

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
FACULDADE DE DIREITO DE ALAGOAS – FDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO PÚBLICO

Bruna Sales Moura

**AUTONOMIA DAS MULHERES: UM ESTUDO SOBRE A ESCOLHA DE VIA DE
PARTO NAS INSTITUIÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM
ALAGOAS.**

Maceió /AL

2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
FACULDADE DE DIREITO DE ALAGOAS – FDA
MESTRADO EM DIREITO

BRUNA SALES MOURA

**AUTONOMIA DAS MULHERES: UM ESTUDO SOBRE A ESCOLHA DE VIA DE
PARTO NAS INSTITUIÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM
ALAGOAS.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito Público da Universidade Federal de Alagoas – FDA/UFAL, na área de vinculação de Fundamentos Constitucionais dos Direitos, linha I - Direitos Humanos fundamentais: análise crítica do(s) constitucionalismo(s), de suas manifestações sociais e interpretação, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Direito Público.

Orientador: Prof. Dr. Andreas Joachin Krell

Maceió /AL

2024

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Valter dos Santos Andrade – CRB-4 – 1251

M929a Moura, Bruna Sales.

Autonomia das mulheres: um estudo sobre a escolha de via de parto nas instituições do Sistema Único de Saúde (SUS) em Alagoas / Bruna Sales Moura. – 2024.

[150] f. : il.

Orientador: Andreas Joachin Krel.

Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Direito de Alagoas, Programa de Pós-Graduação em Direito Público, Maceió, 2024.

Bibliografia: f. 114-125.

Apêndices: f. [126-150].

1. Gravidas - Autonomia. 2. Parto – Escolha. 3. Dignidade da pessoa humana. 3. Bioética. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDU: 342.7:618.4

Folha de Aprovação

AUTORA: BRUNA SALES MOURA

Autonomia das mulheres: um estudo sobre a escolha de via de parto nas instituições do sistema único de saúde (SUS) em alagoas

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Direito Público da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 15 de março de 2024.

Documento assinado digitalmente
 ANDREAS JOACHIM KRELL
Data: 28/09/2024 16:11:19-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Andreas Joachin Krell
Orientador

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 OLGA JUBERT GOUVEIA KRELL
Data: 28/09/2024 16:06:27-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Olga Jubert Gouveia Krell
Examinadora interna

Prof. Dr. Juliana de Oliveira Jota Dantas
Examinadora interna

Documento assinado digitalmente
 JESSICA HIND RIBEIRO COSTA
Data: 28/09/2024 16:27:02-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Jessica Hind Ribeiro Costa
Examinadora externa

À minha mãe, meus filhos Bento, Mel e Laís e a todas as mulheres que integram minha vida e meu ciclo.

AGRADECIMENTOS

Querida família, amigos e orientador, hoje, ao concluir esta etapa importante da minha vida acadêmica, quero expressar minha profunda gratidão a todos que estiveram ao meu lado ao longo desta jornada. Nada mais plural aconteceu em minha vida, e assim como o nascimento de um de uma vida, requer o esforço de uma rede de pessoas, nos cuidados com o bebê e da mãe que nasce, parir essa dissertação não foi diferente.

Um batalhão de pessoas se movimentaram com um único propósito de fazer nascer essa pesquisa. Em analogia com o tema que atravessa minha vida, e esse trabalho, diferente dos meus outros três partos, não foi tão humanizado assim, embora com todo apoio e reforços criados, veio carregado de muito choro, desespero, adoecimentos, noites em claro, muita aspiração em desistir e lições para além da academia, que sozinha jamais seria capaz atravessar e dar vida ao que agora se materializa.

Fazer ciência com, e na, maternidade, não é missão fácil, é fruto de muita resistência e de um plural que jamais imaginaria que fosse necessário, até entrar nesta jornada. E privilegiadamente tive uma grande rede em meu favor com quem puder não apenas contar, mas me deleitar do apoio irrestrito, e que conta com várias e várias pessoas que não conseguirei nomear nesse singelo agradecimento, mas que trago de forma resumida aquelas que estiveram direta e cotidianamente e representam um gama de forças que somaram para que hoje eu pudesse apenas agradecer por persistir.

Aos meus pais, pelo amor incondicional, apoio emocional e incentivo constante, sou eternamente grata. Vocês foram minha base e inspiração para alcançar meus objetivos.

Ao meu marido, pelo amor, cuidado e por compreender minhas ausências me dando o suporte necessário durante os momentos desafiadores, que não foram poucos. Aos meus filhos Bento, Mel e Lalá, pela inspiração e por serem fonte do maior paradoxo da vida, pois são o motivo da minha mais pura alegria e dos meus maiores desesperos. Vocês são o motivo das minhas noites em claro e do impulso mais profundo em construir um mundo melhor.

À minha sócia Anne Caroline, as parceiras de trabalho e clientes, pelo suporte no ambiente profissional e por compreender as demandas extras que este período exigiu de mim. A parceria

de vocês, foi fundamental para conciliar as responsabilidades acadêmicas, profissionais e da vida pessoal.

Ao meu orientador, a quem carinhosamente chamamos de Krell, pela paciência, sabedoria, empatia e orientação precisa ao longo deste trabalho. Em meio tantas dificuldades dentro da academia, encontrei em você, um verdadeiro acolhimento. Sua experiência e conhecimento foram essenciais para o desenvolvimento da minha pesquisa.

A professora Jessica Hind, Juliana Jota e Olga Krell pela disponibilidade, dedicação e tempo investido na leitura e análise tão amorosa e cuidadosa do meu estudo, bem como pelas contribuições que certamente trarão, para o aprimoramento da minha pesquisa. Agradeço a oportunidade de aprender com suas experiências e conhecimento, e por compartilhar suas percepções durante a defesa do meu trabalho.

Às amigas que estiveram presentes, oferecendo palavras de encorajamento e apoio nos momentos difíceis, meu muito obrigada. Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para que eu chegasse até aqui, referências de vida que impulsionaram meu caminhar e me fizeram não desistir. Esta conquista não seria possível sem o apoio de cada um de vocês.

Com carinho,

Bruna

Liberdade é não ter medo.

Nina Simone

RESUMO

A presente pesquisa teve seu desenvolvimento centrado na possibilidade do exercício da autonomia das mulheres que vivenciam os partos nas instituições públicas do Estado de Alagoas. Sendo assim, dentro da perspectiva interdisciplinar, buscou-se analisar a temática: a partir da seguinte problematização: “É conferido às gestantes a possibilidade exercício da autonomia na escolha da via de parto nas instituições públicas de saúde, vinculadas ao Sistema Único de Saúde, no Estado de Alagoas?” O objetivo geral proposto foi analisar as condições destas mulheres, diante da quantidade e da qualidade de informações que recebe (ou recebeu) durante a gestação para tomada de decisão livre e esclarecida acerca da via de parto que lhes convém. Visando desenvolver o objetivo geral foram debatidos os seguintes temas ao longo do trabalho: o direito social à saúde como requisito para garantia da dignidade da pessoa humana; a importância acesso ao parto seguro, informado e amparado em medicina baseada em evidências; as vulnerabilidades econômicas e sociais podem impactar diretamente na eleição da via de parto e, a classificação das correntes Bioética, com destaque para as correntes Princípalista e Latino-Americana. No plano metodológico, foi utilizado o método de abordagem de natureza quali-quantitativo, tendo como raciocínio o hipotético dedutivo, que possibilita uma análise mais profunda das relações, tendo como procedimento uma pesquisa de campo, com a análise de entrevistas através de formulários realizados através da plataforma Google Forms. A partir da pesquisa realizada de forma empírica cruzando os dados com o referencial teórico previamente levantado, é possível concluir que gestantes não conseguem exercer a sua autonomia na escolha da via de parto nas maternidades públicas do Estado de Alagoas, o que representa uma violação aos princípios bioéticos e garantias a direitos fundamentais.

Palavras chaves: autonomia; dignidade da pessoa humana; bioética; escolha via de parto;

ABSTRACT

This research was developed centered on the possibility of exercising autonomy for women who experience childbirth in public institutions in the State of Alagoas. Therefore, within the interdisciplinary perspective, we sought to analyze the theme: based on the following problematization: “Pregnant women are given the possibility of exercising autonomy in choosing the route of delivery in public health institutions, linked to the Unified Health System, in the State of Alagoas?” The proposed general objective was to analyze the conditions of these women, given the quantity and quality of information they receive (or received) during pregnancy to make a free and informed decision about the route of birth that suits them. Aiming to develop the general objective, the following topics were discussed throughout the work: the social right to health as a requirement to guarantee the dignity of the human person; the importance of access to safe, informed birth and supported by evidence-based medicine; economic and social vulnerabilities can directly impact the choice of birth route and the classification of Bioethics currents, with emphasis on the Principlalist and Latin American currents. At the methodological level, the qualitative-quantitative approach method was used, with hypothetical deductive reasoning as its reasoning, which enables a deeper analysis of relationships, using field research as a procedure, with the analysis of interviews using forms carried out through of the Google Forms platform. From the research carried out empirically, crossing the data with the theoretical framework previously raised, it is possible to conclude that pregnant women can not to exercise their autonomy in choosing the route of birth in public maternity hospitals in the State of Alagoas, which represents a violation of the principles bioethics and guarantees of fundamental rights.

Keywords: autonomy; dignity of human person; bioethics; choose delivery route.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA: UM ENFOQUE PARA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO PARTO	10
2.1 HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO COM ÊNFASE NO PROTAGONISMO FEMININO NO PROCESSO DE GESTAR E PARIR	10
2.2 DIRETRIZES PARA UMA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DIGNA.....	17
2.3 UMA ANÁLISE DO CONCEITO DE AUTONOMIA DA PARTURIENTE A PARTIR DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA	26
3 CRITÉRIOS DE EXERCÍCIO DA AUTONOMIA: A ESCOLHA DA MULHER NO PARTO A PARTIR DA BIOÉTICA	39
3.1. ANÁLISE DA AUTONOMIA A PARTIR DA BIOÉTICA PRINCIPALISTA	39
3.2. VULNERABILIDADES SOCIAIS E A BIOÉTICA LATINO-AMERICANA.....	52
3.3. DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS A PARTIR DA BIOÉTICA FEMINISTA	57
4 EXPECTATIVAS, VIVÊNCIAS E AUTONOMIA: UMA ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE PARTO NA REDE PÚBLICA DE ALAGOAS EM 2023	60
5. A CAMINHO DE UMA DIGNA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO SUS.....	91
5.1. DIFICULDADES E DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DOS PARTOS HUMANIZADOS	92
5.2. PLANO DE PARTO COMO POSSÍVEL MEIO DE EXERCÍCIO DA AUTONOMIA	100
5.3. NECESSÁRIA INTERVENÇÃO PARA CORREÇÃO DE VULNERABILIDADE NO ÂMBITO DO GESTAR E PARIR	106
6. CONCLUSÃO.....	110
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
8. APÊNDICE A - Questionário	126
9. ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	144

1. INTRODUÇÃO

O processo de gestar e parir vem sendo tratado, cada dia que passa, como uma questão de saúde, onde eventos fisiológicos e naturais vêm sendo dominados por saberes médicos e intervenções baseadas em protocolos e orientações a partir da ótica e premissa dos profissionais de saúde. Ocorre que, esse cenário recente, em comparação com milênios de partos sem acesso à formação médica e obstétrica vem extirpando o papel conferido às mulheres durante sua parturição, impondo limitações e restrições ao exercício de direitos fundamentais e consequentemente impedindo o gozo de um parto digno e respeitoso que guarneça, sobretudo, a dignidade da parturiente neste momento.

Recentemente ocorreram mudanças significativas no âmbito das normativas para o parto, quer seja no Brasil, quer seja no mundo. Em meados de 2019, por exemplo, o Conselho Federal de Medicina emitiu a resolução nº 2.232/2019¹ que estabeleceu normas éticas para a recusa terapêutica, dentre a possibilidade de ignorar os atos de disposição de vontade das mães durante o parto, assim como impor tratamento mesmo havendo objeção, obrigando as gestantes a passarem por intervenções médicas mesmo que não concordem.

Diante de tal fato, o Ministério Público Federal ajuizou ação civil pública sob nº 5021263-50.2019.4.03.6100, para ter revogado alguns dispositivos da resolução. Tal resolução dava margem para que o exercício da autonomia das parturientes na escolha de procedimentos durante o parto fosse caracterizado como violência, na medida em que estabelecia que o gozo deste protagonismo ameaçava a liberdade do profissional, desconsiderando uma análise sistemática do Código de Ética e disciplina da profissão, que garante ao paciente o poder de decidir livremente sobre os procedimentos, bem como o compromisso de esclarecimento e respeito às decisões, quando este não encontra-se em iminente risco de morte.

A liberdade, a igualdade, a vida, a autonomia da vontade, a segurança, a saúde, são bens jurídicos invioláveis tratados no artigo 5º da Carta Magna², desta forma, é imposição supralegal a observância do Princípio da Legalidade na regulamentação de direitos e obrigações. O esbulho da autonomia de vontade, expressamente prevista em uma resolução expedida pelo Conselho Federal de Medicina denota a postura comumente adotada na prática

¹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.232/2019 de 17 de julho de 2019.** Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232> acesso em 15 mai. 2021

² BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 mai. 2021.

da assistência a mulheres em instituições e por pessoas que deveriam zelar pela qualidade da assistência e garantir a saúde.

Tal fato é marcado por uma hierarquia na relação médico-paciente, a qual é agravada com as interseccionalidades de gênero, raça, classe social, que atravessam a história do parto, juntamente com a modernização e as práticas intervencionistas no ambiente hospitalar e a precária assistência à saúde pública. Assim, migra-se do cenário de um parto humanizado e naturalizado, muitas vezes acompanhado por parteiras, para um ambiente hostil e dominado por procedimentos e saberes desconhecidos pela maioria das mulheres.

Com isso o objeto desta pesquisa é avaliar se o direito subjetivo à autonomia da vontade da gestante na escolha pela via do parto no Sistema Único de Saúde – SUS está amparado por garantias constitucionais, principalmente pela dignidade da pessoa humana exercida através do livre exercício da autonomia. É intenção da pesquisa, ainda, verificar a influência das construções sociais nesse cenário de perpetuação de abuso a direitos das mulheres, com ênfase no cenário do parto e da gestação, e a interferência da bioética na compreensão da autonomia.

Através de uma abordagem interseccional, reconhecendo as dificuldades enfrentadas acerca da compreensão de questões técnicas e complexas, a pesquisa busca compreender se, e em que medida, gestantes usuárias do SUS, conseguem escolher a via de seus partos e as circunstâncias em que ele ocorre, exercendo a sua autonomia, o que perpassa por questões sociais, culturais e por vezes se caracteriza como (mais) uma forma de violência de gênero, potencializando a vulnerabilidade destas mulheres no exercício de forma livre e esclarecida de seu direito.

Esta tarefa, no entanto, não pode prescindir uma interdisciplinaridade horizontal entre saber jurídico e ciências sociais, estabelecendo um desafio à conservadora tradição jurídico brasileiro, qual seja, a necessidade de tratar da temática da saúde, propondo o estabelecimento de diálogo permanente entre as normatizações e regulamentações que serão apresentadas ao longo da primeira sessão do trabalho e a realidade encontrada na assistência prestada, notadamente no âmbito do SUS.

Frente a não discriminação, ao direito à igualdade e a autonomia, mulheres³ lutam por sua dignidade durante o parto, por informação e por um serviço capaz de traduzir o que a

³ É válido salientar, que embora o título e toda abordagem para essa pesquisa seja voltada para mulheres, esse trabalho reconhece a possibilidade de homens transgênero gestarem e corpos não femininos com útero. Por uma

legislação pátria lhes garante. Isso tudo para que elas não precisem renunciar a direitos mínimos e estejam sujeitas a vivenciar uma cirurgia cesariana sem indicação ou sofrer um parto permeado de violência.

A gestação para a sociedade é vista como algo feminino ligado ao ser mulher, e costumeiramente pensado a partir de lógicas culturais de um contexto que envolve relações de poder, relações de gênero, para além das questões biológicas⁴. Outro ponto relevante é acerca da abrangência territorial escolhida para estudo, o estado de Alagoas, estado natural desta pesquisadora, e estado em que deu à luz aos seus três filhos. Local em que exerce majoritariamente as suas atividades profissionais como advogada, e que teve possibilidade de ter contato direto como doula aos serviços de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Circunstâncias em que pôde perceber a escassez de dados científicos e estudos que se debrucem na localidade sobre parto e nascimento, com a perspectiva do direito, acima de tudo, com o olhar voltado para dignidade e autonomia. As pesquisas que envolvem o exercício da autonomia da mulher estão normalmente localizadas em dados colhidos no Sul, Sudeste e Centro Oeste do país, e que se distanciando da realidade vivenciada no Nordeste.

Mulheres gestam e parem em todos os lugares, das mais variadas formas, em contextos sociais e realidades diferentes, e essas manifestações e construções sociais são vetores para problematização da análise proposta neste trabalho. Embora não seja assunto de abordagem principal, mas a violência obstétrica é uma realidade presente na assistência prestada às mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal, embutida em uma cultura de que a melhor via de parto é aquela menos traumática e menos dolorosa, mais rápida e mais limpa, conduzindo, assim, as mulheres a temerem um parto vaginal.

Condição esta que se consolidam através de ofensas aos direitos fundamentais à integridade física, emocional e até mesmo psicológica, dando espaço para propagação de um parto cirúrgico, fora de uma concepção da medicina baseada em evidências científicas, causando nas mulheres uma sensação ilusória de ser a cirurgia menos invasiva, dolorosa e, portanto, mais benéfica.

questão meramente metodológica e de delimitação do objeto de estudo, optou-se por debruçar na análise dos impactos da autonomia exclusivamente em mulheres.

⁴ REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 5.ed. 1987. p.15

Importante salientar que o enfoque principal da pesquisa não é debruçar-se especificamente sobre a violência obstétrica, mas tão somente analisar os impactos deste tipo de violência de gênero no exercício da autonomia da mulher na hora de escolher a sua via de parto, como parâmetro norteador na escolha da forma de parir das mulheres.

Outra consideração relevante a ser abordada neste momento, embora já ventilada anteriormente considerando as razões da escolha, é a delimitação da pesquisa no âmbito do Sistema Único de Saúde. Afinal é na esfera do serviço público que as taxas de cirurgias cesarianas eletivas apresentam-se como menores, e as usuárias encontram em regra em situação de maior vulnerabilidade, seja ela social, de informação ou econômica, para além do gênero.

O recorte acima não assegura que dentro do setor privado a autonomia na escolha da via de parto é algo consolidado, como existente ou inexistente, mas tão somente compreende que a prestação de serviço e atenção à gestação, ao parto e ao nascimento dentro destes setores, apresentam-se em realidades distintas, e, portanto, devem ser analisadas de forma individualizadas para considerar as intersecções e atravessadores específicos, obtendo dados e informações mais delimitadas e pontuais acerca do que se pretende analisar.

