Observamos, assim, o descredenciamento de unidades de saúde aptas ao procedimento de interrupção de gestação para casos de gravidez resultante de violência sexual; o atendimento desqualificado em delegacias de polícia diante de casos de violência contra a mulher; a desativação de aparelhos municipais de atendimentos psicossociais à mulher e de centros de abrigo; o descumprimento ao direito a acompanhante a gestantes durante o parto e no pós-parto, entre outros.

O primeiro passo na direção de reivindicação por direitos é saber que estes são, de fato, direitos adquiridos. O segundo é fazer valer esses direitos através de denúncias.



Violência obstétrica

Ainda não existe no Código Penal Brasileiro uma tipificação que caracterize a violência obstétrica. Por isso, nos baseamos na tipificação das leis venezuelanas e argentinas para defini-la.

A violência obstétrica se caracteriza pela **“apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vidas das mulheres”**.

Em suma, **é a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras, explícitas ou veladas.**

É praticada por quem realiza a assistência obstétrica: médicas(os), enfermeiras(os), técnicas(os) em enfermagem, ou qualquer outra(o) profissional que preste esse tipo de assistência.

Toda gama de violações sofridas por mulheres durante a gestação, do parto ao pós-parto ou durante o atendimento em situações de abortamento, deixa marcas físicas e psicológicas.

ALGUNS PROCEDIMENTOS QUE CARACTERIZAM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

- **Negar atendimento ou impor dificuldades de acesso a serviços:** ações que levam a uma peregrinação por atendimento durante o pré-natal e por leito na hora do parto;
- **Tricotomia:** raspagem dos pelos pubianos, procedimento desnecessário para a realização do parto;
- **Enema:** lavagem intestinal durante o trabalho de parto, procedimento que não deve ser feito de forma rotineira;
- **Manobra de Kristeller:** pressionar a barriga da mulher para forçar a saída do bebê. É um método desaconselhado pelo Ministério da Saúde;
- **Episiotomia:** “cortezinho” no períneo sem necessidade, sem anestesia ou sem informar à mulher;
- **Uso compulsório de ocitocina:** utilização do hormônio que provoca as contrações do útero sem necessidade ou sem informar à gestante. O uso recomendado é apenas em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto ou que correm perigo em consequência de pequena perda de sangue;
- **Exames de toque frequentes (em excesso):** realizados muitas vezes, por diferentes pessoas e sem consentimento. A recomendação é que esse exame seja efetuado em intervalos de quatro horas na fase ativa do trabalho de parto;
- **Agressão verbal e psicológica:** frases e comentários que menosprezam, prejudgam, ofendem a integridade da mulher no momento de fragilidade;
- **Proibir alimentação:** privar a ingestão de alimentos leves e água durante o trabalho de parto, que pode levar horas e enfraquecer ainda mais a gestante;
- **Obrigar a mulher a permanecer deitada em posição ginecológica, segurar ou amarrá-la:** a gestante precisa ter liberdade de movimento para explorar a posição que a deixa mais confortável;
- Negar anestesia, mesmo no parto vaginal;
- Efetuar cesárea forçada, ou seja, procedimento de parto cirúrgico sem indicação de necessidade clínica comprovada;
- **Impedir a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato:** toda mulher tem direito ao acompanhamento por pessoa de sua escolha, conforme a Lei 11.108 de 2005;
- **Privação do contato pele a pele:** a mãe tem direito de segurar o bebê e o amamentar logo após o nascimento;
- Dificultar o aleitamento materno na primeira hora de vida da(o) bebê;
- Negar atendimento ou dificultá-lo à mulher em situação de abortamento;
- Questionar, coagir, ameaçar ou culpabilizar a mulher gestante em situação de abortamento.