Em suma, o estudo se propõe a responder aos seguintes questionamentos: será que gestantes, no âmbito do SUS, conseguem exercer sua autonomia da vontade na hora decidir a via de parto para o nascimento de seus filhos? E se conseguem exercer, será que essa autonomia é amparada por garantias fundamentais, lastreadas pela dignidade da pessoa humana, ou a decisão das mulheres é resultado de uma coerção provocada pelas condições em que elas são submetidas durante a gestação e o parto e da entrega insuficiente de condições físicas e psíquicas para essa escolha?

O método de abordagem será de natureza quali-quantitativo, através de raciocínio hipotético dedutivo, que possibilita uma análise mais profunda das relações, dos processos e dos fenômenos que não serão reduzidos à operacionalização de variável⁵, circunstância em que será enfrentada a problemática da autonomia da mulher na escolha da via de parto, em um processo de interferência dedutiva para testar a ocorrência de seus fenômenos.

A pesquisa será diametralmente dividida em três etapas:

⁵ MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

A primeira é a do levantamento da produção científica sobre o tema, caracterizando uma Revisão de Literatura. Um dos caminhos que a pesquisa pretende percorrer para alcançar o seu objetivo terá como base a revisão de literatura, através do levantamento de artigos na base de dados Scielo e Bireme. Além das bases de indexação, serão consultados, igualmente, livros e periódicos sobre a temática para construção do marco teórico da pesquisa.

A segunda fase está focada nas entrevistas realizadas com as mulheres, puérperas, através de uma **pesquisa de campo *ex-post-facto***, buscando investigar o exercício da autonomia das mulheres na escolha da via de parto, através da aplicação de questionário com perguntas objetivas, contendo respostas em múltipla escolha, promovido através de plataforma *online* google forms, e por meio de questionários precedidos de TCLE.

Através de solicitação ao CEP da Universidade Federal do Alagoas, através de CAAE 72212223.3.0000.5013, e obtida a aprovação através de Parecer: 6.302.115, a referida pesquisa foi realizada atendendo aos critérios abaixo definidos:

Critério de inclusão – mulheres, maiores de 18 anos de idade, que tenham parido na rede pública de assistência à saúde no estado de Alagoas, no ano de 2023, e que aceitem de forma voluntária participar da pesquisa.

Critério de exclusão – mulheres em situação de abortamento, mulheres menores de dezoito anos de idade, mulheres pariram em data anterior a 2023.

Critério de recrutamento – mulheres que pariram em maternidades públicas localizadas no Estado de Alagoas, as quais receberão o convite para participar da pesquisa através da própria autora desde que atendido os critérios de inclusão, através de rede de contatos da pesquisadora, sendo o link encaminhado para outras gestantes de maneira orgânica e espontânea até que se compreenda o número da amostragem sugerida (96).

Critério de interrupção – agravamento da situação da pandemia COVID-19, alcance da quantidade de amostras pretendidas, motivo de força maior.

Riscos – impactos emocionais que o questionário e as perguntas podem ocasionar na pessoa entrevista, causando irritabilidade ou algum desconforto proveniente de uma memória negativa da experiência que ela pode ter vivenciado. Causar uma percepção distorcida acerca do exercício da autonomia no parto. E a depender da postura e da necessidade da entrevistada para minimizar os riscos serão repassadas as informações necessárias, além de palavras e gestos de acolhimento.

Benefícios – Os dados coletados através da pesquisa possibilitarão a análise acerca da autonomia da mulher na escolha da sua via de parto, dentro do SUS, permitindo a compreensão sobre o exercício da autonomia, considerando o princípio da dignidade da pessoa humana e o acesso integral a uma saúde de qualidade, como direito social, constitucionalmente garantido. Com isso, espera-se que ao final da pesquisa, o resultado seja apresentado às maternidades em que as entrevistas foram coletadas, esperando, assim, melhorias na assistência as quais se reverter ao em benefício da população do Estado de Alagoas.

Amostra – Segundo DATASUS, no município de Maceió, onde será aplicado os questionários, em 2020, houve um número total de 13.710 partos na rede pública, grupo que se pretende estudar. Considerando um grau de confiabilidade de 95% e uma margem de erro de 10%, sera considerada uma **amostra de 96 mulheres**, calculados com base na fórmula abaixo:

$$\text{Tamanho da amostra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Onde “N” representa o tamanho da população, “e” a margem de erro e “z” o escore z, considerando o grau de confiança.

Metodologia de análise de dados: A realização de pesquisas se dará através de formulários eletrônicos online, utilizando a plataforma *Google Forms*, enviados pela pesquisadora principal, pela metodologia boal de neve, selecionando como “semente” a rede de doulas do estado de alagoas, e mulheres residente nas periferias do interior de Rio Largo, que poderão encaminhar para sua rede de contato disseminando a pesquisa para busca de dados. Os dados serão analisados mediante a identificação de categorias analíticas, a partir da bioética e da análise de direitos fundamentais, das informações transmitidas para as entrevistadas e sobretudo, e principalmente, pretende-se analisar as condições de autonomia presentes no parto, notadamente em relação à via de parto. Elementos como a influência socioeconômica, acesso à informação e condições cognitivas de absorção das informações no momento da escolha da via de parto, igualmente, analisados. Os dados da pesquisa serão armazenados eletronicamente, sob a responsabilidade da pesquisadora principal, por um período de, no mínimo, cinco anos, e os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos científicos, bem como em publicações idôneas

A terceira etapa consistirá na análise dados demográficos de pesquisas já existentes como a base de dado do DATASUS e a Agência Nacional de Saúde, assim como com as informações colhidas de pesquisas realizadas como Dossiê pariras com dor, Nascer no Brasil e outros identificados a partir das buscas realizadas, na primeira etapa, fazendo uma correlação dos dados colhidos e dos demais dados existentes, para conclusão e teste das hipóteses levantadas.

O estudo será dividido em quatro seções, na primeira, será elucidado acerca da dignidade da pessoa humana, com enfoque voltado para atenção à saúde da mulher durante seu ciclo gravídico puerperal, e trazendo breve relato histórico acerca da assistência ao parto no Brasil e apresentando as diretrizes e recomendações legais previstas no ordenamento que amparam os direitos das gestantes e parturientes, e a forma como este procedimento está atrelada à dignidade enquanto premissa não apenas de saúde, mas também a partir de autonomia, fazendo uma abordagem enquanto conceito filosófico e enquadramento jurídico, para a partir dessa análise abrir caminho para as discussões bioéticas.

Ademais é válido salientar que durante o trabalho a gestação deve ser interpretada como um processo fisiológico e natural, e portanto saudável, como consectário lógico, careceria está condita em uma experiência livre de coerção e manipulação propiciando condições para o exercício da autonomia, sem deixar de considerar que em situações que guarneçam a saúde materno-infantil, a equipe de saúde deve adotar as medidas necessárias baseadas em evidências científicas, e lastreadas pelas recomendações e protocolos que regem o parto, principalmente as publicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saude (MS).

Apesar de não ser objeto específico do presente estudo, necessário pontuar que para compreender a essência das questões aqui trazidas é importante tomar consciência das noções de gênero, enquanto conceito socialmente, historicamente e culturalmente construído, a partir de uma alteridade masculina e patriarcal. Todas essas questões fazem parte da forma como a mulher exerce seu plano parental, sua maternidade e o seu processo de gestar, parir e maternar, na sociedade.

Na segunda seção, será aprofundado o tema da autonomia das mulheres, a partir da bioética. Para falarmos em autonomia, é indispensável compreender o que é e quais são os critérios que possam ser compreendidos como válida para que o indivíduo possua capacidade para autodeterminação e possibilidades objetivas para sua escolha, sem isso não podemos considerar autonomia, mas sim a ausência dela, usurpando do ser humano a sua dignidade como

princípio norteador do estado democrático de direito. “Para ser livre igual e capaz de exercer sua cidadania, todo indivíduo precisa ter satisfeitas as necessidades indispensáveis à sua existência física e psíquica.”⁶ Dentro deste cenário a Bioética possui várias correntes, das quais destacou-se três para aprofundamento deste trabalho.

Pode-se definir a Bioética como o estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar. A discussão sobre demandas bioéticas no plano teórico, muitas vezes leva em consideração a vertente da Bioética Principlista e os quatro princípios clássicos sugeridos pelos autores Beauchamp e Childress⁷, quais sejam: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

Apesar de a bioética estar arraigada às suas origens americanas, com a corrente supramencionada, não se limita a esta realidade, aplicando-se a vários povos e contextos. Para que a bioética seja incorporada as diferentes tradições, necessário se faz que sejam consideradas as características e culturas do local em que se insere. Com a América Latina não seria diferente.

Trata-se, pois, de uma corrente compromissada com os problemas, e soluções, inerentes aos países subdesenvolvidos. Alguns autores da Bioética latino-americana sugerem, a partir desta perspectiva, que estabelecendo o problema a bioética não deve se deter no seu mero estudo, estabelecendo ações institucionais contundentes para efetivar a necessária inclusão. Esta proposta, inserida nos estudos da Bioética Latino-americana, recebe a denominação de bioética da intervenção, que consiste numa “estratégia mais adequada para atingir os objetivos da verdadeira justiça social”⁸.

Após melhor compreensão acerca do aparato teórico e filosófico, a pesquisa de campo tenta apresentar como esse sistema funciona na prática, e será conteúdo da terceira sessão deste trabalho, considerando toda metodologia de análise e critérios já apresentados. Direitos sociais como a saúde são atravessados pela temática, sobretudo dentro do SUS, local

⁶ BARROSO, Luís Roberto **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação**. Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010.

⁷ BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. **Principles of biomedical ethics**. 7ª ed. New York: Oxford University Press; 2013.

⁸ SIQUEIRA, José Eduardo. Ensaio sobre Vulnerabilidade Humana. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma (Orgs.) **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

onde as vulnerabilidades sociais são acentuadas, e de que forma será assegurado a mulheres a sua dignidade durante o parto garantindo sua autonomia na escolha da via de parto.

Correlacionando a dados de outras pesquisas já existentes, será possível perceber a realidade encontrada no estado de Alagoas, para além do viés teórico e filosófico apresentado nos capítulos anteriores, e sobretudo a partir de uma análise imparcial e centrada na garantia de direitos e deveres fundamentais as mulheres assistidas pelo SUS.

O desfecho da pesquisa na quarta sessão propõe-se a discutir três pontos importantes, a partir dos estudos realizados no âmbito do território alagoano, inicialmente apontado as dificuldades e os desafios encontrados no cenário de parto para implementação de um parto respeitoso e humanizado, que possibilite a garantia de direitos fundamentais e o livre exercício da autonomia, não apenas na decisão da via eleita, mas também durante todo parto.

Apresentando como saída para fortalecimento do empoderamento o plano de parto⁹ como ferramenta possível como mecanismo para auxiliar a parturientes na tomada de decisão e exercício da sua autonomia. Assim como a construção dos movimentos de humanização do parto, como vetor de provocação do aparelhamento estatal para o exercício de uma postura ativa no sentido de promover condições ao exercício de direitos no parto. Humanizar o parto impõe, portanto, a garantia de condições básicas que guarneçam a dignidade humana, e assegure direitos fundamentais em especial para os mais vulneráveis.

“A assistência humanizada ao parto remete à necessidade de uma nova abordagem que o compreenda como uma experiência verdadeiramente humana. Receber, ouvir, orientar e criar vínculos são aspectos essenciais do cuidado às mulheres nesse contexto”¹⁰. Importa esclarecer que a humanização não representa necessariamente uma conduta ou protocolo, mas uma premissa que está associada à proteção e ao respeito à individualidade das mulheres.

Nesse processo de esclarecimento e informação, pode-se destacar o exercício de elaboração do plano de parto, como importante vetor de proteção e possibilidade de protagonismo feminino. Além disso, as consequências podem estar relacionadas a outros benefícios intra e pós-parto. Um estudo realizado com mais de 100 mulheres no Irã (com e sem

⁹ Plano de Parto é uma carta de intenções, na qual a gestante declara qual é o atendimento que espera para si e para o seu bebê, durante o nascimento, e que trata de questões como posição, alimentação, uso de fármacos, analgesia, ambiência, preferências e/ou proibições sobre intervenções eletivas invasivas (desnecessárias). Em Alagoas o plano de parto possui regulamentação na Lei estadual 8.130/2019, a qual será aprofundada no item 5.2 da pesquisa.

¹⁰ POSSATI, A. B. et al.. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. e20160366, 2017, p. 02.

plano de parto) conclui que “um plano de parto melhora as experiências de parto; aumenta o apoio e o controle percebidos no trabalho; reduz o medo do parto; suprime os sintomas psicológicos de depressão e aumenta a frequência do parto vaginal”¹¹.

Fundamental, por fim, ressaltar que a vivência da gestação está diretamente associada a uma condição de vulnerabilidade, a qual pode ser agravada em virtude de condições e adversidades inerentes as condições socioeconômicas vivenciadas, além da ausência de informação que pode prejudicar sobremaneira o exercício autônomo, que é pauta de discussão da bioética, notadamente a partir das correntes estudadas.

2. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA: UM ENFOQUE PARA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO PARTO

Esta seção tem como objetivo trazer uma abordagem sobre a saúde da mulher no parto, visto a partir do que determina a Constituição Federal de 1988 e correlacionando com a dignidade da pessoa. Dividido em três partes, inicialmente é feito um apanhado histórico sobre a parturição, e questões sociais que representam o parto na modernidade. Na segunda parte a pesquisa apresenta diretrizes para uma assistência à saúde digna, com base nas referências e dados de pesquisas já existentes, sobre o tema. Por fim na terceira parte uma subseção que explica a partir da construção doutrinária a autonomia como elemento da dignidade, descrevendo o que se entende por autonomia, e como ela é vista pelo direito.

2.1 História da assistência ao parto com ênfase no protagonismo feminino no processo de gestar e parir

Para compreender sobre o parto, poder de decisão e exercício da autonomia da parturiente é importante adentrar no contexto histórico que trouxeram mulheres até os dias de hoje, e o que lhes antecederam, sem aprofundar nos primórdios, mas apenas para trazer a compreensão que a história das mulheres é construída a partir de uma realidade pretérita de lutas, e sobretudo que em determinado momento desta trajetória a realidade era diversa da que atualmente é vivenciada.

¹¹ AHMADPOUR P, et. al.. Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2022 Nov 22;22(1):862. doi: 10.1186/s12884-022-05199-5. PMID: 36419027; PMCID: PMC9682672.

Antes dos primeiros conceitos do que seria a propriedade privada, e da própria revolução neolítica¹², a vida das pessoas funcionavam no entorno do domínio sobre a natureza, e as habilidades necessárias para sobrevivência¹³, a figura masculina, que até então permanecia sem hierarquia com o sexo feminino, pôde se perceber como vetor para as funções reprodutivas, que até então acreditava ser papel feminino, e mais que isso, uma dádiva exclusivamente dotada às mulheres¹⁴. Desde então a economia de subsistência que havia predominância desapareceu, provocando uma separação entre produção e reprodução, assumindo em seu lugar relações sociais sexualmente diferenciadas¹⁵.

As terras passaram a ser divididas e a mulher foi vista em sua função meramente reprodutiva. Saiu da sua posição hierárquica igualitária, que vivia no campo, na caça, para a subordinação do patriarca, que necessitava deter o controle da sexualidade, restringindo à monogamia, à vida reprodutiva e doméstica, como forma de garantir a propriedade privada, caracterizando o que Pierre de Bourdieu denomina dominação masculina¹⁶.

Com a divisão sexual dos trabalhos, eventos fisiológicos a exemplo do gestar e do parir era considerado natural e exclusivamente feminino¹⁷. O protagonismo e a autonomia das mulheres sequer eram uma questão em debate, os saberes medicinais e o conhecimento do próprio corpo, não eram questionados. As mulheres, algumas chamadas de feiticeiras ou bruxas, utilizavam a cura através de plantas, óleos naturais, rezos, faziam partes dos rituais femininos construídos que passavam e geração em geração, e aconteciam dentro de seus lares, com pessoas de sua intimidade¹⁸.

Em meados do século XII ao XVI, com a inquisição na Europa os conhecimentos tradicionais passaram a ser perseguidos¹⁹. Esse poder de cura, o grande reconhecimento social e o respeito que as mulheres detinham no cuidado com o outro era considerada uma verdadeira ameaça aos padrões religiosos da igreja e ao cristianismo, que encontrava a cura

¹² MEDEIROS, Camila. **Meu corpo, regras do Estado**. UICLAP. Brasil, 2021, p. 4

¹³ ENGELS, Friedrich. **Origem da família, da propriedade privada e do estado** [recurso eletrônico]. BestBolso. Trad. Leandro Konder. Rio de Janeiro, 2017. Pag. 29

¹⁴ ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2001. P. 58

¹⁵ FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. Rio de Janeiro: Editora Elefante, 2017. p. 145

¹⁶ BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Trad. de Maria Helena Küh-ner. 18. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2020. p. 17

¹⁷ ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2001. P. 59

¹⁸ FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. Rio de Janeiro: Editora Elefante, 2017. p. 145

¹⁹ Ibidem. p.367

exclusivamente em Deus²⁰, circunstância em que se criou o conceito de feitiçaria e da bruxaria, e consecutivamente a sua perseguição.

A bruxa era a parteira, a curandeira, a médica, que utilizava um patrimônio empírico do saber relativo a ervas e remédios curativos²¹, e que de alguma forma ameaçava o poder que a igreja vinha tentando dominar através da inquisição. Neste tempo, o cenário do parto era desenhado por mulheres, que entendiam esse processo como natural, e se entrelaçavam em uma verdadeira ciranda de apoio e respeito à autonomia da mulher, e detinham o controle sobre seu próprio corpo.

Já no século XVII, com o fim da caça às bruxas²², a história das mulheres sofre um verdadeiro retrocesso. Neste momento histórico, as mulheres não apresentavam mais ameaça ao poder político e econômico, porém os processos naturais como menstruação, menopausa, parto e outros, abriram espaço para institucionalização da medicina, realizada pelo homem²³, que transformou processos naturais, em eventos perigosos e que necessitavam de intervenção médica.

O registro das primeiras cirurgias cesarianas na história, foram feitos antes de 1500, sem uma origem exata, atravessando a mitologia greco-romana²⁴. Inicialmente a cirurgia tinha como objetivo a retirada de feto do abdome de sua mãe e eram realizadas em mulheres mortas como último recurso, sem a finalidade de salvar a vida materna²⁵. A cirurgia há época detinha duas finalidades: a) religioso, batizar a criança e enterrá-la separada de sua mãe; b) tentar salvar a vida do bebê²⁶.