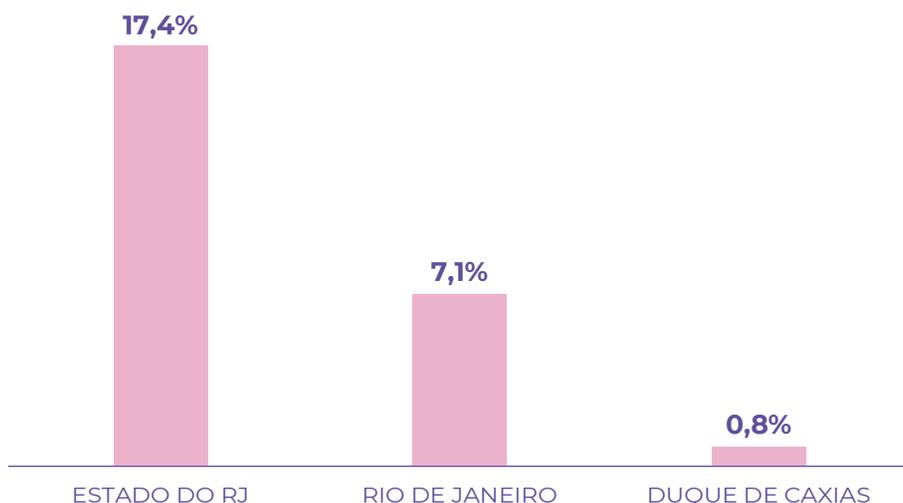
Um estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo/SESC em 2010 chegou à estimativa de que uma em cada quatro mulheres já sofreu violência obstétrica no Brasil.

A pesquisa “Nascer no Brasil” aponta que mulheres pretas e pardas têm menor chance de privacidade durante o atendimento no trabalho de parto e no parto e menor satisfação com o tempo de espera no atendimento **(d’Orsi et al. 2014:S164)**.

Dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos totalizaram, em 2020, 223 denúncias de mulheres vítimas de violência obstétrica em todo Brasil. No estado do Rio de Janeiro foram registradas 38 denúncias, que correspondem a 17,4% do total nacional, sendo 16 (7,1%) ocorridas no município do Rio de Janeiro. Houve 2 denúncias apuradas para o município de Duque de Caxias.

INDICADOR 2 | DIREITO À VIDA SEGURA DAS MULHERES

SITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SEGUNDO DENÚNCIA (2020) (%)



FONTE: MMFDH/ONDH

NA GESTAÇÃO

Assegurado pela Lei nº 9.263, de 1996, o acompanhamento pré-natal de mulheres grávidas é um serviço de atenção básica à saúde, garantido pelo Sistema Único de Saúde (Art. 3, inciso II), e considerado garantia fundamental à dignidade humana da mulher.

Assim, negar ou impor dificuldade ao atendimento; agendar cesárea sem base em evidências científicas; constranger a mulher através de comentários sobre sua conduta moral, religião, condição social (situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, cor, etnia, crença, idade) e econômica; ofender, humilhar e xingar a gestante ou sua família; e aparentar menosprezo ou indiferença ao realizar procedimentos que incidam sobre o corpo da mulher e lhe causem dor desproporcional são alguns dos exemplos de violência obstétrica observados no período da gestação³.

NO PARTO

“Tanto no setor público quanto no privado o modelo prevalente de atenção obstétrica é tecnocrático, caracterizado pela adoção de intervenções obstétricas tradicionais, sem considerar evidências científicas e os aspectos subjetivos relacionados à experiência parturitiva”

D'ORSI ET AL. 2014:S155.

3. Os exemplos tiveram como base a cartilha “Violência Obstétrica, você sabe o que é?”.

O parto pode ser considerado um momento de extrema vulnerabilidade, mas, também, de empoderamento e força, sem ambiguidades. Isso porque a vulnerabilidade se relaciona a uma situação desigual de condição física perante os demais, e empoderamento e força se relacionam à situação da mulher como protagonista da concepção.

É no instante de vulnerabilidade da mulher durante o processo de parto que a violência obstétrica pode causar danos mais graves, desde traumas psicológicos e sequelas que abalam de forma dramática a vida dessas mulheres até óbitos.

NO PÓS-PARTO

Desde maio de 2014, através da **portaria nº 371**, foram instituídas diretrizes da atenção integral e humanizada à(o) recém-nascida(o) no SUS. Dentre as recomendações constam: assegurar o contato pele a pele imediato da(o) recém-nascida(o) com a mãe (desde que esteja com o ritmo respiratório normal); permitir o aleitamento materno na primeira hora de vida da(o) bebê (exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas – vírus causadores da AIDS); realizar o clampeamento do cordão umbilical após cessadas as pulsações (entre um e três minutos); e postergar os procedimentos de rotina da(o) recém-nascida(o) nessa primeira hora de vida⁴.

Todas essas medidas fazem parte de um atendimento humanizado e, caso não sejam adotadas pela equipe médica, podem ser solicitadas pela mulher e por seu(sua) acompanhante (que, inclusive, podem deixá-las sinalizadas no Plano de Parto). A negativa ou o impedimento de realização implica em uma violação de direito da mulher e da(o) recém-nascida(o).

4. Entende-se como procedimentos de rotina: exame físico, pesagem e demais medidas antropométricas, e vacinação, entre outros.

Como já foi sinalizado anteriormente, é assegurada à mulher a permanência do(a) acompanhante no período de pós-parto, independente do gênero. E todo procedimento efetuado com a mulher e a(o) bebê precisa ser previamente informado.



O QUE FAZER EM CASO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA GESTAÇÃO, NO PARTO E NO PÓS-PARTO?

- Procure ter sempre alguém que possa acompanhá-la nas consultas e exames da fase pré-natal, assim ficará mais segura e terá uma testemunha caso seja necessário;
- Requisite o prontuário médico da mulher vítima e da(o) bebê na unidade de saúde onde sofreu a violência. São documentos da paciente por direito;
- Denuncie o caso ao Ministério Público Federal, que fiscaliza o cumprimento da lei junto a unidades de saúde públicas e privadas.;
- Denuncie o caso ao Conselho de Ética da unidade de saúde onde sofreu a violência;
- Denuncie o caso em conselhos de categoria, como o Conselho Regional de Medicina (CRM) e conselhos profissionais equivalentes no caso de outros profissionais autores da violência;
- Denuncie na Secretaria de Saúde do município ou na ouvidoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em caso de ser beneficiária de plano de saúde;
- Denuncie no canal “Ligue 180”;
- Também é possível fazer a denúncia através de advogada(o) particular contratada(o) pela vítima.

Usualmente, a mulher vítima de violência obstétrica tem o prazo de três anos contados da data do ocorrido para promover ação judicial buscando reparação pelos danos materiais, estéticos e/ou morais sofridos.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA TEM COR

A **pesquisa “Nascer no Brasil”**, organizada pela Fiocruz entre 2011 e 2012 com parturientes, através de registros hospitalares, lançou luz sobre a violência obstétrica e demonstrou que:

“as condições socioeconômicas, demográficas e características do tipo de serviço e do tipo de parto determinam como os profissionais de saúde tratam as mulheres em termos de violência, respeito, privacidade, tempo de espera para ser atendida, clareza nas explicações, possibilidade de fazer perguntas e participação nas decisões e que esses aspectos determinam a satisfação geral com o atendimento ao parto”.

D'ORSI ET AL. 2014:S157

No caso de mulheres negras (pretas e pardas), este panorama é ainda mais realista, uma vez que são elas que estão, em sua maioria, na base da pirâmide socioeconômica. Observa-se, assim, a influência do componente racial na violência obstétrica a partir de estereótipos, menosprezo e desrespeito ao corpo.

“[...] mesmo mulheres negras com acesso ao sistema privado de saúde sofrem com discriminação e racismo [...]” (**Racismo na saúde: nas maternidades do Brasil, a dor também tem cor. Carta Capital, 03/03/2020**).

“Estereótipo da mulher negra como mais forte é um dos fatores que podem levar a situações de violência obstétrica. Especialistas defendem que, para reverter o cenário, são necessárias medidas educativas voltadas aos profissionais da saúde” (**Racismo obstétrico: violência na gestação, parto e puerpério atinge mulheres negras de forma particular. Portal Geledés, 15/07/2021**).

Gestantes pretas e pardas são as mais afetadas pela assistência inadequada do pré-natal. **Menos de 70% de mulheres negras tiveram seis ou mais consultas de pré-natal, enquanto para mulheres brancas este percentual é de quase 80%. Mulheres pretas se destacam com maior percentual de uma a três consultas apenas (13,4%), em comparação a pardas (9,6%) e brancas (7,3%).**

“O estudo da Fiocruz escancarou também outras disparidades raciais no atendimento de mulheres grávidas. Segundo a pesquisa, mulheres negras possuem maior risco de ter um pré-natal inadequado, realizando menos consultas do que o indicado pelo Ministério da Saúde; têm maior peregrinação entre maternidades, buscando mais de um hospital no momento de internação para o parto; e frequentemente estão sozinhas, com ausência de acompanhante durante o parto” (**Mulheres negras sofrem mais violência obstétrica. ABRASCO, 06/03/2020**).

Abortamento legal

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em consenso com os acordos e pactos internacionais firmados⁵ pelo governo brasileiro e com a Constituição Federal de 1988, através da **Lei Federal nº 9.263 de 1.996** e da Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos/MS/2005, regulamentam o papel do estado a partir das instâncias gestoras de Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à implementação de serviços para atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual, além da ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento, garantindo à mulher assistência integral à saúde.