Somente em 1500, na Suíça, foi feito por Jacob Nufer, castrador de porcos, não médico, a partir de uma autorização das autoridades, uma primeira cirurgia em que tenham sobrevivido, mãe filho, e em 1581 com a publicação do livro de Rousset, o parto cesáreo passou a ser considerado viável, com o objetivo de salvar a vida da mãe e do feto,

²⁰ FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. Rio de Janeiro: Editora Elefante, 2017. p.367

²¹ Ibidem. p.364

²² Ibidem. p. 368.

²³ ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2001. P. 57

²⁴ REZENDE J. **Operação Cesariana**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. Sewell JE. *Cesarian Section: a brief history*. The American College of Obstetricians and Gynecologists in cooperation with the National Library of Medicine. 1993

²⁵ REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 5.ed. 1987. P 827

²⁶ PARENTE, RCM; *et al.*. **A história do nascimento (parte 1)**: cesariana. *Femina*. Setembro, 2010. vol. 38. nº 9. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a481-486.pdf> . Acesso em novembro/2022. p. 482.

estabelecendo na oportunidade as indicações e riscos associados a intervenção, o que deveria ser realizado de forma excepcional²⁷.

A primeira cesariana, tida como verdadeira, pautando-se em critério de confiabilidade com relação ao procedimento cirúrgico, foi realizada por Trautmann de Wittemberg, em 1610, porém ainda de forma tímida. Embora, algumas parteiras já houvesse lançado, em 1609 publicação de manuais acerca da cirurgia, devido à dificuldade de acesso a instrumentos de alto custo, que facilitava a realização dos procedimentos, foram médicos homens que inauguraram a obstetrícia moderna²⁸.

Com o surgimento dos hospitais e estudo do mecanismo do parto em meados de 1700 a 1849, atravessado por uma acentuada elevação do raquitismo que impactou no insucesso de partos normais, as taxas de cesarianas aumentaram juntamente com os avanços na obstetrícia. No Brasil, a primeira cirurgia foi registrada no Hospital Militar do Recife em 1871, em uma mulher negra, escrava, que sobreviveu²⁹.

O parto cirúrgico foi ganhando forma ao longo do tempo e se fortaleceu no século XIX com o desenvolvimento da anestesia, ao passo que aos poucos os índices de mortalidade materna e infantil foi reduzindo e juntamente com o processo da colonização houve uma imposição de que os saberes e práticas mais primitivas fossem substituídas por outras mais desenvolvidas, e, portanto, modernas e superiores.

Segundo Dussel³⁰, a colonização acarreta atos de sacrifício que são inevitáveis, mas que se justificam pelo heroísmo civilizador, e as vantagens de transformação e do alcance da modernização. Um grande marco é o surgimento da primeira escola de medicina no Brasil, a qual foi inaugurada no Rio de Janeiro, em 1808, acompanhada de um movimento de patologização dos processos naturais³¹.

²⁷ PARENTE, RCM; *et al.*. **A história do nascimento (parte 1): cesariana.** Femina. Setembro, 2010. vol. 38. nº 9. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a481-486.pdf> . Acesso em novembro/2022, p.483

²⁸ ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher.** Rio de Janeiro: Fiocruz. 2001. P. 60

²⁹ PARENTE, RCM; *et al.*. **A história do nascimento (parte 1): cesariana.** Femina. Setembro, 2010. vol. 38. nº 9. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a481-486.pdf> . Acesso em novembro/2022, p. 484

³⁰ DUSSEL, Enrique. **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais.** Perspectivas latino-americanas In Eurocentrismo; Ideologias; Cultura; Modernidad; Ciencias Sociales; História; Colonialismo; Europa. Buenos Aires: CLACSO, 2005, p.7.

³¹ REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 10.ed. 2005, p. 102

O parto passou a ser analisados como objeto de experiência anatômica e com a introdução da figura masculina nas práticas obstétricas³², onde se desqualificava os saberes empíricos naturais em detrimento da capacitação do médico como a pessoa mais adequada, em uma verdadeira estratégia de controle e tomada de poder. Um grande exemplo são os pelos dos corpos femininos que a igreja associou às prostitutas, pois a época eles eram atrativos sexuais, desta forma a depilação passou a ser associada a uma boa estética e a higiene³³, perdurando essa noção até os dias atuais.

A influência da colonização, impunha um novo padrão cultural que recriava a história daquelas pessoas, com novas identidades geoculturais, gerando assim um controle de sua subjetividade e de seus conhecimentos, marcada, também pela apropriação da cultura, repressão dos padrões existentes e objetivação da subjetividade e o ensinamento do novo, trazendo-o como mais seguro e moderno³⁴. Tal fenômeno impactou, inclusive na transformação dos processos relacionados à saúde da população, incluindo o parto, que passou a ser direcionado ao controle e saber médico-hospitalar.

A transição do parto como um evento praticado em casa por mulheres e parteiras, para a medicalização e hospitalização do processo, é o que marca a história do parto. O parto hospitalar se tornou mais comum, especialmente para mulheres desamparadas, resultando em uma inversão na relação com as mulheres. Mulheres de posses passaram a optar por clínicas e hospitais, levando ao nascimento em casa se tornar uma exceção após a Segunda Guerra Mundial.

Inicialmente, ato próprio a mulheres, praticado em casa, por uma matrona ou uma parteira, entre mulheres, excluindo os homens, quase sempre mantidos fora do acontecimento e do ambiente, o parto medicalizou-se, masculinizou-se, hospitalizou-se. O parto no hospital era para mulheres pobres, ou sozinhas, desamparadas ao ponto de não poderem recorrer a um parteiro ou a uma parteira. Depois, hospital tornou-se o lugar privilegiado da medicalização e da segurança, tendo havido uma total inversão na relação com as mulheres. As mulheres de posses seguiram o caminho da clínica, depois o do hospital maternidade já a partir do período entre guerras. Depois da segunda guerra mundial, a prática generaliza e o nascimento em casa torna-se uma exceção.³⁵

³² BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cafajeste. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, pág. 135-149, junho de 1991. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 mai. 2021

³³ MEDEIROS, Camila. **Meu corpo, regras do Estado**. UICLAP. Brasil, 2021, p. 15

³⁴ DUSSEL, Enrique. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. *Perspectivas latino-americanas In Eurocentrismo; Ideologias; Cultura; Modernidad; Ciencias Sociales; História; Colonialismo; Europa*. Buenos Aires: CLACSO, 2005, p. 787.

³⁵ PERROT, Michelle. Escrever a história das Mulheres. In: **Minha História das Mulheres**. Tradução de Ângela M.S. Côrrea. São Paulo: Contexto, 2019, p. 74.

Havia uma grande resistência das mulheres em sair das suas casas para parir em um local desconhecido, rodeado de pessoas estranhas, e tendo que obedecer às regras institucionais. Nesse sentido as criações de enfermarias nas escolas de medicina se justificam muito mais pela necessidade do médico, em aprender sobre parto do que uma real preocupação com a saúde da população³⁶. A supervalorização da função do profissional como sujeito deste cenário, atrelada à criação de vários mecanismos comerciais que fomentam a criação de mercadorias e do consumo, foi também, uma estratégia de dominação do parto, que passa a ser medicalizado e institucionalizado.

Em pouco menos de 100 anos, o médico deixou de cuidar apenas da saúde para se voltar a servir o estado, no controle do crescimento populacional e do aumento de riqueza, e a sua palavra se transformou em norma o que caracteriza uma verdadeira verticalização da relação médico-paciente. “Se hoje os discursos e indicações de intervenções no parto são tão difíceis de serem questionados, é porque existiu um contexto histórico que deu esse poder ao médico”³⁷

A postura do médico conduzia aos povos conquistados³⁸ a acreditar que sua forma de viver, de pensar e agir tradicional não possuía base científica, nem referência, e por isso era menos qualificado, enquanto a experiência colonizada e universalizada do outro, inclusive econômica, era a melhor opção³⁹. Dentro deste contexto a realidade da mulher era ainda mais delicada, pois precisou aceitar como legítimo a objetivação de seus corpos e a perda da capacidade de decidir acerca de suas preferências no cenário médico-hospitalar.

A partir daquele momento, foi imposta a ideia de que profissionais que entendiam sobre o assunto, evidencie-se, em sua maioria homens, poderiam determinar o que era melhor para aquelas mulheres. Embora essa assistência venha revestida de uma retórica que propagava a segurança na vida da mulher, com base em uma assistência moderna e racional, na prática cabia aos médicos à observação do corpo e o desafio de levar cada vez mais corpos femininos, para serem estudados.

Toda construção foi firmada em levar para a sociedade a imagem de confiança na equipe de saúde, e para isso foi necessário desconstruir a imagem da mulher retirando a sua

³⁶ MEDEIROS, Camila. **Meu corpo, regras do Estado**. UICLAP. Brasil, 2021, p. 18

³⁷ Ibidem., p. 16

³⁸ QUIJANO, Aníbal. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina In **Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder**. Buenos Aires: CLACSO, 2014, p. 778

³⁹ DUSSEL, Enrique. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latinoamericanas In **Eurocentrismo; Ideologias; Cultura; Modernidad; Ciencias Sociales; História; Colonialismo; Europa**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p.787

“força”, autonomia e seu saber, para que somente o médico pudesse solucionar seus “problemas”. Problemas esses, criados em sua maioria pela patologização dos processos naturais, convertendo o saudável em enfermo, trazendo para cada sintoma um diagnóstico e para cada dor um remédio ou um procedimento.

A cirurgia era entregue para mulher como condição de segurança e cada vez mais precisava ser estimulada, para que a medicina pudesse evoluir com as práticas obstétricas, e como um bem de consumo indispensável, trazendo um limiar sutil entre o normal e o patológico, “da exigência única à universalidade atual”⁴⁰. Para Rezende, a cirurgia cesariana deve ocorrer apenas quando não for possível obter conceito vivo pelas vias naturais⁴¹, e especialmente na redução da mortalidade materna.

[...] não é surpreendente que se lhe ampliem as indicações e crescente seja a sua incidência; caminham parelhamente com a redução progressiva da mortalidade materna. É do mesmo passo indubitável que o grau e progressivo emprego do parto abdominal subordina-se ao propósito de proteger, afincadamente a vida do concepto⁴².

Esse processo de fragilidade dos saberes naturais e descredibilização dos partos vaginais e naturais, trazendo novos problemas clínicos que se solucionam com indicações inéditas de um parto abdominal⁴³, colabora para uma nova imagem da mulher, frágil e incapaz de decidir o rumo de sua própria vida. O parto passou a ser um evento comercial e acima de tudo patológico, cheio de riscos, medos, inseguranças e problemas, usurpando da mulher seu poder de decisão e com isso, o livre exercício da autonomia.

A cada dia, o parto domiciliar, fisiológico, passou a ser questionada sua segurança, e o acesso aos hospitais, com o crescimento das faculdades de medicina foram ampliados, ratificando a destituição (ou diminuição) da autonomia da mulher e o controle sobre seu corpo e seu processo gestacional. O diploma de uma formação científica passou a ser supervalorizado e as parteiras tradicionais cada vez saíram de cena, para dar espaço às “parteiras diplomadas”, aqui referindo-se às enfermeiras obstétricas, e outros profissionais em tese mais qualificados, como os médicos. Ter acesso a médicos passa a ser, pois, um status e sinônimo de segurança, impactando sobremaneira as noções de riscos e saúde no âmbito gestacional.

⁴⁰ REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 5.ed. 1987., p 858

⁴¹ Ibidem, p 859.

⁴² Ibidem, p 859.

⁴³ Ibidem, p 859.

Pensar na descentralização do controle dos processos fisiológicos e das decisões que acometem o próprio corpo, conduzindo este poder ao médico⁴⁴, caracteriza-se a relativização do direito à liberdade e autonomia femininas afetando Direitos Fundamentais. Tornando-se, então, necessária a análise acerca da saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal, com ênfase no gestar e parir a partir da premissa epistemológica da Dignidade da Pessoa.

Desta forma, propõe-se uma análise nos tópicos a seguir do panorama da saúde reprodutiva e gestacional no Brasil, a partir de uma análise teórica bem como da análise de normas e documentos que norteiam as práticas atuais sobre o parto. Em seguida analisar-se-á as implicações do processo histórico descrito na construção das diretrizes atuais em saúde, e a forma como este procedimento está atrelada à dignidade enquanto premissa não apenas de saúde, mas também a partir de autonomia, fazendo uma abordagem enquanto conceito filosófico e enquadramento jurídico, para a partir dessa análise abrir caminho para as discussões bioéticas.

2.2 Diretrizes para uma assistência à saúde digna

Antes de discutir sobre as diretrizes de uma assistência ao parto, é importante compreender o conceito de saúde. Ao tratar sobre saúde, existe um elemento subjetivo na sua interpretação, pois cada indivíduo poderá compreender seu significado em conceitos distintos expressidos por diversas formas do que é ter saúde ou estar saudável. Não é objetivo retórico que este trabalho venha tecer críticas ou definir de forma profunda expressões que possam definir o termo exato, porém antes de tratar sobre direito a saúde é importante compreender quesitos que dialoguem com o sentido jurídico do que pode ser e, conseqüentemente, os direitos a ele correlatos.

O conceito de saúde mais conhecido atualmente, é o considerado no preambulo da carta de constituição da Organização Mundial de Saúde⁴⁵, que considera a saúde como direito fundamental a possibilidade de todo ser humano gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir, definindo saúde não apenas como mera ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social. O conceito embora avançado para a época

⁴⁴ Entendendo com o médico, não apenas o profissional formado em medicina, mas o profissional da saúde responsável pela condução do parto.

⁴⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constitution of the world health organization**. Basic Documents. Genebra, OMS, 1946. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf> . Acesso em 19 de setembro de 2023.

(1946), atualmente é tido como ultrapassado⁴⁶, pois, ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social, como se a interação entre esta tríade fosse cristalina e denota uma possibilidade irreal de harmonia entre os indivíduos.

Embora existam críticas, o conceito foi difundido por todo mundo e inspirou diversos sistemas de saúde a se voltarem à proteção integral, elevando as primeiras preocupações dos Estados acerca da temática e que passaram a discutir a saúde coletiva, pensando na prevenção. Segundo o relatório final da VII Conferência Nacional da Saúde⁴⁷, era necessário ampliar o conceito de saúde, pois deveria ser considerado o contexto histórico da sociedade, no tempo desta definição, representando a saúde como condições dignas de vida e acesso universal que deve ser garantido pelo estado, em uma ação institucional de uma verdadeira reforma sanitária.

No Brasil o direito a saúde só foi expressamente reconhecido como direito fundamental a partir da Constituição de 1988⁴⁸. O texto constitucional estabelece em seu artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos”, garantido, o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” do indivíduo.

Em uma interpretação progressista dos Direitos Fundamentais Sociais, pode-se considerar a saúde como um direito subjetivo perante o Poder Público que se obriga a prestar determinados serviços de bem-estar social, e deve ser concretizado de maneira progressista.⁴⁹

A saúde é, pois, direito público fundamental e meta a ser atingida pela sociedade em geral e pelo próprio Estado a fim de cumprir obrigação pética, prevista constitucionalmente. A dignidade da pessoa humana é, nesse sentido, o fundamento do direito público subjetivo à saúde, o qual deve ser cumprido pelo Estado com a participação da sociedade, frente ao princípio da solidariedade social, que deve permear as relações humanas em um Estado Democrático de Direito⁵⁰.

⁴⁶ SEGRE, Marco; FERRAZ, Flavio Carvalho. O conceito de Saúde. **Revista de Saúde pública**. São Paulo, v. 31. n.5, out/1997, p. 538-542

⁴⁷ BRASIL. **Relatório da VII Conferência Nacional em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. p. 2-4

⁴⁸ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

⁴⁹ KRELL, A. J. Realização dos direitos fundamentais sociais mediante controle judicial da prestação dos serviços públicos básicos (uma visão comparativa). **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 36, n. 144, p. 239-260, out.-dez. 1999. Disponível em <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/545/r144-17.PDF?sequence=4>. Acesso em 28 de julho de 2022. p.246

⁵⁰ RODRIGUEIRO, Daniela Aparecida; MOREIRA, José Cláudio Domingues. O direito social à saúde na perspectiva da constituição de 1988: um direito individual, coletivo e em construção. In: RIPE – **Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos**, Bauru, v.50, n.66, p.143-159, jul./dez. 2016, p. 149.

Uma característica marcante da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 é justamente a posituação da saúde como direito fundamental junto com outros direitos fundamentais sociais, justificado pelo constitucionalismo democrático-social proveniente dos pós II Guerra⁵¹. Desta forma a saúde deve ser analisada como direito de interesse coletivo, onde a sua concretização através de normas pragmáticas, possibilitam o exercício de garantias individuais, sendo a coletividade apenas meio para validação e satisfação dos interesses individuais.⁵²

O fato de a saúde ser caracterizada enquanto bem ou direito coletivo não exclui a dimensão individual do conceito, considerando que a sua titularidade perpassa necessariamente a seara individual, que decorre do exercício da dignidade na perspectiva de compreensão e proteção da integridade física e psíquica do indivíduo. Assim, “não é o fato de todas as pessoas terem problemas de saúde que o torna um direito exclusivamente coletivo, pois também a o direito à vida não é um típico direito coletivo”.⁵³

O texto constitucional, embora tenha considerado a saúde como direito fundamental, não especificou qual seria o conteúdo alcançado pelo direito de proteção e promoção da saúde. Nesse sentido, Ana Paula Barcelos⁵⁴ afirma que o direito não consegue garantir propriamente uma vida saudável a todos, mas tão somente o meio de prove-la, através de instrumentos que proporcionam e protegem a saúde. Sendo assim, em uma visão ampliada da saúde sua promoção não se limita a questões sanitárias, mas de políticas públicas que se relacionam com vários campos da atuação estatal, a exemplo do trabalho em condições dignas, moradia, educação, informação plena, qualidade do meio-ambiente, transporte seguro, repouso, lazer, liberdade, entre outros.⁵⁵

Importante considerar que não basta a formalização através do texto constitucional para que o direito esteja implementado na prática, é necessário que o Estado assuma uma política de saúde integrada as demais políticas econômicas e sociais para que possa garantir melhores condições de vida, sobretudo, para a população mais carente, que envolve fornecimento de

⁵¹ FIGUEIREDO, M. F.; SARLET, I. W. **O direito fundamenta à proteção e promoção da saúde do Brasil: principais aspectos e problemas**. 2. ed. Salvador: JusPodivm, 2014. p.112

⁵² ALEXY, R. **Teoria dos direitos fundamentais**. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. 5. ed. São Paulo: Malheiros editores, 1986. p 115

⁵³ FIGUEIREDO, M. F.; SARLET, I. W. **O direito fundamenta à proteção e promoção da saúde do Brasil: principais aspectos e problemas**. 2. ed. Salvador: JusPodivm, 2014. p.119

⁵⁴ BARCELLOS, A. P.; SOUZA, F.; MELLO, H. L.; FLORENTINO, J.; SOUZA, S.; BIANCO, T. Direito à saúde e prioridades: introdução a um debate inevitável. **Revista de Direito GV**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 457-483, maio-ago 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6172201718>. p. 458

⁵⁵ BRASIL. **Relatório da VII Conferência Nacional em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. P. 5

remédios, disponibilização de leitos e vagas em unidades de saúde, contratação de equipe especializada e suficiente trabalhando em condições dignas, etc.⁵⁶

Segundo Krell, chega a ser paradoxal que o Brasil seja bastante promissor em termos econômicos, despontando como uma economia em ascensão, que no final do séc. XX figurava entre as 10 maiores do mundo, ao mesmo tempo em que milhões de habitantes continuam vivendo abaixo da linha de pobreza (“indigência”). Tal discrepância ocorre mesmo num cenário de previsão constituição extremamente avançada no que diz respeito aos direitos sociais, apesar da previsão normativa, muitas pessoas não encontram condições básicas para um tratamento adequado, seja pela falta de acesso, pelas condições precárias de habitação e até de alimentação.⁵⁷

Diante disto é possível afirmar o fracasso do Estado brasileiro como provedor dos serviços essenciais para a vasta maioria da sua população, sobretudo no que diz respeito a direitos sociais. Diferente do que possa equiparar, direitos sociais não são direitos que caminham antagonicamente com as pretensões estatais, mas direitos por meio do Estado, que exige do Poder Público certas prestações materiais para guarnecer seu povo⁵⁸.

Após a crise econômica entre o final do século XX e início do XXI, o modelo de um constitucionalismo austeritário começou a tomar forma e a relativização de direitos fundamentais, e a necessidade de segurança, permitiu a diminuição de salvaguardas constitucionais mediante a criação de várias emendas constitucionais, impondo um novo regime fiscal com repercussões na política de direitos sociais e de investimento político⁵⁹. A política austera provoca uma redução não apenas na qualidade, mas também da prestação de serviços à saúde, que são responsáveis pelas causas de aumento de mortalidade no Brasil.⁶⁰

De um ponto de vista crítico, comprometido com a democracia e igualdades materiais, é notável que a política austera é também seletiva ao invés de efetiva. O discurso de ausência de efetividade é formulado pela “doutrina brasileira da efetividade” de forma genérica e não

⁵⁶ KRELL, A. J. Realização dos direitos fundamentais sociais mediante controle judicial da prestação dos serviços públicos básicos (uma visão comparativa). **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 36, n. 144, p. 239-260, out.-dez. 1999. Disponível em <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/545/r144-17.PDF?sequence=4>. Acesso em 28 de julho de 2022. P. 242

⁵⁷ *Ibidem*, p. 239.

⁵⁸ Como menciona Krell *op.cit.* 1999, p. 240),

⁵⁹ SAMPAIO, J. A. L. A Constituição Austeriária. **Espaço Jurídico Journal of Law**, Joaçaba, v. 21, n. 1, p. 39-58, jan.-jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.18593/ejil.20702>. p. 41

⁶⁰ *Ibidem*, p. 45

enfoca esse ou aquele tipo de direitos fundamentais, muito menos seus sujeitos em concreto⁶¹. O medo disseminado na população, desigual socialmente, provoca a necessidade de mecanismos de segurança e seus aparatos, o que garante laços de solidariedade, ainda que mínimos, estabilizando vínculos de dominação.

A obsessão pelo equilíbrio das finanças públicas, sujeita ao povo a políticas fiscais rigorosas com forte redução de gastos públicos, que reflete diretamente, na redução da qualidade de prestação de serviços sociais, a exemplo da saúde. Bobbio⁶² ensina que a reflexão sobre a necessidade de pactos e tratados para garantia do mínimo de dignidade de qualquer indivíduo surge a partir de movimentos e acontecimentos históricos, culminando em documentos que visavam ampliar e confirmar as conquistas que embora dispensáveis a qualquer indivíduo, ainda eram precárias e recentes, principalmente no que diz respeito a sua efetividade.

Nesse contexto, os direitos sociais traz aos jurisdicionados o empoderamento, com normas pragmáticas, que devem ser satisfeitos em graus variados, sendo a medida devida de sua satisfação dependente não apenas das possibilidades fáticas, mas também das possibilidades jurídicas, como mandados de otimização⁶³, devendo o Estado cumprir seu dever, somente negando em circunstâncias temporárias ou em virtude de uma impossibilidade material evidente e comprovável.

A discussão acerca da efetividade de direitos fundamentais sociais é um debate permanente, com ênfase na problemática da exigibilidade administrativa e judicial da saúde como um direito subjetivo, oponível, seja individualmente ou coletivamente, ao Estado e aos particulares. Normas que versam sobre direitos fundamentais são de aplicação imediata, conforme previsão do artigo 5º, § 1º da Carta Magna de 1988, deixando cristalino que direitos fundamentais, a exemplo que aqui discutimos podem e devem ser imediatamente invocados, ainda que possuam legislação insuficiente.

Sua dimensão protetiva implica em um dever geral, como *standard* a guiar o Estado para assegurar o gozo do direito pelos cidadãos em sintonia com as normas constitucionais. O texto constitucional tem contribuído para os debates relativos ao direito (proteção e promoção)

⁶¹ BELLO, E.; BERCOVICI, G.; LIMA, M. M. B. O fim das ilusões constitucionais de 1988? **Direito e Praxis**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1769-1811, 2019. Disponíveis em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2018/37470>. Acesso em: 05 nov. 2022. P. 1796

⁶² MENIN, D. A Historicidade dos Direitos Humanos e os Pensamentos de Bobbio e Arendt na construção do direito ao trabalho e ao lazer. **Licence**, Belo Horizonte, v. 21, n. 4, dez. 2018.p. 475.

⁶³ ALEXY, R. **Teoria dos direitos fundamentais**. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. 5. ed. São Paulo: Malheiros editores, 1986. p 90

à saúde, pois sua normatividade é permeada de indeterminação, validando uma constante atualização do conteúdo protegido constitucionalmente, abarcando a polêmica de alocação de recursos públicos, cumprimento de deveres, transparência e a própria garantia do mínimo existencial.

Segundo a Carta de Ottawa⁶⁴, “o conceito de promoção da saúde está relacionado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”. Ou seja, promover a saúde significa, também, ampliar a autonomia dos indivíduos para agirem sobre esses determinantes, o que necessariamente impacta em um amplo dever de informação.

Autonomia coloraria da dignidade humana na promoção da saúde engloba aspectos políticos e sociais de reforço da cidadania e do poder crítico, e não somente acerca de informações técnicas sobre saúde⁶⁵. Francesco Bellino⁶⁶ afirma que o princípio da autonomia estabelece o respeito pela liberdade individual do paciente, o que faria decorrer a obrigatoriedade do consenso livre e informado, sob pena de transformar a pessoa, em mero objeto. Para compreender os contornos da autonomia em saúde importa conhecer o fenômeno de humanização decorrente da horizontalização entre médico e paciente, no caso da presente pesquisa, no âmbito obstétrico, e a importância da informação para o exercício da autonomia e dignidade da mulher.

Dentro do ciclo gravídico puerperal, diversos procedimentos são eletivos, e podem ser ou não realizados, dando margens para um conteúdo negocial, ou seja, o consentimento deve ser revestido de informações necessárias para que a parturiente compreenda a necessidade real de cada um dos procedimentos, e deve acontecer em momento propício para que ela possa decidir, sem a influência do medo, da dor e das circunstâncias emocionais do momento do parto.

O comportamento do profissional de saúde é regulamentado por normas que estabelecem suas responsabilidades, obrigações, direitos e poderes. Essas normas determinam a conduta adequada para esses profissionais, como exemplificado pelo Código de Ética Médica. Muito embora a conduta do médico dentro desta relação sofra influência de fatores variáveis,

⁶⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

⁶⁵ HAESER, L. D. M.; BÜCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção a saúde. **Physis Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 605-620, 2012.p. 615).

⁶⁶ BELLINO, Francesco. **Fundamentos da bioética**: aspectos antropológicos, ontológicos e morais. Bauru: EDUSC, 1997, p. 198

inerentes à saúde do paciente⁶⁷, existe uma expectativa social e cultural, que ele seguirá uma conduta com respaldo científico, centrado no melhor interesse da parturiente.

Caso essa comunicação seja falha, seja pela falta de informações necessárias, pela má qualidade desta informação, ou até mesmo pela falta de capacidade da parturiente compreender os detalhes do procedimento, não se deve considerar que ela foi amparada por qualquer critério de justiça, devido à influência exercida em sua capacidade de decidir.

Embora o tema via de parto divida opiniões na sociedade, as mulheres quando engravidam se deparam em uma via “crusis” em sua escolha, independente da via pretendida. Quando usuárias do SUS, essa jornada se torna ainda mais árdua devido a precarização da assistência à saúde atualmente ofertada. No Brasil, para o DATASUS⁶⁸, o parto é dividido em duas vias: 1) parto vaginal, aquele em que o bebê sai através do canal vaginal da mãe, conhecido também como parto normal⁶⁹; 2) O parto cesariano, que é uma modalidade de parto cirúrgico, foi originalmente proposto como um meio para preservar vidas em situações críticas. Este procedimento deve ser considerado como uma opção primordial apenas quando houver uma necessidade extrema, visando sempre a segurança e o bem-estar tanto da mãe quanto do bebê.

Toda essa compreensão é parte de um processo educacional, que toma como base a libertação e humanização, que garanta informações seguras, para não legitimar o uso de bases científicas para intervenções criando o certo e errado, reafirmando valores culturais e heteronormativo, onde mulheres e profissionais que se envolvem com o ciclo gravídico puerperal possam viver a verdadeira liberdade, com autonomia e responsabilidade.

A partir disso a OMS⁷⁰, passou a compreender que índices superiores a 15,0% (quinze por cento) seriam difíceis de justificar do ponto de vista médico devido à dificuldade de elementos fáticos e clínicos que possam justificar num dado momento temporal a adoção do procedimento cirúrgico, nos moldes elencados, capazes de justificar a opção pela cesárea e não

⁶⁷ BELTRÃO, Silvio Romero. O consentimento informado e sua dinâmica na relação médico-paciente: natureza jurídica, estrutura e crise. **Caderno do Programa de Pós-graduação em Direito**. UFRGS. Vol. 09. N. 02. 2014, p. 3.

⁶⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nval.def>. Acesso em: 17 mai. 2021.

⁶⁹ Podendo ele culminar em um parto humanizado ou não.

⁷⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**, p. 1-8, 2015. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=E73CB2B428393904DE7EFBC9031B04B0?sequence=3. Acesso em: 15 mai. 2021

o parto normal⁷¹. Existe na realidade um condicionamento por meio da política que se instaura na sociedade, onde a mulher vê a cesárea como salvador da humanidade, através de uma visão inautêntica do mundo, a qual só pode ser aproveitada por quem detém o poder, criando cada vez, mais dependência.⁷²

O Brasil ocupou, até há pouco, a nada invejável posição de campeão mundial de operações cesarianas. Se, por um lado, a cesárea realizada por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, por outro lado, o exagero de sua prática tem efeito oposto, inclusive por consumir recursos preciosos do sistema de saúde.⁷³

Importante considerar que existem indicações para a cesárea e essas indicações devem ser baseadas em condições maternas, condições maternas-fetais e, por fim, condições associadas ao feto⁷⁴, o que não deve ocorrer é a banalização da cirurgia considerando questões inadequadas como placenta anormal, requerimento materno, histórico prévio de histerectomia, cicatriz uterina desconhecida, circular de cordão, massa obstruindo o trato genital, câncer cervical invasivo, cerclagem permanente, cirurgia pélvica reconstrutiva, deformidade pélvica, HSV ou HIV, entre outros⁷⁵.

No Brasil os altos índices de morbimortalidade materna e neonatal, que acarretam a mortalidade maternas mais frequentes são aquelas consideradas evitáveis, a exemplo da hipertensão, hemorragia, infecção e complicações de aborto⁷⁶. Assim como podem ser reduzidas ou evitadas a partir de uma atenção adequada à mulher durante a gestação e parto, bem como ao recém-nascido, por todo o país, as mulheres continuam a sofrer violência quando se trata da assistência à sua saúde sexual e reprodutiva⁷⁷.

⁷¹ RODRIGUES, Jefferson Carlos Tolentino; ALMEIDA, Iago Ethan Silva Ribeiro; NETO, Antônio Guerra De Oliveira; MOREIRA, Tulio Antunes. Cesariana no Brasil: Uma análise epidemiológica. **Revista multitexto**, 2016, v.4, n. 01. p. 48-53. Disponível em: <https://www.ead.unimontes.br/multitexto/index.php/rmcead/article/view/174/103>. Acesso em 10 de janeiro de 2023. p. 49

⁷² FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987. p.34.

⁷³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.14.

⁷⁴ CUNNINGHAM, F. G.; LEVENO, K. J. ; BLOOM, S. L. Williams **Obstetrics**. 23 ed. New York: McGraw-Hill, 2010

⁷⁵ RODRIGUES, Jefferson Carlos Tolentino; ALMEIDA, Iago Ethan Silva Ribeiro; NETO, Antônio Guerra De Oliveira; MOREIRA, Tulio Antunes. **Cesariana no Brasil: Uma análise epidemiológica**. Revista multitexto, 2016, v.4, n. 01. p. 48-53. Disponível em: <https://www.ead.unimontes.br/multitexto/index.php/rmcead/article/view/174/103>. Acesso em 10 de janeiro de 2023.

⁷⁶ VICTORA, C.G.; AQUINO, E.M., LEAL, M.C. *et al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, London, p. 32-46, May, 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4

⁷⁷ CIELLO, C.; CARVALHO, C.; KONDO, C.; DELAGE, D.; NIY, D.; WERNER, L.; SANTOS, S. K. (colab.). **Violência obstétrica. “Parirás com dor”**. Dossiê. 2012. Disponível em:

O dossiê “Parirás com Dor”⁷⁸, produzido pelo Senado Federal junto com a Rede Parto do Princípio, traz as mais variadas formas de violência obstétrica contra as mulheres, que vem como oposição a direito e garantias fundamentais, a exemplo da omissão de informações necessárias, o descaso, o abandono, o desprezo, a humilhação, a ameaça, a coação, o preconceito, a discriminação, a homofobia, a estigmatização, o assédio, o sadismo, a chantagem, a culpabilização, dentre outras.

A realidade da assistência ao parto e ao nascimento à mulher, prestada através do Serviço Único de Saúde é, por vezes, precária. Desta forma a mulher que se submete a um parto dentro da rede pública de assistência à saúde impescinde condições básicas, essenciais, mínimas, a exemplo da disponibilidade de leitos, medicamentos, vestimentas, comida, assistência ao pré-natal, informação de qualidade etc.

Diante deste fato, e a partir de necessidades básicas, mínimas necessárias à existência do ser, como leciona Barroso⁷⁹ para que seja possível discutir a autonomia, como elemento ético da dignidade humana, é necessário suprir privações essenciais e garantias mínimas que guarneçam a mulher a sua liberdade em escolher.

Falar em mínimo existencial é caminho para defesa de direitos sociais, “a categoria fortalece e racionaliza o imperativo ético, constitucionalmente consagrado, de assegurar a todos as condições materiais básicas de vida”⁸⁰ e atribuir ao indivíduo um direito subjetivo contra o Poder Público em casos de diminuição da prestação dos serviços sociais básicos que garantem a sua existência digna⁸¹. Segundo Daniel Sarmento⁸², o ideal seria chamar de garantia de condições básicas para vida digna, ao invés de mínimo existencial, que denota uma esfera minimalista de proteção.

https://www.partodoprincipio.com.br/_files/ugd/2a51ae_6f70af0dbb714e0894a5f84d96318a3f.pdf. Acesso em: 2 dez. 2022.

⁷⁸ CIELLO, C.; CARVALHO, C.; KONDO, C.; DELAGE, D.; NIY, D.; WERNER, L.; SANTOS, S. K. (colab.). **Violência obstétrica. “Parirás com dor”**. Dossiê. 2012. Disponível em: https://www.partodoprincipio.com.br/_files/ugd/2a51ae_6f70af0dbb714e0894a5f84d96318a3f.pdf. Acesso em: 2 dez. 2022.

⁷⁹ BARROSO, L. R. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial**. Tradução de Humberto Laport de Mello. 6. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2021. P.81-82

⁸⁰ SARMENTO, D. O mínimo existencial. **Revista de Direito da Cidade**, v. 8, n. 4, p. 1644-1689, 2016. DOI: 0.12957/rdc.2016.26034. p. 1659

⁸¹ KRELL, A. J. Realização dos direitos fundamentais sociais mediante controle judicial da prestação dos serviços públicos básicos (uma visão comparativa). **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 36, n. 144, p. 239-260, out.-dez. 1999. Disponível em <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/545/r144-17.PDF?sequence=4>. Acesso em 28 de julho de 2022. p. 247

⁸² SARMENTO, D. O mínimo existencial. **Revista de Direito da Cidade**, v. 8, n. 4, p. 1644-1689, 2016. DOI: 0.12957/rdc.2016.26034. p. 1659

Não é possível a sobrevivência sem condições mínimas necessárias a existência do ser humano, categoria essa, em que a saúde está inserida, o conceito de mínimo está baseado no próprio conceito da dignidade humana. Para Sarlet, “a denegação dos serviços essenciais de saúde acaba por se equiparar à aplicação de uma pena de morte”⁸³. Assim, temos o Estado como garantidor de direitos sociais, em uma Constituição rígida, onde os direitos fundamentais não são passíveis de escolha, devendo o poder político ordinário apenas submeter-se⁸⁴.

Como dimensão do princípio da dignidade da pessoa humana, o mínimo existencial se insere no conceito dos direitos fundamentais e possui caráter universal, corresponde às condições materiais básicas para uma vida digna, onde todas as pessoas naturais são titulares, independentemente de qualquer outra condição⁸⁵.

Acredita-se, pois, que é dever do Estado garantir a todos, inclusive parturientes e gestantes, o direito a uma assistência de qualidade, ao invés de legitimar, através da sua má prestação de serviço, riscos à saúde, chances de aumento na mortalidade materno-infantil e diversos problemas no pós-parto. Portanto, os objetivos constitucionais que o Estado deve buscar devem orientar a alocação de recursos públicos. Isso é essencial para garantir direitos fundamentais por meio de políticas públicas eficazes, sem deixar que os indivíduos enfrentem a escassez de necessidades básicas. É imperativo evitar que a gestante seja forçada a sobreviver em um cenário de negligência na saúde.