A **Lei 12.845, de 2013**, regulamentou o atendimento obrigatório e integral a pessoas em situação de violência sexual e concedeu todos os meios à gestante para interrupção da gravidez em decorrência de estupro. Pelo texto, não é necessário que a mulher apresente boletim de ocorrência nem que faça exame de corpo de delito.

Apesar da liberalização do aborto ser uma das pautas dos movimentos de mulheres no Brasil e em várias partes do mundo, o **Código Penal Brasileiro, no art. 128**, aponta que somente é permitido o aborto em casos de risco à vida da mulher gestante, casos de gravidez resultante de estupro, e casos de fetos anencefálicos.

5. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher de 1994 (Convenção de Belém do Pará — ONU); Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) de Cairo (1994); e IV Conferência Mundial sobre a Mulher de Beijing (1995).



SITUAÇÕES PARA O ABORTO LEGAL

1. Vítimas de violência

- Mulheres grávidas por consequência de violência sexual;
- Gestação em período limite de até 20ª ou 22ª semana ou feto com peso previsto de até 500 gramas;

2. Risco de vida

- Mulheres grávidas com risco de vida;
- Gestação em qualquer momento;

3. Gravidez de feto anencefálico (ADPF nº 54)

- Falta de condição física do feto anencefálico de sobreviver ao parto, ou de sobrevivência por poucas horas ou dias.

Vale salientar que os procedimentos necessários para o atendimento de mulheres vítimas de violência sexual seguem protocolos internos necessários que, asseguradas algumas particularidades relacionadas ao funcionamento de cada estabelecimento de saúde, compreendem os **seguintes passos**:

- Protocolo ambulatorial de emergência para atendimento de profilaxia (ações e medidas necessárias para evitar ou minimizar interação de agentes infecciosos com o organismo, com o objetivo de evitar contágio de doenças) com medicamentos contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), anticoncepção de emergência e encaminhamento a atendimento multidisciplinar para avaliação da necessidade de abortamento legal, quando solicitado;
- Atendimento multidisciplinar para exames auxiliares para determinar a idade gestacional, por exemplo; acolhimento psicológico; informações sobre todos os requerimentos legais necessários para poder realizar o procedimento e sobre os métodos de abortamento, entre outros;

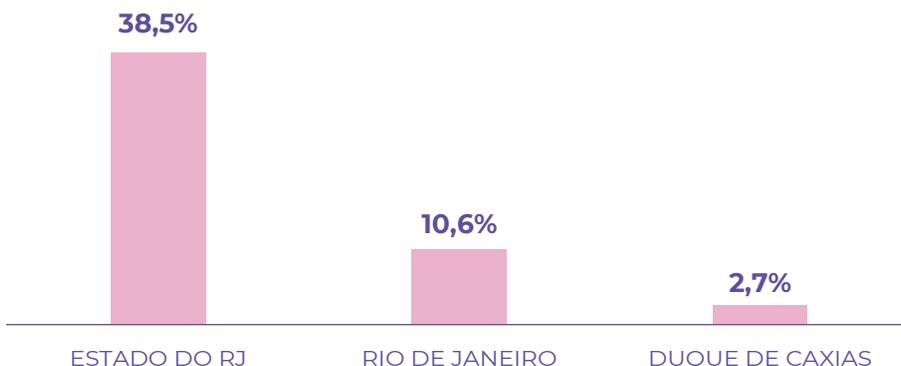
- Avaliação de requerimento e consentimento para realizar o abortamento: autorização de terceiros se for o caso (pais/tutor legal, ou outros), autorização de comissões médicas (realizadas por mais de um especialista ou médico).

Um processo demorado e desestimulante, que exige da vítima alto nível de determinação e autoestima em um momento em que esses sentimentos estão em sentido oposto e, muitas vezes, sua palavra sofre descrédito.

A violência obstétrica nesses casos acontece na forma de desrespeito aos direitos legais e imposição de conceitos morais que resultam em um conjunto de violências (física, psicológica, verbal, atitudes de negligência) fundamentadas na ideia de culpabilização da gestante. A vulnerabilidade da mulher associada a um atendimento desumanizado em casos de abortamento legal pode ser observada em ações como demora ou negativa do atendimento; procedimentos evasivos sem o uso de anestesia; procedimentos sem o consentimento da mulher; questionamentos à intencionalidade do aborto; ameaças, culpabilização, acusação e coação com a finalidade de obter confissão da mulher para possível denúncia de crime.