2.3 Uma análise do conceito de autonomia da parturiente a partir da Dignidade da Pessoa Humana

O conceito de autonomia veio à tona a partir do movimento iluminista⁸⁶, definindo-a como a afirmação do ser, como um ser autônomo e universal. Movimento que promove o aumento da liberdade política e afirmação do domínio da razão. Kant, filósofo iluminista, compreende a autonomia como a autoridade que o ser possui sobre as próprias ações, estando

⁸³ KRELL, A. J. Realização dos direitos fundamentais sociais mediante controle judicial da prestação dos serviços públicos básicos (uma visão comparativa). **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 36, n. 144, p. 239-260, out.-dez. 1999. Disponível em <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/545/r144-17.PDF?sequence=4>. Acesso em 28 de julho de 2022. p. 247)

⁸⁴ BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana**. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

⁸⁵ *Ibidem*, p. 293-301

⁸⁶ Embora etimologicamente a autonomia possua raízes da Grécia antiga (*auto* “de si mesmo” + *nomos* “lei”)

o conceito bem vinculado à ideia de liberdade, e capacidade do indivíduo em dominar as suas paixões e interesses⁸⁷.

Na lógica kantiana a autonomia é vista como parte integrante da ética, junto com o imperativo categórico e a dignidade. Para ele a autonomia é capacidade de se autodeterminar, baseada em uma lei moral⁸⁸, inclusive, com forte influência nas teorias liberais, em especial a teoria contemporânea de John Rawls, que considera ainda a importância de que essa capacidade se estabeleça sem o uso da coerção⁸⁹, livre de qualquer fator estranho ou exógeno com influência dominante⁹⁰.

Para o filósofo iluminista⁹¹ a filosofia é dividida em três partes: a *lógica*, traduzida como a filosofia formal, aplicada de forma generalizada a todos os pensamentos; a *física*, ligada as leis da natureza que descreve o mundo tal qual ele é; e a *ética*, como lei moral, centrada na vontade humana e como ela deve ser de acordo com a razão⁹², esta última, mais próxima do nosso objeto de estudo.

A ética é o domínio da lei moral, regido pela vontade em conformidade com a razão. Vontade esta que expressam um imperativo que pode ser hipotético, quando a ação é meio para alcançar um fim, ou categórico quando a ação é fim em si mesma, independente de servir a determinado fim, expressando a máxima que cada ser deve agir de modo que a sua vontade possa se transformar em uma lei universal., criando, assim, a fórmula da autonomia⁹³. Fábio Konder Comparato⁹⁴, compreende a pessoa em um fim em si mesmo, como um imperativo categórico, e, portanto, somente é possível guiar-se por sua vontade natural, sendo este o traço distintivo entre as pessoas e as coisas, assim como ocorre na ideia kantiana.

⁸⁷ BARROSO, L. R. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo**: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial. Tradução de Humberto Laport de Mello. 6. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2021. p. 68),

⁸⁸ *Ibidem*, p. 81.

⁸⁹ GARGARELLA, R. **As teorias da justiça depois de Rawls**: um breve manual de filosofia política. Tradução de Alonso Reis Freire. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2020

⁹⁰ AGUIAR, T. F. D. Autonomia como fundamento da democratização da democracia: algumas ferramentas teóricas do spinozismo. **Gavagai**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 15-40, jan.-jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.36661/2358-0666.2017n1.8989>. p. 17

⁹¹ KANT, Immanuel. **A metafísica dos costumes**. Tradução de José Lamego. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

⁹² BARROSO, op. cit., p. 70.

⁹³ BARROSO, op. cit., p. 70.

⁹⁴ COMPARATO, Fábio Konder. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. São Paulo. Saraiva, 2005, p 21.

A autonomia (qualidade de uma vontade livre⁹⁵) é o meio pela qual a razão limita a inclinação à condição de ser digno da felicidade⁹⁶, sendo a observância do dever a única e universal condição da dignidade de ser feliz, que por sua vez é a necessidade imposta ao homem pela razão de agir de acordo com uma lei desta mesma razão⁹⁷, compreendendo um indivíduo autônomo, como aquele que se vincula à sua própria vontade.

Kant ainda menciona que não está em nosso poder proporcionar uma segura esperança de gozar da dignidade (felicidade), que antes do mérito de fazê-la, existe a sorte, que depende de circunstâncias que nem sempre estão sob o poder do homem, sendo a felicidade apenas um desejo, se não intervier nenhum outro poder para transformá-la em esperança⁹⁸.

Deste modo, para o iluminista, nesta realidade onde todos norteiam suas vidas pelo imperativo categórico, onde a ação é um fim em si mesma, tudo tem um preço ou uma dignidade. Sendo considerado digno aquilo que está acima de todo preço e não pode ser substituída por outra equivalente, a exemplo do ser humano que possui um valor interno, diferente das coisas que encontramos no mercado que possuem preço⁹⁹

Esta abordagem filosófica da autonomia foi incorporada pelo Direito, cristalizando-se principalmente com a noção de capacidade de ação. Conforme afirma Denis Franco Silva¹⁰⁰, para os juristas, o conceito de autonomia é definido como vontade livre das necessidades presentes no mundo da sensibilidade, que ajustam a imposição à máximas universais das medidas individuais, o que pode ser considerada uma versão falseada da autonomia de Kant.

Para Kant¹⁰¹ a autonomia da vontade (*Autonomie der Wille*) é o “caráter da vontade pura na medida em que esta é indeterminável, salvo em função de sua própria essência”, para o filósofo ao invés de apresentar uma lista de virtudes, concebeu uma fórmula capaz de determinar uma ação ética: “age em conformidade apenas com a máxima que possas querer que se torne uma lei universal”¹⁰²

⁹⁵ BARROSO, Luís Roberto. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação**. Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010. p. 71

⁹⁶ KANT, Immanuel. **A metafísica dos costumes**. Tradução de José Lamago. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004, p. 249

⁹⁷ Ibidem, p. 250

⁹⁸ Ibidem, p. 250

⁹⁹ BARROSO, Luís Roberto, op. cit., p 71

¹⁰⁰ SILVA, Denis Franco. O princípio da autonomia: da reinvenção à reconstrução. In: MORAES, Maria Celina Bodin de (coord.). **Princípios do Direito Civil Contemporâneo**. Rio de Janeiro: Renovar, 2006, p. 138-139

¹⁰¹ KANT, Immanuel, op. cit., p. 27.

¹⁰² CHAUI, Marilena. **Convite à Filosofia**. Ed. Ática, São Paulo, 2000, p. 444.

A autonomia é, pois, uma vontade livre, capaz de identificar a capacidade do indivíduo de se autodeterminar, é a lei que os indivíduos dão a si mesmo. Uma pessoa autônoma vincula-se exclusivamente a sua vontade, deixando de lado a vontade do outro que pode ser chamada de vontade heterônoma¹⁰³. Para Kant a dignidade tem seu fundamento na autonomia.

A Constituição Federal brasileira trouxe em seu artigo 1º, III, como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito a dignidade da pessoa humana, não apenas como um direito, mas sim um valor fundamental, convertido em princípio jurídico com valor axiológico, que se adapta no tempo, no espaço, de acordo com a cultura, e com a realidade vivenciada¹⁰⁴.

Falar sobre autonomia das mulheres e todo o contexto histórico e social que o parto se encontra posto, nos leva automaticamente a discussão central do tema desta pesquisa, voltada a refletir de que forma o exercício da autonomia possibilitaria a garantia de direitos fundamentais, pensando no Estado como vetor para garantia do indivíduo, e não o contrário¹⁰⁵.

Muito embora Rawls defenda a igualdade como um critério de justiça, ignora o que Pierre Bourdieu¹⁰⁶ denominou de violência simbólica, como aquela violência suave, insensível e invisível a suas próprias vítimas, que se exerce por vias simbólicas de comunicação e conhecimento, onde mulheres acabam por aceitar a sua posição de subordinação enquanto fenômeno natural das relações de gênero, e propagando a violência, inclusive durante o parto. “A violência é a mais extrema expressão do poder, contendo em potência o poder total, que é a aniquilação de um ator social por outro. Pode ser uma expressão espontânea das relações de poder ou uma maximização do poder planejada e instrumental.”¹⁰⁷

Dignidade não é o direito em si, mas é um norteador para eficácia e parâmetro da ponderação, inclusive de direitos fundamentais, que devem necessariamente ser validados com base no princípio constitucional. Existem três elementos, com base na teoria apresenta por

¹⁰³ BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo**: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial. Tradução de Humberto Laport de Mello. 6. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

¹⁰⁴ BARROSO, Luís Roberto. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo**: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação. Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010.

¹⁰⁵ Ibidem, p 77

¹⁰⁶ BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Trad. de Maria Helena Küh-ner. 18. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2020, p. 12

¹⁰⁷ PORTELLA, A.P. **Como morre uma mulher?** Tese de doutorado. Recife: Doutorado em sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, 2014.

Barroso¹⁰⁸, essenciais à dignidade da pessoa humana e dentre eles está a autonomia da vontade, vista como capacidade de expressar-se livremente e sem interferências externas ilegítimas.

Desta forma a autonomia é o elemento ético da dignidade humana, descrita como a capacidade de autodeterminação e o poder que o indivíduo tem em desenvolver os rumos de sua vida livremente, devendo preceder de informação e ausência de privações essenciais¹⁰⁹. Barroso¹¹⁰, defende que a autonomia necessita preencher três condições: razão, compreendida pela capacidade cognitiva e a condição da tomada de decisões informadas; independência se revela através da ausência de coerção e suprimento de necessidades essenciais; escolha, possibilidade real de tomar outra decisão, ou seja, ter alternativas.

Diferente de ter liberdade, em um sentido moral mais amplo, como ocorre na noção kantiana, à autonomia é um núcleo essencial das diferentes liberdades e direitos, e esta não pode ser suprimida, contemplando decisões pessoais básicas como escolhas acerca da religião, profissão, concepções políticas dentre outras, sem a influência externa seja ela social ou estatal¹¹¹.

Barroso, ainda define a autonomia em três diferentes categorias: 1) autonomia privada, autogoverno do indivíduo, a qual se debruça esse trabalho. 2) autonomia pública, associa-se a cidadania e a participação na vida política; 3) mínimo existencial, provisões necessárias para uma vida digna. A relação do mínimo com a autonomia (pública e privada) se estabelece a partir do momento que só é possível definir um ser como autônomo quando ele se encontra além dos limiares mínimos de bem-estar, “sob pena, de a autonomia se tornar uma mera ficção, e a verdadeira dignidade humana não existir”.¹¹²

Diante deste breve cenário, é possível perceber que não tem como falar em dignidade, sem o exercício de liberdade, e, portanto, autonomia. É igualmente imperativo discutir a autonomia quando o indivíduo, ao tomar uma decisão, é compelido a abdicar de direitos fundamentais, se encontra em condições de saúde precárias e é confrontado com opções que

¹⁰⁸ BARROSO, Luís Roberto, **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação**. Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010. p 81

¹⁰⁹ Ibidem, p 81.

¹¹⁰ BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial**. Tradução de Humberto Laport de Mello. 6. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2021.

¹¹¹ BARROSO, Luís Roberto, **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação**. Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010, p. 82.

¹¹² Ibidem, p. 85.

divergem significativamente de sua verdadeira vontade. Tal postura relativiza o direito à liberdade e autonomia, e de outros direitos fundamentais como o da isonomia e não discriminação prevista no artigo 5º, I da Constituição Federal.

Além da discussão que abrange a autonomia em sua forma mais pura e simples, abordar a autonomia feminina implica em debater o avanço civilizatório em relação à construção social e estrutural do machismo. O objetivo é assegurar o direito à igualdade de gênero, conforme estipulado no artigo 5º da Constituição Federal¹¹³. A autonomia vista como elemento integrante da dignidade humana, permite aos seres encontrarem dentro de si as regras que regerão a sua vida.

Não se pode desconsiderar que na maioria das vezes, essas mulheres, além de tudo, estão tomadas pelas várias circunstâncias que envolvem o parto, uma linha tênue entre a vida e a morte, e as mais diversas imagens criadas socialmente deste evento. São inúmeras expectativas, algumas tomadas pela dor, pelo medo, pelo sofrimento, os quais podem ter influência na construção da sua vontade, sendo fundamental a qualidade de informações que o profissional da saúde oferta para que essas mulheres possam formar a sua convicção.

Assim, avançamos para o próximo passo, que é a análise da consciência da vontade, dada a hipossuficiência técnica da gestante, além das próprias circunstâncias emocionais e psicológicas que por si, tornam o momento do parto vulnerável para esta mulher. Discutir a consciência da vontade é medida que se impões por ser ela, requisito fundamental da exteriorização da vontade.

O próprio Código de Ética Médica do Brasil¹¹⁴ estabelece a obrigatoriedade do profissional de saúde em esclarecer todas as condutas e procedimentos de maneira clara e compreensível. Conforme o Artigo 22 do Código, o médico deve obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado. Isso permite que o paciente tenha a autonomia para decidir sobre a realização ou não do procedimento, desde que essa decisão não represente um risco iminente à saúde da mulher e de

¹¹³ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 mai. 2021.

¹¹⁴ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: **resolução CFM nº 1.931**, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 5 de fevereiro de 2022

seu bebê. Este princípio reforça a importância da comunicação eficaz e do respeito à autonomia do paciente no contexto da assistência médica.

Em uma pesquisa realizada pela FIOCRUZ, denominada como “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento¹¹⁵”, indicou-se que uma, em cada quatro mulheres, sofrem violência obstétrica. Os dados da referida pesquisa apontam, ainda, que a prematuridade brasileira (11,5%) corresponde a quase o dobro das taxas relativas aos países Europeus. Larissa Lages¹¹⁶ fez uma análise da caracterização do cuidado obstétrico em hospitais de ensino de alto risco, em Alagoas e se deparou com uma realidade onde todas as mulheres entrevistadas vivenciaram ao menos um dos aspectos da violência obstétrica, durante a internação hospitalar, independente da via de parto escolhida ou submetida. A pesquisadora ressalta que a assistência atualmente fornecida se insere no conceito de violência obstétrica institucional e de gênero, assim como considera a assistência prestada como (des) cuidado, afastando a segurança e autonomia da mulher e da família.

A imagem do parto construída socialmente independe da experiência vivenciada pela parturiente, existe uma imposição subjetiva de que parir é doloroso que fomenta uma cultura do medo do parto. A partir desta construção, a violência obstétrica é fato que merece atenção, que conforme legislação da Venezuela, por ser o primeiro diploma legal que definiu o instituto em 2007, é considerada como:

(...) apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa por meio de tratamento desumanizador, de abuso de medicalização e da patologização dos processos naturais. Isso acaba por resultar em perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.¹¹⁷

A violência é, sem dúvida, causador de medo e estigma para o exercício da autonomia e independe da via de parto escolhida. Este cenário acarreta a condução de uma cultura do medo que conduz mulheres a uma postura de fuga e busca pelo acolhimento, muitas vezes encontrada

¹¹⁵ LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. **Birth in Brazil**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014. [citado 12 maio 2015]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 14 mai.2021.

¹¹⁶ OLIVEIRA, Larissa Lages Ferrer de. **Caracterização do cuidado obstétrico em hospitais de ensino de alto risco: um estudo de coorte retrospectivo**. 2019. 70 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019.

¹¹⁷ VENEZUELA. **Ley Organiza sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia n° 38.668**. Venezuela, 2007. Disponível em https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf. Acesso em dez/2021.

em uma cirurgia eletiva, por ser rápida e corriqueira, sem analisar os impactos e as questões econômicas, políticas e estruturais que a envolvem.

A dor do parto, que é estigma de medo, é inclusive também vista como uma “maldição bíblica”:

‘Tu darás a luz na dor’, diz Deus a Eva, expulsa do Éden - era fatal, Considerada como inevitável, ou mesmo indispensável, principalmente para certos médicos católicos, impregnados do espírito do Genesis. Hoje ainda, alguns praticam o aborto sem anestesia como se fosse necessário punir as mulheres. Daí a luta quase ideológica em torno do parto sem dor cujo epicentro nos anos 1950-1960 foi a Clínica des Bleuts.
118

A ideia era responsabilizar mulheres se seu parto, para que a dor fosse suportável, gerando inclusive uma sensação de culpa, quando a dor é persistente, e provocada a partir de uma má prestação dos serviços. Porém é fundamental dissociar o sofrimento da dor, esse primeiro, é relativo, e nem sempre existente. A compreensão dos aspectos culturais relacionados ao parto e à experiência do dor nesta fase da vida é crucial para elucidar como crenças, tradições e representações sociais influenciam a percepção e a vivência da parturiente.

Assim, é importante o olhar para a forma como as informações acerca da mulher, seu corpo e de seus bebês, são repassadas, para que seja garantido o exercício da autonomia de vontade e retomada do controle de seus corpos, em pouco tempo, o foco do parto se deslocou do fisiológico, saudável, para uma visão distorcida, da segurança e controle da medicina.

O direito da mulher à assistência adequada durante o trabalho de parto e a garantia de acesso à analgesia¹¹⁹ como medida de redução da dor são aspectos fundamentais para proteção dos direitos reprodutivos e da dignidade da mulher. A analgesia durante o parto é um recurso essencial para proporcionar conforto à mulher, permitindo que ela viva esse momento de forma mais tranquila, minimizando o sofrimento físico e possibilitando uma vivência mais positiva do evento do parto¹²⁰. Ao promover o alívio da dor, a analgesia também pode contribuir para reduzir o estresse e a ansiedade associados ao processo de parto e favorecer uma recuperação mais rápida.

¹¹⁸ PERROT, Michelle. Escrever a história das Mulheres. In: **Minha História das Mulheres**. Tradução de Ângela M.S. Côrrea. São Paulo: Contexto, 2019, p. 74.

¹¹⁹ A analgesia é o intervalo da dor, especialmente no contexto do parto, onde é comumente utilizado para diminuir ou eliminar as dores intensas associadas às contrações e ao parto em si.

¹²⁰ BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Angela; OSIS, Maria José Duarte. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1316-1327, 2005.

Entretanto, observa-se que muitas mulheres encontram dificuldades para exercer efetivamente seus direitos. Essa situação é, em grande parte, atribuída à falta de informações adequadas sobre as possibilidades e recursos disponíveis para elas. Isso ressalta a necessidade de políticas públicas e iniciativas educacionais que visem a disseminação de informações pertinentes e acessíveis, permitindo que essas mulheres estejam plenamente cientes de seus direitos e das maneiras de exercê-los.

A ausência de orientação clara e suficiente sobre os métodos de analgesia disponíveis, seus efeitos e benefícios potenciais, contribui para a construção de uma cultura do medo em relação ao dor do parto. O que pode gerar impacto no direito e capacidade das mulheres em fazer escolhas informadas. Diante desse contexto, urge a necessidade de estudos mais aprofundados, desenvolvendo interdisciplinares e a implementação de medidas concretas no âmbito legal e institucional que promovam a conscientização e a efetivação do direito da mulher à analgesia no parto, contribuindo para a superação da cultura do medo e para a garantia da vivência de um parto digno e respeitoso.

A ausência de acesso a analgesia no Sistema Único de Saúde (SUS) é algo que também precisa ser pautado, para além da informação, o acesso ao serviço é algo que deve ser considerado¹²¹. A dor é um sintoma comum em diversas condições de saúde, e o acesso a medicamentos analgésicos adequados é essencial para garantir o alívio e o bem-estar dos pacientes. A falta de acesso a esses medicamentos pode causar sofrimento desnecessário e impactar negativamente a qualidade de vida das pessoas que dependem do SUS para cuidados de saúde.

Verifica-se um quadro de violação generalizada e sistêmica de direitos fundamentais causados pela inércia persistente das autoridades públicas em modificar a conjuntura, onde apenas transformações estruturais da atuação do Poder Público, juntamente da atuação de uma pluralidade de autoridades podem alterar a situação da saúde¹²², em um verdadeiro estado de coisas inconstitucional. Trata-se de um litígio estrutural onde um número amplo de pessoas é diretamente atingido, sendo necessário o enfretamento da situação a partir de uma reestruturação para execução de políticas públicas eficazes.

¹²¹ PÁDUA, Karla Simônia de et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 70-79, 2010.

¹²² CAMPOS, Carlos Alexandre de Azevedo Campos. O estado de coisas inconstitucional e o litígio estrutural. **Consultor Jurídico**, setembro 2015. Disponível em <https://www.conjur.com.br/2015-set-01/carlos-campos-estado-coisas-inconstitucional-litigio-estrutural>. Acesso em 28 de julho de 2022

A Organização das Nações Unidas¹²³ considerou que no Brasil os serviços prestados pela saúde quando não são inexistentes, são inadequados para atender as necessidades relativas à sexualidade e à saúde da mulher sendo uma das maiores causas de mortalidade e morbidez das mulheres em idade reprodutiva, complicações provenientes da gestação e do parto, ratificando que, não existe uma prestação de serviço à saúde suficientemente bom para que a parturiente possa decidir de forma livre.

“Muitas vezes o que uma pessoa prefere pode ser contraditório em relação àquilo que seria mais valioso para ela, e isso não por ter-se “resignado” a situações injustas, mas, simplesmente, por causas tais como a ausência de uma informação empírica adequada”¹²⁴. Nesse contexto, se adapta a situações não por se acomodar diante da ausência de prestação, mas pela ausência de informação de que teria direitos ou seria digna de receber determinado tratamento.

Definir critérios de exercício da autonomia dentro de um contexto em que direitos e garantias fundamentais não são respeitadas, e que as relações se estabelecem com base em processos de múltiplas dominações, é um verdadeiro contrassenso. A cultura de patologização dos processos naturais das mulheres e a comercialização de cirurgias e procedimentos eletivos tem representado um cenário violento e hostil, durante um momento que deveria ser sublime e especial, que é o nascimento.

Não obstante tal debate, o que reafirma a importância desta pesquisa, é a materialização da autonomia na escolha da via do parto através do projeto de lei apresentado no estado de São Paulo nº 435/2019, que foi transformado posteriormente na Lei 17.137/2019¹²⁵, aprovada em regime de urgência, tratando mais uma vez sobre o exercício da autonomia de vontade da mulher, desta vez com o objetivo de garantir à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, quando completam 39 semanas de gestação, bem como analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.

¹²³ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher**, Pequim, 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf. Acesso em: 12 jan 2024

¹²⁴ GARGARELLA, R. **As teorias da justiça depois de Rawls**: um breve manual de filosofia política. Tradução de Alonso Reis Freire. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2020, p. 12.

¹²⁵ SÃO PAULO. **LEI Nº 17.137, DE 23 DE AGOSTO DE 2019**. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2019/lei-17137-23.08.2019.html#:~:text=Garante%20C3%A0%20parturiente%20a%20possibilidade.quando%20escolhido%20o%20parto%20normal>. Acesso em 01/02/2024

Em 2019, foi proposta pelo Partido Trabalhista Brasileiro – PTB uma Ação Direta de Inconstitucionalidade junto ao TJ/SP atacando a norma indicada. A referida ação, por sua vez, foi julgada procedente, reconhecendo a inconstitucionalidade da lei estadual, considerando a usurpação de competência legislativa da União, ao legislar de forma suplementar e contraditória sobre a saúde, em matéria já amparada pela legislação federal vigente.

Porém para enriquecer o debate, é válido o conhecimento acerca das questões de mérito debatidas na legislação. A propositura da demanda argumenta que não existem razões para que São Paulo, justifique edição de lei suplementar ao ordenamento da União, sem elemento capaz de apresentar particularidade daquele estado. A Lei ficou conhecida como “lei da cesárea”, por defender e propagar a via de parto cirúrgica, usando como plano de fundo a defesa da autonomia.

Ao analisar o caso o relator, Des. Alex Zilenovski, expõe em seu voto que a legislação “ao possibilitar à parturiente a opção pela cesariana, mesmo sem uma indicação médica” impõe “atuação diretiva acerca de um procedimento de norma técnica de um procedimento cirúrgico”.¹²⁶ É imperativo reconhecer que a salvaguarda da saúde está intrinsecamente ligada ao domínio da ciência, e não se reduz a uma mera expressão de vontade emocional. Portanto, é inviável que a defesa de valores subjetivos possa confrontar ou desafiar os princípios científicos estabelecidos.

Ainda no que diz respeito ao mérito da Ação Direta de Inconstitucionalidade, o partido argumenta que:

[...] há evidências técnico-científicas que demonstram que a sujeição da parturiente à cesariana sem indicação médica não é conduta que se coadune com a ‘redução do risco de doenças e outros agravos’ prevista na norma constitucional, tendo em vista que se trata da ‘alternativa mais arriscada para a realização do parto e coloca a mulher e a criança em uma situação de maior risco do que relativamente ao parto normal, em sentido diametralmente oposto ao que é proposto pelo texto da legislação’.

A lei também se opõe às políticas públicas e recomendações da OMS, que visam incentivar o parto normal. Uma grande questão, desconsiderada pelo legislador é a condição das parturientes, sobretudo o acesso à informação e as condições de saúde existente, o que por sua vez, podem interferir no processo decisório, impactando diretamente no exercício da autonomia.

¹²⁶SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE nº 2188866-94.2019.8.26.0000. VOTO 25.141. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/wp-content/uploads/2023/09/lei-parto-cesariana.pdf>. Acesso em 10 de dez. 2023.

Diversos estados passaram a utilizar como modelo o projeto de lei de São Paulo, e, em Alagoas não foi diferente. O projeto tramita atualmente na Assembleia Legislativa sob o nº 156/2019, vivenciando um grande silenciamento, que inquietou esta pesquisadora que compreendeu que a questão merecia maior atenção da academia.

Embora no referido projeto de lei exista a previsão acerca da obrigatoriedade de esclarecimentos prévios, a maioria das pessoas afetadas pela lei são usuárias do SUS. O que corrompe a condição de tomar decisões esclarecidas, pois acredita existir dificuldade na interlocução, além de outros fatores que serão analisados oportunamente.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/1990¹²⁷, prevê em seu artigo 7º que é direito da criança e do adolescente proteção à vida e à saúde, através de políticas que permitam gozar de um “nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência”.¹²⁸ O mesmo diploma também assegura no Art.8ª, §8º que a gestante tem direito a um parto normal cuidadoso e intervenções cirúrgicas por motivos médicos.

A saúde não pode ser vista como mera volição emocional, ela deve ser tratada no campo da ciência. Portanto qualquer legislação que defenda um parto cirúrgico de forma eletiva, sem que haja recomendação médica, está em nítido confronto com a ciência e com a legislação federal.

Diante deste cenário é possível notar, ainda de forma superficial e introdutória, que as mulheres e a sua imagem foram construídas ao longo do tempo, posicionando-a em um ambiente de vulnerabilidade e com privações essenciais, sobretudo durante o período compreendido entre a gestação e puerpério.

Desta forma, o cenário do parto, sobretudo, na rede pública de assistência à saúde é marcada pela ausência de condições básicas, essenciais, mínimas, a exemplo da disponibilidade de leitos, medicamentos, vestimentas, comida, assistência ao pré-natal, informação de qualidade etc. Privações que impactam diretamente na segurança e na percepção da mulher acerca do que é um parto, independente da via que lhes é preferida.

Tudo isso, se funda não apenas nas questões sociais e legislação já mencionada, mas principalmente na inviabilidade técnico científica de adotar como eletivo procedimento cirúrgico que expõe a risco não apenas a mãe, mas também o seu bebê, o que é ofertado em

¹²⁷ BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1990.

¹²⁸ Ibidem.

uma condição romantizada utilizando o *Standart* da autonomia. Deste modo, nem sempre a manifestação de uma vontade é sinônimo de capacidade de autodeterminar-se, que se vincula a autonomia. Piñeiro afirma que:

(...) a capacidade de agir diferencia-se da capacidade de direito, visto que toma em consideração a pessoa, não mais enquanto esta tenha a pertença de direitos subjetivos em geral, mas enquanto seja apta a governar-se por si, nas variadas contingências da vida prática, isto é, a exercitar por si o direito subjetivo; e pressupõe, portanto, a capacidade de direitos, ou jurídica. Mais adiante, afirma que a capacidade de agir corresponde a um estado psíquico de idoneidade a entender e a querer.¹²⁹

A doutrina crítica afirma que uma ordem constitucional democrática e justa devem aspirar à justiça social, ao invés de se contentar com o mínimo que apenas reforça o cenário da miséria, com uma visão elitista e excludente, que limita a atuação do Estado no campo social preservando a essência das estruturas econômicas¹³⁰.

Desta forma não é possível falar em autonomia, ou exercício de liberdade diante deste cenário, e, portanto, não tem como falar em uma democratização, mas em uma necessidade de redemocratizar a democracia que experienciamos na contemporaneidade. Afinal, é possível considerar a existência de uma política democrática sem o pleno exercício da autonomia? A autonomia é indissociável da experiência democrática, onde a heteronímia é marcada pela divisão social entre expropriados e expropriadores, dominados e dominantes, todos fazendo parte de uma mesma deriva¹³¹.

Em vias opostas ao da autonomia, Judith Butler¹³² afirma que a sujeição consiste em uma dependência fundamental de um discurso que nunca escolhemos, mas que, paradoxalmente, inicia e sustenta nossas ações e a ele estamos submetidos. Na mesma medida em que você é sujeito do processo político, social, democrático, você também está subordinado ao poder, como uma condição da sujeição. Uma sociedade autônoma não pode ser instaurada senão pela atividade autônoma da coletividade, e não de uma parcela dela apenas.

A liberdade individual é a metonímia mais poderosa relacionada com a democracia, enquanto a promessa de governo pelo povo frequentemente é esquecidas. Apenas a

¹²⁹ PIÑEIRO, Walter Esteves. O Princípio Bioético da Autonomia, sua Repercussão e Limites Jurídicos. **Cadernos Adenauer**. n .1, ano III. Bioética. Rio de Janeiro, 2002., p.120.

¹³⁰ PEREIRA, P. A. **Necessidades humanas**: subsídio à crítica dos mínimos sociais. 6. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000, p. 15.

¹³¹ AGUIAR, T. F. D. Autonomia como fundamento da democratização da democracia: algumas ferramentas teóricas do spinozismo. **Gavagai**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 15-40, jan.-jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.36661/2358-0666.2017n1.8989>. P. 17

¹³² BUTLER, J. **A visa psíquica do poder**: teorias da sujeição. Tradução de Rogério Bettoni. Belo Horizonte: Autêntica, 2020, p. 10.

democracia pode nos fazer livres, já que apenas em uma democracia nós autorizamos os poderes que nos governam (BROWN, 2018, p. 298)

Pensar em autonomia da vontade na escolha da via de parto, é também pensar em dignidade humana e direitos sociais. Considerando a importância de garantir o exercício da autonomia da vontade, sobretudo na escolha da via de parto, deve-se pensar na categoria a partir da bioética, que possibilita aprofundamento maior na temática, o que será analisada a partir de três correntes, a mais antiga e tradicional, Principlista; a Latino-Americana que carrega consigo a importância de enxergar as pluralidades sociais e sobretudo, as vulnerabilidades, e a feminista, que se debruça acerca de direitos sexuais e reprodutivos.

3 CRITÉRIOS DE EXERCÍCIO DA AUTONOMIA: A ESCOLHA DA MULHER NO PARTO A PARTIR DA BIOÉTICA

Nesta segunda sessão será analisada a autonomia a partir da bioética. A bioética é a ciência que mais debruçou seus estudos acerca da autonomia, sobretudo na saúde, e em questões polêmicas. A presente sessão tem como objetivo pensar na autonomia enquanto princípio e conceito da bioética, fazendo analogia com as normas do direito. Dividida em correntes, foi eleita três delas para construir um raciocínio eficaz para demanda apresentada.

A primeira parte abordará a corrente mais tradicional, Principlista, que envolve quatro princípios norteadores, beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. A segunda seção deste estudo reconhece que, embora a corrente teórica tradicional seja fundamental para a compreensão do tema, ela não aborda adequadamente as vulnerabilidades sociais e a realidade específica de cada povo, considerando seu contexto geográfico e cultural. Essa lacuna é preenchida pela corrente latino-americana, que oferece uma perspectiva mais inclusiva e contextualizada. E por fim a terceira parte que pensa sobre a conduta paternalista do médico e as questões atinentes aos direitos sexuais e reprodutivos, interferem na decisão da mulher na escolha da sua forma de parir, pensada através da corrente feminista.

3.1. Análise da autonomia a partir da bioética Principlista

O surgimento da bioética, foi cunhado em meados de 1971, quando da publicação da obra “*Bioética: uma Ponte para o Futuro*” do americano Van Rensselaer Potter, pelo que ficou conhecido como pai da bioética¹³³, sendo sua obra um marco histórico na construção da ciência.

¹³³ COSTA, Jessica Hind Ribeiro. **A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia do dependente químico**. Salvador, 2015. 203 p. Dissertação de Mestrado em Direito das Relações Sociais e Novos Direitos. Faculdade de Direito. Universidade Federal da Bahia. p. 18

Para ele a bioética era uma ponte entre a ciência biológica e a ética que deveria conduzir o progresso da humanidade¹³⁴.

Embora a sua paternidade tenha sido questionada, por Thomas Reich, que compreendia o surgimento a partir do emprego institucional acadêmico do conceito, onde Andre Hellegers seria o precursor, com a utilização institucional, no mesmo período (1971)¹³⁵, a Bioética, segundo Neves, é marcada pela “dupla paternidade”¹³⁶, que muito se justifica pelos diversos escândalos envolvendo pesquisas científicas e violações aos direitos dos pacientes, que tinham em comum a análise ética dos progressos científicos e do surgimentos das novas tecnologias aplicadas as ciências médicas¹³⁷.

Originalmente a bioética foi associada a eventos famosos que causaram espanto, pois em nome da ciência instituíram ofensas a direitos elementares e a dignidade à vida das pessoas envolvidas¹³⁸. Bioética, então passou a ser definida por Reich, em 1978, na Enciclopédia da Bioética, como “estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e a atenção à saúde, enquanto está conduta é examinada a luz dos princípios e valores morais”¹³⁹.

Deste modo a ciência atualmente se estrutura em dois componentes norteadores: um positivo onde se avalia ações ou normas específicas que possam resolver conflitos de forma justificada; e um analítico, que investiga conflitos ou desvios éticos que envolvam as ciências da vida. Vista ainda sob duas perspectivas (individual e social), o que se reflete nas correntes, algumas com abordagens mais direcionadas ao sujeito e outras para os problemas comunitários atuais.¹⁴⁰

Para este trabalho elegemos três das mais diversas correntes encontradas para pensar na autonomia da mulher na eleição de suas predileções sobre a via de seu parto, que como já visto

¹³⁴ PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Problemas atuais da bioética. 10. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2012, p. 35-37.

¹³⁵ DINIZ, Débora; GUILHERM, Dirce. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense. 2012. Coleção primeiros passos: 315. 7ª reimpr. Da 1ª ed. De 2002. ISBN 978-85-11-00074-0. p. 11-12.

¹³⁶ NEVES, Maria do Céu Patrão. Bioética e bioéticas. In: NEVES, Maria do Céu Patrão; LIMA, Manuela (Orgs.) **Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades**. Coimbra/São Paulo: Editora Gráfica de Coimbra/Centro Universitário São Camilo, 2005, p. 288.

¹³⁷ COSTA, Jessica Hind Ribeiro. Op. cit. p. 19

¹³⁸ STEPKE, Fernando Lolas. **Bioética e Medicina: aspectos de uma nova relação**. Tradução Gilmar Saint Clair Ribeiro. São Paulo: Edições Loyola, 2006, p. 159.

¹³⁹ COSTA, Jessica Hind Ribeiro. **A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia do dependente químico**. Salvador, 2015. 203 p. Dissertação de Mestrado em Direito das Relações Sociais e Novos Direitos. Faculdade de Direito. Universidade Federal da Bahia. p. 20

¹⁴⁰ COSTA, Jessica Hind Ribeiro, op.cit., p. 23

na sessão anterior é marcada por uma assistência à saúde precarizada, questões latentes sobre limites éticos de atuação nas ciências da saúde e da vida humana, questões sociais e culturais.

A corrente Principlista¹⁴¹, mais antiga e conhecida, que pensa a bioética de forma principiológica norteada por quatro princípios: da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça; A corrente Latino Americana que considera as vulnerabilidades, sobretudo a partir da análise que não é possível falar em necessidades globais, em um só formato bioético, considerando, inclusive, valores culturais distintos em cada localidade; por fim, a corrente Feminista, que permite estruturar uma análise a partir dos direitos sexuais e reprodutivos, construindo um pensamento de ordem compensatória para correção de vulnerabilidades sociais, a partir do poder e do ajuste de valores tradicionalmente atrelado ao feminino.

O principlismo é a corrente mais tradicional da bioética, de autoria do filósofo Tom Beauchamp e do teólogo James Childress, surgiu em 1979, onde foi consolidada a força teórica da bioética, na obra intitulada de “*Princípios da Ética Biomédica*”¹⁴², que instrumentalizou dilemas morais das pessoas em relação ao campo da saúde e da doença¹⁴³.