Dados do Sistema Único de Saúde de 2019 totalizaram 362 procedimentos de interrupção de gravidez no estado do Rio de Janeiro, que correspondem a 38,5% do total de 938 procedimentos realizados no país naquele ano. No município do Rio de Janeiro foram 100 abortos legais, representando 10,6% do total realizado no país, e, em Duque de Caxias, 26 abortos legais (2,7%).

SITUAÇÃO DE ABORTO LEGAL – INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ POR RAZÕES MÉDICAS OU LEGAIS (2019) (%)



FONTE: Datasus

O primeiro esclarecimento que serve como orientação para mulheres que buscam o serviço de aborto legal é que não há necessidade de registro policial ou laudo do IML (Instituto Médico Legal) para que o procedimento seja realizado. Também não são necessários exames complementares nem autorização através de alvará judicial. Todos os trâmites legais são realizados no serviço hospitalar pela equipe responsável e a legislação dá garantia de veracidade ao que relata a vítima.

Na verdade, qualquer hospital que ofereça serviços de ginecologia e obstetrícia deve ter estrutura física e de pessoal para realizar **aborto legal**, mas é comum obter negativa do estabelecimento de saúde. Segundo o **Mapa do Aborto Legal**, apenas quatro instituições no estado do Rio de Janeiro realizam o procedimento:

- Hospital da Mulher Heloneida Studart (São João de Meriti)
- SMS Maternidade Carmela Dutra (Rio de Janeiro)
- Hospital Maternidade Fernandes Magalhães (Rio de Janeiro)
- Maternidade Escola da UFRJ (Rio de Janeiro)

A mulher vítima — ou seu representante legal, em casos de menores ou outros grupos vulneráveis — deverá fazer junto à equipe médica o relato da situação que a levou a requerer o aborto e assinar um termo de aprovação da interrupção da gestação, bem como o consentimento livre e qualificado. **Tudo isso é realizado no hospital.**

Como no parto, orienta-se a mulher a ter um(a) acompanhante nesse processo, para que tenha não só um apoio (psicológico e afetivo) em momento de vulnerabilidade, mas também uma testemunha em caso de negativa do serviço ou violência obstétrica.

OUTRAS ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

- Não deixe o tempo passar. **O procedimento de abortamento legal para casos de violência sexual tem um limite de idade gestacional de até a 22ª semana.** O exame de ultrassom pode ser utilizado para estimar melhor o tempo de gestação, mas não para induzir a mulher a desistir do aborto;
- Tente se informar sobre unidades de saúde que realizam o procedimento de **abortamento legal** para tentar otimizar o tempo e como respaldo em caso de negativa de atendimento;
- Se o médico se negar a fazer o procedimento, alegando objeção de consciência, a unidade de saúde deve delegar o atendimento a outro profissional médico;
- Se, após passar pelo atendimento de avaliação sobre a legalidade do procedimento de aborto, o mesmo for recusado, a mulher tem direito a requerer acesso ao prontuário médico com a justificativa sobre a recusa;
- Se não conseguir atendimento, procure apoio junto à Defensoria Pública e seus núcleos de atendimento e denuncie nas ouvidorias dos sistemas de saúde municipal, estadual ou federal (**Ministério da Saúde**).



O tempo é condição fundamental para que o procedimento de abortamento legal seja realizado de forma bem-sucedida e menos traumática possível para as vítimas. Portanto, situações que dificultam o atendimento a mulheres que recorrem ao sistema de saúde produzem o inverso do que preconizam as políticas de atenção básica e de saúde reprodutiva da mulher: ao invés de acolher, as constroem.

Diante da recusa do atendimento e do conseqüente recurso das vítimas a órgãos de Justiça para fazer valer seus direitos, o tempo dispendido tem conseqüência significativa no prazo limite para a realização do aborto e diminui as chances de que este seja feito de maneira segura e assistida. Infelizmente, não há dados disponíveis para estimar o tempo médio gasto pela mulher que tenta buscar atendimento no sistema de saúde para abortamento legal.

ADPF 442: DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO ATÉ A 12ª SEMANA DE GESTAÇÃO

Ação judicial proposta no Supremo Tribunal Federal que defende a descriminalização da interrupção voluntária da gestação até a 12ª semana da gravidez — o que significa a exclusão do Código Penal do crime de aborto, tanto para a mulher quanto para quem a ajuda a abortar (Código Penal, nos **artigos 124 e 126**).

Ainda não há prazo para o julgamento da ação.



O QUE É OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA?

A objeção de consciência pode ser definida como um conflito entre a lei em questão, que deve ser respeitada, e a consciência pessoal ou a crença de cada indivíduo (profissional de saúde), que é usada como justificativa para descumprir tal lei. No entanto, o limite para este posicionamento se faz em relação aos direitos das outras pessoas e, neste caso, manter a objeção deixa de ter o sentido de admitir posições diferentes para significar resistência à lei.

A objeção de consciência alegada por profissionais de saúde em relação ao aborto legal **se constrói em volta de um conflito entre a norma penal e a possibilidade ética de salvar vidas, resguardando seus princípios morais, religiosos, éticos ou filosóficos.**

Já em casos em que a mulher chega à unidade de saúde em um processo de abortamento incompleto, malsucedido ou com complicações provenientes de abortamento, por se tratar de urgência médica, a objeção de consciência não pode ser alegada. Sendo assim, o atendimento à mulher é obrigatório, podendo o profissional incorrer em negligência ou omissão caso mantenha a objeção.

Vale ressaltar que a norma técnica “**Atenção humanizada ao abortamento**”, do Ministério da Saúde, inclui a assistência ao abortamento em condições seguras para mulheres e adolescentes, independentemente dos preceitos morais e religiosos dos profissionais de saúde. E, incitando uma postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres. Para saber mais, consulte: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf.



COMO FAZER UMA DENÚNCIA? COMO PROCEDER EM CASO DE ALEGAÇÃO DE OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA POR PARTE DA EQUIPE MÉDICA?

A princípio, a negação de atendimento à mulher em situação em que o aborto é legalmente autorizado sob alegação de objeção de consciência é assegurada por lei ao profissional de saúde. No entanto, ela não se aplica às unidades de saúde públicas, que, na qualidade de representantes do Estado, deverão encaminhar e amparar a mulher para atendimento por outro(a) profissional da instituição e garantir a realização do procedimento ou transferir a paciente para uma unidade onde possa realizá-lo (com a garantia de transporte e todos os processos necessários para tal).

Caso esses direitos te sejam negados:

- Recorra à ouvidoria da instituição de saúde onde o atendimento foi negado e denuncie o profissional;
- Faça requerimento junto à administração da instituição de saúde e tome posse de seu prontuário de atendimento médico (se tiver ocorrido algum atendimento antes da negativa do procedimento);
- Busque apoio e orientação jurídica através da Defensoria Pública ou de advogada(o) particular;
- Denuncie o caso junto a outras ouvidorias.

CANAIS DA OUVIDORIA GERAL DO SUS

 DISQUE SAÚDE: 136

 FORMULÁRIO ON-LINE:

<http://www.gov.saude/pt-br/canaisdeatendimento>

OUVIDORIA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE RIO DE JANEIRO

 Rua México, 128, Centro, Sala 514

CEP: 20.031-142 – Rio de Janeiro/RJ

 0800 0255525

 www.saude.rj.gov.br/ouvidoria

DEFENSORIA PÚBLICA NUDEM

 nudem.defensoriarj@gmail.com

 (21) 2332-6371



FIQUE ATENTA!

O único documento exigido para a submissão de interrupção de gravidez em casos previstos em lei é o consentimento da mulher.

Não é obrigatório o registro de ocorrência policial para o atendimento à mulher vítima de violência sexual ou para a realização do aborto legal. No entanto, a paciente deve ser orientada sobre o direito à denúncia da violência.

Você pode requerer uma cópia do seu prontuário de atendimento hospitalar ou em unidade de saúde onde foi atendida.

O preenchimento deste documento é obrigatório e fica arquivado e à disposição por 20 anos após o atendimento. Seu conteúdo tem divulgação protegida e só pode ser apresentado mediante consentimento escrito do paciente.

A possibilidade de requisição do prontuário médico está prevista no Código de Ética Médica, nos **artigos 87 e 88**. Basta que você redija um requerimento e o encaminhe à direção do hospital ou da unidade de saúde onde teve atendimento.

Mais informações sobre o requerimento de prontuário médico e modelo de requerimento em **Blog Parto em Rondônia** e **ONG Artemis**.



UMA PUBLICAÇÃO:



ibase
INSTITUTO BRASILEIRO
DE ANÁLISES SOCIAIS
E ECONÔMICAS

PARCERIA:



IDRC · CRDI

Canada



UNIVERSITY
of York

Centre for
Applied Human Rights