A obra teve como base o Relatório Belmont, de 1974, que foi instituída para definir princípios de orientação para estudos de pesquisa com seres humanos, a partir da denúncia de escândalo com o estudo de homens negros sífilíticos, em Tuskegee. Inicialmente, e como reflexo do trabalho de Beauchamp e Childress, foi proposto a necessidade de atentar sobre três princípios base: o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça.¹⁴⁴

A referida corrente dominou por duas décadas os estudos da bioética, sendo hoje, ainda, a mais importante para a ciência, estruturada em quatro princípios, a beneficência, a não maleficência, como uma declinação do mandamento da beneficência, justiça e a autonomia termo substitutivo para o que foi chamado de respeito pelas pessoas. Diretrizes, que até os dias de hoje se confunde a própria ciência, ao invés de ser considerada como uma corrente específica.¹⁴⁵

¹⁴¹ BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. **Principles of biomedical ethics**. 7ª ed. New York: Oxford University Press; 2013.

¹⁴² Ibidem.

¹⁴³ DINIZ, Débora; GUILHERM, Dirce. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense. 2012. Coleção primeiros passos: 315. 7ª reimpr. Da 1ª ed. De 2002. ISBN 978-85-11-00074-0. p. 38

¹⁴⁴ REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. A bioética e suas teorias. In: **Bioética para profissionais da saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 39-62. ISBN: 978-85-7541-390-6. <https://doi.org/10.7476/9788575413906.0003>. p. 41

¹⁴⁵ DURAND, Guy. **Introdução geral à Bioética**: história, conceitos e instrumentos. 4 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2012, p. 53.

O nome principialismo vem de princípios, é uma corrente que norteia suas ações e estudo a partir da aplicação de princípios morais universalmente aceitos¹⁴⁶, e que deles derivam regras específicas. Para a corrente, embora com bases puramente principiológicas, existem várias formas de aproximar a aplicação prática dos quatro princípios, sendo o balanceamento, a melhor resposta para o equilíbrio entre a regra absoluta e a mera recomendação, devendo ser avaliada sempre a situação concreta.¹⁴⁷

Adiante, iremos analisar os quatro princípios desta corrente, beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, objetivando em seguida, compreender de que forma a bioética pode contribuir com o ciclo gravídico puerperal e a intervenção da escolha da mulher, a partir do exercício da autonomia na escolha de sua via de parto. Neste momento é importante evidenciar, que teceremos de forma mais detida acerca da autonomia, por ser este o enfoque metodológico dado ao presente estudo.

Considerado o viés jurídico do trabalho, importa mencionar que para além do princípio na sua forma bioética, a autonomia também se incorpora enquanto fundamento jurídico que atravessa o ordenamento, tal abordagem mais delimitada realizada na segunda seção 2.3. Trata-se de valor dotado de grande importância e bastante confundido com o sentido de liberdade, notadamente após o sucesso da Revolução em França e a prevalência dos valores de igualdade, fraternidade e liberdade¹⁴⁸.

No entanto, a liberdade tem uma expressão ampla, múltipla e plural, preferindo-se no âmbito do Direito Privado o uso da expressão autodeterminação, o qual se refere às escolhas humanas de suas condutas num plano individual. Esse conceito também encontra lastro constitucional na medida em que se compatibiliza com a noção de dignidade da pessoa humana. Assim verifica-se que no direito é fundamental pensar na autonomia restrita ao que está permitido no âmbito do ordenamento, caracterizando a autonomia privada da vontade, a qual inclui as escolhas individuais no tocante a própria vida¹⁴⁹, excetuando-se situações nas quais as escolhas afrontam/colidem com determinadas normas e direitos de terceiros.

¹⁴⁶ REGO, et. al., op. cit., p. 43

¹⁴⁷ Ibid., p. 44.

¹⁴⁸ RODRIGUES JR., Otavio Luiz. **Autonomia da vontade, autonomia privada e autodeterminação**: notas sobre a evolução de um conceito na Modernidade e na Pós-modernidade. In: Revista de Informação Legislativa, vol. 41, n. 163. Brasília: jul./set. 2004, p. 118. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/982/R163-08.pdf?sequence=4&isAllowed=y> . Acesso em: 22.01.2023.

¹⁴⁹ Ibidem, p. 124.

Na mesma linha, importa ainda mencionar as lições de Antônio Junqueira de Azevedo, na obra “Caracterização jurídica da dignidade da pessoa humana”, quando expressamente relaciona dignidade e autonomia, compreendendo está como sendo um espectro da autodeterminação nos limites do ordenamento, a qual pode ser maior ou menor na medida em que os autores interpretam os princípios e as normas sistematicamente¹⁵⁰.

No presente trabalho a ênfase da autonomia no aspecto corpóreo, existencial e da saúde faz com que seja necessária uma análise a partir da autodeterminação não apenas bioética, mas em cotejo com a lei, visando ainda (sobretudo) uma compreensão da necessária preocupação com a vida e a saúde do feto, a qual naturalmente irá impor limites de atuação, quer seja da mulher, quer seja da equipe médica.

O princípio da beneficência é um preceito que aspira alcançar o ápice de excelência nas intervenções realizadas. É sabido que os tratamentos na saúde implica em riscos e benefícios, porém a questão central é analisar possíveis riscos e benefícios para o sujeito, dado cada caso concreto¹⁵¹. Durante muito tempo, a beneficência, gozou de primazia nas práticas médicas, onde os meios justificavam condutas que prezavam pelo “bem” do paciente.¹⁵²

Ocorre que, o que é reconhecido como bom para um, pode não ser bem aceito para outro, sendo importante ponderar o significado de “bem”, valorando a autonomia do paciente e as dimensões de justiça, sem confundir com uma conduta autoritária, pautada no livre arbítrio do médico para tomada de decisão. Tal tópico já permite que neste momento seja feito uma aproximação com o cenário vivenciado no parto pelas mulheres.

Saúde não é sinônimo de perfeição, mas um equilíbrio variável, sem necessariamente considerar uma plenitude integrada, cujo a busca desmedida coloca pacientes na indução de procedimentos supérfluos e médicos a realização de excessos¹⁵³. Desta forma, as decisões tomadas na saúde não pode ser pensada apenas verticalmente, onde o profissional informa o paciente a suposta melhor forma de agir para promover sua saúde, e com base nesta informação, que na verdade é uma sugestão, o paciente concorda com o profissional.

¹⁵⁰ AZEVEDO, Antonio Junqueira de. **Caracterização jurídica da dignidade da pessoa humana**. RT, São Paulo, vol. 797, p. 11-26, mar. 2002.

¹⁵¹ COSTA, Jessica Hind Ribeiro. **A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia do dependente químico**. Salvador, 2015. 203 p. Dissertação de Mestrado em Direito das Relações Sociais e Novos Direitos. Faculdade de Direito. Universidade Federal da Bahia. p. 43

¹⁵² CORREIA, Francisco de Assis. Alguns desafios atuais da bioética In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Orgs.). **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 1996, p. 40.

¹⁵³ BERLINGUER, Giovanni. **Bioética cotidiana**. Trad. Lavinia Bozzo Agilar Porciuncula. Brasília, UNB, 2004. P. 211-212.

Para exemplificar a situação o CREMERJ, emitiu uma resolução nº 293/2019¹⁵⁴, que dispunha sobre a autonomia do médico no cenário do parto, para decidir sobre o que é bem-estar da mulher, ainda que diante da apresentação de um plano de parto, documento escrito com as preferências da parturiente, considerando o escopo e possibilidade de elegibilidade das condutas no cenário do parto, revelando uma conduta autoritária e desmedida, centrada no bem-estar do profissional.

Isso porque a resolução do CREMERJ tratava “sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem-estar e da saúde para o binômio materno-fetal”. Nesses termos, a beneficência e técnica médica se sobrepõe à autonomia individual da gestante, o que pode, algumas vezes, ser pautado na própria conveniência médica.

A pesquisa “Os Determinantes da Realização de Cesárias no Brasil”, apurou que a maioria das cirurgias cesarianas, sugerem fatores não médicos para sua realização, sendo prováveis cesáreas previamente agendada, de forma “eletiva”, conclusão obtida a partir da análise de partos que ocorreram “majoritariamente em dias úteis, hospitais privados sem leitos obstétricos voltados ao SUS, mães, mais escolarizadas e casadas”¹⁵⁵. A conduta profissional que ignora o poder de autodeterminar-se da parturiente, é alvo de ofensa a dignidade, sendo passível de responsabilização, sobretudo quando suas ações são supostamente em prol do bem dos pacientes.¹⁵⁶

Embora a cirurgia seja elencada apenas para salvar vidas e em casos de reais indicações, baseado em evidências científicas, existe uma convicção sobre a cesariana onde a maior parte da população acredita em falsas indicações do procedimento. A situação é retratada no filme “o Renascimento do Parto I”¹⁵⁷, quando a obstetra Melânia Amorim coloca que, muitas mulheres

¹⁵⁴ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 293/2019**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/RJ/2019/293_2019.pdf. Acesso em 20 de setembro de 2023.

¹⁵⁵ MAGALHAES, Manuela Mesquita de; MELO, Carolina Pedrosa Gomes de; MENEZES FILHO, Naercio; KOMATSU, Bruno Kawaoka. Os determinantes da realização de cesárias no Brasil. In: Inesper Centro de Políticas Públicas. **Policy Paper**, nº41, julho, 2019. Disponível em: <https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2019/08/Policy-Paper-41-Ces%C3%A1reas.pdf>. Acesso em 20 de agosto de 2023.

¹⁵⁶ Judith Martins Costa traz como exemplo a decisão do médico de submeter a paciente à cirurgia de laqueadura de trompas, impedindo-a de (novamente) engravidar sem que esta manifeste autorização e/ou consentimento. (COSTA, Judith Martins. Capacidade para consentir e esterilização de mulheres tornadas incapazes pelo uso de drogas: notas para uma aproximação entre a técnica jurídica e a reflexão bioética. In: MOLLER, Letícia Ludwig; COSTA, Judith Martins (Orgs.) *Bioética e Responsabilidade*. Rio de Janeiro: Forense, 2009, p. 302).

¹⁵⁷ CHAUVET, E.; DE PAULA, E. **O renascimento do parto**. Brasília: Master Brasil e Ritmo Filmes, 2013. 90 minutos.

acreditam na indicação real da cirurgia cesariana, quando estão no pós-parto, enquanto a equipe médica atribui a realização do procedimento à decisão da mulher e ao seu exercício a autonomia de vontade, o que implica no aumento do número de cesáreas em todo mundo nos últimos 20 anos, transformando o parto cirúrgico em uma “epidemia”¹⁵⁸

O parto deve ser enxergado diferente das patologias, e questões que envolvem um tratamento médico específico. No parto, acontece um evento natural e fisiológico, que merece cuidados para ter garantido um nascimento sadio e harmonioso (art. 7º ECA), e a “beneficência” com desfecho positivo para mãe e para o bebê.

Da mesma forma que a patologia possui tratamentos diversos para garantir resultados positivos, para mãe e para o bebê, leia-se aqui, no caso do parto, o caminho a ser perseguido podem ser diferentes, razão inclusive que motiva o cuidado da bioética na saúde: assegurar a dignidade dos pacientes nos tratamentos e pesquisas, em saúde, validando o trajeto percorrido para além dos benefícios científicos finais, o que nos permite falar do próximo princípio: não maleficência.

A não maleficência é um dos grandes princípios da bioética, amplamente discutido na obra de Beauchamp e Childress¹⁵⁹. No entanto, observa-se que, em relação à extensão de conteúdo, a não maleficência muitas vezes recebe menos atenção do que outros princípios éticos, assim como ocorrerá neste trabalho. Nesse contexto, considerando a relevância da autonomia para a pesquisa, opta-se por enfatizar os discussões mais aprofundadas em relação a esta e à beneficência, esta última porque diz respeito às intervenções diretas.

O princípio da não-maleficência zela para que além do compromisso com ações positivas que impliquem no máximo de excelência das ações (beneficência), essas ações não devem ser prejudiciais, reduzindo ações que infrinjam danos a alguém intencionalmente. Este princípio caminha como um desdobramento da beneficência, onde impõe um cuidado sobre o olhar não apenas das ações que gerem excelência, mas que possa refletir e enxergar aquelas que

¹⁵⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Statement on Caesarean section rates**. 2015. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 09 fev. 2023.

¹⁵⁹ BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. **Principles of biomedical ethics**. 7ª ed. New York: Oxford University Press; 2013.

além de serem excelente, não causem prejuízo. Este último compreendido como “ação de contrariar, frustrar ou interpor obstáculos aos interesses de alguém”.¹⁶⁰

Todos nós achamos razoável, quando pensamos sobre nossas próprias vidas, recorrer à realização de balanços que podem acabar na aceitação de certos sacrifícios presentes em prol de maiores benefícios futuros – em uma escala “social”, nossa tendência a aceitar certos sacrifícios presentes, com o objetivo de obter maiores benefícios no futuro.¹⁶¹

A importância deste princípio é vinculada a necessidade de equilibrar as consequências das intervenções, diagnósticos, terapias, prescrições, terapêuticas ou não na saúde. Afinal, a maioria dos procedimentos da medicina, estão atrelados possíveis danos, que são normalmente decorrentes dos procedimentos. Para a não maleficência, evitar danos é uma obrigação moral a prima facie¹⁶². Devendo, mais uma vez, pensar no dano com um núcleo individual que precisa ser analisado em cada caso concreto, e considerando as particularidades e preferências possíveis dos indivíduos, nos encorajando a discutir sobre a autonomia.

Para Beauchamp e Childress, autores da corrente Principlista, diversos sentidos podem ser atribuídos à autonomia, a exemplo da liberdade, privacidade, pertencimento a si mesmo, escolha individual, autogoverno, entre outros¹⁶³. Antes de apresentar o princípio, sobretudo pela relevância dele à esta pesquisa, é importante trazer à baila a diferença entre o conceito de autonomia e o princípio bioético, aqui analisado.

Enquanto o conceito repousa na autonomia da ação, como mera definição, o princípio se mostra como um requisito moral de aplicação no caso concreto, para nortear as ações, em respeito a autonomia do outro¹⁶⁴. Embora, em tese, não exista na bioética primazia entre os quatro princípios, para Volnei Garrafa¹⁶⁵, a autonomia foi maximizada hierarquicamente, podendo ser chamada de super-princípio, vista como superior em relação aos demais, em diversas situações. Sendo, autonomia, categoria fundamental para esta pesquisa, que discute o

¹⁶⁰ REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. A bioética e suas teorias. In: **Bioética para profissionais da saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 39-62. ISBN: 978-85-7541-390-6. <https://doi.org/10.7476/9788575413906.0003>, p. 47-48

¹⁶¹ **Gargarella Roberto** As teorias da justiça depois de Rawls: um breve manual de filosofia política [Livro] / trad. Freire Alonso Reis. - São Paulo : WMF Martins, 2008. p.6

¹⁶² KIPPER, Délio José; OSELKA, Gabriel Wolf; AYER, Reinaldo. Bioética clínica. In: ANJOS, Márcio Fabri dos; SIQUEIRA, José Eduardo de (Orgs.). **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. São Paulo: Idéias e Letras; Sociedade Brasileira de Bioética, 2007, p.119

¹⁶³ BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. **Principles of biomedical ethics**. 7ª ed. New York: Oxford University Press; 2013, p. 137.

¹⁶⁴ ALMEIDA, Marcos de. Comentário sobre os princípios fundamentais da bioética – perspectiva médica. In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Orgs.). **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 1996, p. 58-59.

¹⁶⁵ GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Revista Bioética*, Brasília, v. 13, n. 1, p. 125-134, abr. 2005, p. 128

poder da mulher em deliberar sobre seu corpo e sua saúde, ao decidir acerca da melhor via de parto, por ela compreendida.

O enaltecimento da autonomia, característica marcante da bioética, acostar-se do perfil libertário desta ciência, onde o controle do corpo de cada indivíduo é posto colocada em condição superlativa. A grande consequência deste hiper dimensionamento, é enxergar os conflitos de forma individualizada, como se todos os sujeitos tivessem condições para consentir criando uma indústria de termos de consentimento informado nas práticas assistenciais.

Deste modo, a autonomia não deve ser irrestrita, devendo ser aplicada de forma responsável e controlada, com limites e condicionada frente aos outros princípios, sobretudo quanto em confronto com justiça e a beneficência. Portanto, é necessário avaliar se o indivíduo, no caso específico da gestante, possui condições para exercer sua autonomia. Isso deve ser feito sem desconsiderar as demais normas morais, como beneficência, justiça e as próprias vulnerabilidades, que atuam como limitadores da liberdade¹⁶⁶.

Além disso, é fundamental compreender a possibilidade de estarmos diante de um sujeito cuja autonomia esteja diminuída, não sendo capaz de exercitar livremente seus planos e projetos¹⁶⁷. Tal condição muitas vezes está relacionada a questões individuais de entendimento e compreensão da informação. No entanto, em alguns momentos a impossibilidade de exercício da autonomia decorre de questões estruturais e/ou externas.

Deste modo o princípio da autonomia deve ser aplicado a partir de quatro pilares compreendido como: informação, competência, entendimento e consentimento. Sem eles é questionável se de fato o sujeito teve garantido o exercício de sua autonomia na tomada de decisão. E neste ponto, sedimenta o debate mais importante deste trabalho, pensar em critérios e regras que possam definir concretamente o que seria a tomada de decisão autônoma para eleição de sua forma de parir.¹⁶⁸

Pensando concretamente no cenário da gestação e os pilares assim apresentados, não basta a mulher verbalizar que elegeu como sua via de parto uma cesárea ou um parto normal, para que esta seja considerada uma decisão autônoma. Para isso é importante que ela possua

¹⁶⁶ SEGRE, Marco; MARCOLINO, José Álvaro Marques. Relação médico-paciente. In: SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (Orgs.). **Bioética**. 3ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008, p.89

¹⁶⁷ VARELIUS, J. The value of autonomy in medical ethics. **Med Health Care Philos.** 2006;9(3):377-88. doi: 10.1007/s11019-006-9000-z. Epub 2006 Oct 11. PMID: 17033883; PMCID: PMC2780686.

¹⁶⁸ COSTA, Jessica Hind Ribeiro. **A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia do dependente químico**. Salvador, 2015. 203 p. Dissertação em Mestrado em Direito das Relações Sociais e Novos Direitos. Faculdade de Direito. Universidade Federal da Bahia. p.38

capacidade e sejam a ela revelada todas as informações necessárias, os riscos potenciais e os benefícios daquela decisão. Quem além disso a mulher precisa ter condições de compreender as informações passadas, afinal cada pessoa, sobretudo na assistência à saúde pública (SUS), possui níveis de cognição diversas, devendo haver o zelo na transmissão da informação para garantir o entendimento, seja pela forma que está sendo passada a informação, inteligível, seja pela condição em que a mulher se encontra de debilidade e insegurança, impactando na exata compreensão do conteúdo informado, impedindo a decisão livre e esclarecida. Por fim, é importante garantir que a mulher tenha capacidade de tomar decisões livre de influências que possam manipular sua decisão ou coagir a determinada via.

Ana Carolina Teixeira, neste mesmo aspecto compreende que para ser caracterizada uma decisão autônoma, onde a pessoa garantiu seu poder de autogoverno sobre o corpo, é preciso considerar o discernimento, a competência e a possibilidade de autodeterminação no momento da decisão¹⁶⁹. A autonomia na corrente Principlista, embora considere a liberdade do sujeito de autodetermina-se, não desconsidera as interferências controladoras e as limitações pessoais que implicam na tomada de decisão, assim como a compreensão inadequada, quer seja por quem comunica, ou por quem recebe.¹⁷⁰

Assim, a autonomia individual deve ser pensada não apenas como liberdade do sujeito, mas também na garantia que esse sujeito possa exercer o seu poder de autodeterminação, sustentando um compromisso tácito de permitir escolhas autônoma, diminuindo condições que emagrecem a autonomia, considerando, inclusive a hierarquia técnica existente entre o profissional da saúde e a mulher (sujeito).¹⁷¹

Por esta razão a autonomia é constantemente questionada pelos profissionais da saúde, que se voltam a reproduzir discursos que acentuam a hierarquia técnica existente, onde somente o profissional da saúde é capaz de tomar decisões seguras e boas para o paciente, pois foi ele quem estudou e detém o conhecimento técnico suficiente para a resolução da situação. Para Butler, esse processo é chamado de sujeição, e funciona a partir do poder e da dependência que fundamental que um determinado discurso que não é escolhido, mas de alguma forma sustenta

¹⁶⁹ TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. **Saúde, corpo e autonomia privada**. Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p. 56.

¹⁷⁰ REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. A bioética e suas teorias. In: **Bioética para profissionais da saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 39-62. ISBN: 978-85-7541-390-6. <https://doi.org/10.7476/9788575413906.0003>, p. 45.

¹⁷¹ REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. A bioética e suas teorias. In: **Bioética para profissionais da saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 39-62. ISBN: 978-85-7541-390-6. <https://doi.org/10.7476/9788575413906.0003>, p. 45

e fundamentam as ações. O poder se impõe sobre o indivíduo, e enfraquecido pela força que ele exerce ou interioriza ou aceita os termos impostos.¹⁷²

O profissional detém uma capacidade técnica superior para determinar o tratamento, procedimento, cirurgia ou hipóteses diagnósticas mais adequados para cada situação. No entanto, a expertise técnica do profissional não invalida a autonomia do paciente em relação à sua percepção do que é melhor para si. Isso apenas amplifica a obrigação moral do profissional em dedicar cuidado e atenção para esclarecer ao paciente os motivos que levaram a determinada compreensão, permitindo que, dentro de seu nível cultural, o paciente possa compreender o que está vivenciando.

O respeito a autonomia, alcança uma dimensão do outro, quando se é capaz de compreender que cada sujeito possui desejos e vive em realidades distintas do profissional, não necessariamente, melhores ou piores. Sendo fundamental que o profissional admita e compreenda que o paciente pode possuir valores distintos do dele e que devem ser priorizados, quando não causar risco de morte ou dano potencial a saúde da mãe e do bebê.¹⁷³

É obrigação moral, que embora treinados para agir sempre em defesa da vida e do que se constrói enquanto senso comum sobre o que é melhor para o paciente, que o profissional considere as circunstâncias mutáveis e nem sempre conhecido, precedendo de um olhar humano para que o sujeito seja não seja mero paciente (no sentido de ser passivo), mas possa ser ativo e determinante nas decisões dos cuidados a ele empregado.¹⁷⁴

Quando a mulher permeada da dor, do sofrimento e do medo das circunstâncias que decorre do parto, acaba renunciando a suas preferências para considerar o que é proposto pela equipe de saúde, e o que está ao seu alcance. Surgem então os questionamentos: “Quem deveria determinar quais preferências são “genuínas” e quais não são?” na prática a resposta é proveniente de uma espécie de falsa consciência¹⁷⁵ e reflexo da sujeição¹⁷⁶.

¹⁷² BUTLER, Judith. **A vida psíquica do poder: teorias da sujeição**. 1ª ed. 5 reimp.. Belo Horizonte: Autentica, 2020. p.10.

¹⁷³ REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. A bioética e suas teorias. In: **Bioética para profissionais da saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 39-62. ISBN: 978-85-7541-390-6. <https://doi.org/10.7476/9788575413906.0003>, p.47

¹⁷⁴ REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. A bioética e suas teorias. In: **Bioética para profissionais da saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 39-62. ISBN: 978-85-7541-390-6. <https://doi.org/10.7476/9788575413906.0003>, p.46

¹⁷⁵ GARGARELLA, Roberto **As teorias da justiça depois de Rawls: um breve manual de filosofia política** [Livro] / trad. Freire Alonso Reis. - São Paulo : WMF Martins, 2008. p.12

¹⁷⁶ BUTLER, Judith. **A vida psíquica do poder: teorias da sujeição**. 1ª ed. 5 reimp.. Belo Horizonte: Autentica, 2020. p.10

Embora muitos significados e abordagens possam ser dadas a autonomia, existe um consenso em todas elas, que estabelecem duas condições essenciais: liberdade, enquanto ausência de influências controladoras; e qualidade do agente, capacidade de discernir e tomar decisões de forma consciente.

Para o princípalismo, a justiça deve ser vista de maneira distributiva, onde as pessoas devem receber ou a elas deve ser atribuído aquilo que lhes corresponde ou lhes é devido, pensando sempre neste indivíduo enquanto parte de uma sociedade.¹⁷⁷ Embora a ideia de distributivismo vinculada a bioética, sugerimos, também uma análise conjunta a partir das teorias da justiça de John Rawls.

Para bioética Princípalista, pensar em justiça é equacionar melhores distribuição de riscos e benefícios, de acordo com cada realidade, considerando a justa distribuição que atenda necessidades individuais, de acordo com a contribuição, ou merecimento, ou esforço, papel social, de cada ser. Não existe, assim, um critério específico de distribuição de riscos e benefícios e danos deles decorrente, mas uma orientação moral para definição dos critérios a partir de cada caso.¹⁷⁸ Para a corrente, os conceitos de justiça mais assemelham-se com a equidade, a partir da ideia que não é possível fazer justiça acentuando desigualdades, devendo tratar os desiguais na medida de suas desigualdades.¹⁷⁹

Sob a ótica contratualista, a teoria da justiça de Rawls, em muita conexão com a análise realizada por este estudo, avalia, sobretudo, a autonomia da pessoa, mencionando uma espécie de contrato hipotético, onde em condições ideais, o caráter de ser livre e igual das pessoas, é respeitado. Igualdade esta, vinculada ao status moral e a imparcialidade, relativa às preferências e interesses de cada um.¹⁸⁰

Porém para que a distribuição de justiça seja equânime, ainda que em tese, um grupo de pessoas acabam sendo marginalizadas, em prol do bem comum. “O indiscutível mérito do

¹⁷⁷ FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. **Para fundamentar a bioética**. Teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Edições Loyola, 2005, p. 132-138.

¹⁷⁸ REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. A bioética e suas teorias. In: **Bioética para profissionais da saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 39-62. ISBN: 978-85-7541-390-6. <https://doi.org/10.7476/9788575413906.0003>, p. 49

¹⁷⁹ STEPKE, Fernando Lolas. **Bioética e Medicina**: aspectos de uma nova relação. Tradução Gilmar Saint Clair Ribeiro. São Paulo: Edições Loyola, 2006, p. 90.

¹⁸⁰ GARGARELLA, Roberto **As teorias da justiça depois de Rawls**: um breve manual de filosofia política [Livro] / trad. Freire Alonso Reis. - São Paulo : WMF Martins, 2008. p.20

utilitarismo na maximização do bem geral do maior número de pessoas é alcançado através do sacrifício do bem-estar mais elementar de algumas poucas pessoas”.¹⁸¹

O utilitarismo criticado por Rawls¹⁸² considera o ser humano como meros portadores passivos de desejos e Amartya Sen¹⁸³ defende que: é moralmente questionável quando parece claro que, por exemplo, em contexto de severas privações, as pessoas tendem simplesmente a renunciar a muitas de suas preferências mais básicas, para começar a aceitar como desejáveis as modestas alternativas que tem a seu alcance.

Sendo assim, no cenário do parto, essa postura utilitarista, causa sacrifícios individuais que impacta na perda de direitos fundamentais e sacrifica uma suposta minoria. Sendo o exercício negocial, no cenário do parto, em sua grande maioria prejudicado, afinal não se pode considerar justa a atuação institucional onde o profissional da saúde possui uma capacidade maior de negociação, conhecimento, equilíbrio emocional e de persuasão sobre aquele fato. Provocando questionamentos relevantes: O que são condições necessárias que devem ser garantidas para levar adiante uma vida significativa? Existe um cenário não utópico, em que tudo funciona perfeitamente, e os profissionais da saúde cumprem seu papel ético e moral?

Nozick, liberal conservador, compreende que direitos naturais se fundamentam na intuição da propriedade de cada um sobre si próprio, onde cada pessoa é legítimo proprietário de seu corpo. E que cada pessoa deve ter garantida as condições necessárias para poder levar adiante uma vida significativa.¹⁸⁴

Embora a corrente Principlista não estanque todas as situações, ela consegue responder a maioria das questões e dilemas ao longo das últimas décadas, a partir dos princípios brevemente apresentados. As críticas a esta corrente, apenas conduzem de forma aprimorada a partir do padrão, pelo principlismo, já consolidado. Sendo, portanto, mantida a estrutura principlológica, ajustada para as novas realidades e as diferentes culturas como poderá ser visto nos próximos itens desta sessão.

¹⁸¹ NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter. **Bioética Simples**. Lisboa: Verbo, 2008, p. 75.

¹⁸² RAWLS, John. **Uma Teoria da Justiça**. Trad. Almiro Pisetta e Lenita M. R. Esteves. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997., p. 23 e seguintes.

¹⁸³ SEN, Amartya **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras., 2000, p.8-9

¹⁸⁴ GARGARELLA, Roberto **As teorias da justiça depois de Rawls: um breve manual de filosofia política** [Livro] / trad. Freire Alonso Reis. - São Paulo : WMF Martins, 2008. p.37

3.2. Vulnerabilidades sociais e a bioética latino-americana

A intervenção sugerida pela Bioética latino-americana aponta para a necessidade de uma ação estatal direcionada à promoção de condições ideais para o exercício da saúde e da autonomia, levando em consideração as vulnerabilidades sociais. Essa perspectiva enfatiza a importância do papel do Estado na garantia do acesso equitativo aos cuidados de saúde, especialmente para os grupos socialmente vulneráveis. Além disso, destaca a necessidade de capacitar os indivíduos para tomar decisões informadas sobre sua própria saúde, considerando as barreiras sociais e econômicas que podem afetar essa capacidade. Isso implica a implementação de políticas públicas eficazes, a disponibilização de recursos adequados e a promoção de uma cultura de respeito à autonomia individual dentro do sistema de saúde, com especial atenção às populações em situação de vulnerabilidade.

Nesse sentido, a informação funciona como importante elemento de empoderamento, devendo ser utilizada para ampliar os conhecimentos das usuárias do serviço de saúde em sede de gestação e puerpério, visando, assim, alertá-las acerca dos pormenores ligados ao processo e, conseqüentemente, mitigar a possibilidade de intervenções desnecessárias, abusivas e paternalistas que afrontam as condições de dignidade. Tal intervenção necessariamente perpassa pelos setores da justiça e da sociedade.

Portanto, discutir saúde, deve também considerar a realidade das pessoas que estão utilizando os serviços de saúde e a condição em que elas estão inseridas, nas suas mais diversas vulnerabilidades. Por isso, compreende-se que o atendimento em desconformidade com as diretrizes atuais de parto, baseadas em evidências, inviabiliza a garantia de direitos fundamentais e a dignidade humana, o que deve ser analisado a partir das vulnerabilidades humanas e do papel do Estado no seu enfrentamento.

Assim, pretende-se discutir o conteúdo da autonomia e do livre consentimento informada à luz da bioética latino-americana, a qual considera as condições de vulnerabilidade às quais as mulheres estão expostas, seja no âmbito socioeconômico, seja no aspecto informacional.

Tais deficiências devem ser analisadas à luz do cenário de desigualdades inerentes ao cenário de subdesenvolvimento vivenciado no Brasil, o qual acarreta uma série de insuficiências no sentido de promover todos os direitos assegurados às grávidas e parturientes, demandando, pois, uma resposta do Estado, considerando as suas competências e atribuições constitucionais.

A pesquisa irá apresentar de maneira breve as premissas bioéticas das correntes adotadas como marco teórico, contextualizando com o cenário de condições vivenciadas no parto, principalmente após a inclusão recente (do ponto de vista histórico) da obstetrícia no âmbito médico, o que remonta o último século, sugerindo, pois, uma possível maneira de assegurar de forma mais efetiva a autonomia da mulher.

A Bioética Latino-americana é, uma corrente compromissada com os problemas, e soluções, inerentes aos países subdesenvolvidos, dentre as quais destaca-se a informação como uma possível ferramenta de melhoria do processo de gestar e parir, a qual deve ser fomentada a partir de políticas e estratégias de saúde promovidas pelo poder público¹⁸⁵ como forma de efetivação da livre e plena autonomia da mulher.

Apesar da nomenclatura latino-americana, não podemos compreender como idêntico o cenário histórico, político, social e cultural da saúde, notadamente das mulheres, nos países que fazem parte do bloco. A compreensão das realidades só se dá a partir do debruçar nos dados que compreendem a realidade local, pelo que a pesquisa apresenta centralidade em Alagoas, e não pode confirmar que tal produto se repetiria em outros estados do Brasil e em outros países da América-Latina.

Além disso, nas palavras de Marcos Oliveira e Elzahra Osman, o reconhecimento da pluralidade moral da humanidade proposta pela Bioética Latino-americana pressupõe o confronto de certezas morais para a humanidade. “A resposta definitiva para os conflitos não está em nenhum bioeticista ou corrente teórica, mas sim no próprio desenrolar da história moral das sociedades e dos indivíduos”¹⁸⁶.

Pressupor que todas as mulheres em situação de vulnerabilidade econômica desconhecem informações ou direitos sobre o parto, por exemplo, é estigmatizante e temerário, pelo que, a investigadora optou por fazer pesquisa de campo para a compreensão das realidades locais, evitando trabalhar com generalizações acerca das desigualdades e falhas no serviço de saúde público.

O trabalho busca reconhecer, ainda, as diferentes experiências vividas pelas mulheres na sociedade, que vai além do ser mulher, e da sua condição feminina, envolvendo reflexões

¹⁸⁵ SCHRAMM, Fermin. Bioética sem universalidade? Justificação de uma bioética latino-americana e caribenha de proteção. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. **Bases conceituais da bioética**: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia; 2006. p. 143-57.

¹⁸⁶ OLIVEIRA, Marcos de Jesus.; OSMAN, Elzahra Mohamed Radwan Omar. Pluralismo bioético: contribuições latino-americanas para uma bioética em perspectiva decolonial. **Revista Bioética**, v. 25, n. 1, p. 52-60, jan. 2017, p. 54.

sobre raça e classe social, realidade essa, muito presente na vivência experienciada pelas mulheres assistidas pelo Sistema Único de Saúde, notadamente no âmbito gestacional, que é a ênfase dada ao presente trabalho.

No tocante ao paternalismo, importa mencionar, no âmbito do gestar e parir, o papel conferido historicamente aos médicos a partir da ascensão da obstetrícia. Nessa linha, o paternalismo pode ser visto como uma sobreposição de interesses, onde a autonomia da paciente é atravessada e, por vezes, diminuída em detrimento da análise da beneficência a partir do olhar médico, detentor de conhecimento.

Francesco Bellino¹⁸⁷ afirma que o princípio da autonomia estabelece o respeito pela liberdade individual do paciente, o que faria decorrer a obrigatoriedade do consento livre e informado, sob pena de transformar a pessoa, e neste caso, a gestante, em mero objeto. Para compreender os contornos da autonomia em saúde importa conhecer o fenômeno de humanização decorrente da horizontalização entre médico e paciente no âmbito obstétrico e a importância da informação para o exercício da autonomia e dignidade da mulher.

Falar em humanização no parto vai além da escolha ideal de uma via, ou um tipo de parto específico, debate-se violência institucional, qualidade do atendimento, excelência técnica com capacidade de acolhimento e resposta, cuidado com as condições de trabalho dos profissionais, ampliação da capacidade de comunicação entre usuários e serviços. São amplas e diversas as possíveis aproximações à questão¹⁸⁸.

A ideia do texto mencionado é base do fundamento do darwinismo social, que sustentava que o Estado ou a sociedade não deveriam intervir para proteger o interesse e direitos de pessoas mais vulneráveis, por atentar contra o interesse coletivo, sendo assim, os mais aptos sobreviveria como mencionado por Rawls em uma “loteria natural”¹⁸⁹

Pode dizer que a Bioética latino-americana é uma Bioética decolonial que tem como premissa lidar com problemas persistentes e emergentes dos países tidos por subdesenvolvidos a partir das correntes de intervenção e proteção, compreendendo a necessidade de se analisar a perspectiva da vulnerabilidade a partir do Fermin Schramm que denomina de vulnerados:

¹⁸⁷ BELLINO, Francesco. **Fundamento da bioética**: aspectos antropológicos, ontológicos e morais. Bauru: EDUSC, 1997. P. 198

¹⁸⁸ AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, p. 549-560, 2005. P. 550

¹⁸⁹ GARGARELLA, Roberto. **As teorias da justiça depois de Rawls**: um breve manual de filosofia política [Livro] / trad. Freire Alonso Reis. - São Paulo : WMF Martins, 2008. P. 27

É neste contexto que a reflexão aqui proposta pretende discutir, a seguir, o papel legítimo de um Estado democrático em sua função de dar amparo aos cidadãos “vulnerados”, ou seja, aqueles que não têm condições objetivas e subjetivas necessárias para ter uma qualidade de vida que possa ser considerada satisfatória, tanto por eles mesmos como por qualquer observador racional e imparcial, ou, pelo menos, razoável, considerando este papel sob o duplo ponto de vista da Bioética da Proteção e da Saúde Pública. Neste sentido, é certamente um papel legítimo - e “protetor” do Estado - aquele que consiste em garantir aos cidadãos as condições necessárias para que possam ter uma vida pelo menos decente, quer dizer de acordo com padrões morais, econômicos e sanitários vigentes¹⁹⁰.

O “resgate” da condição de vulnerados, para o autor, necessariamente perpassa por um papel atuante do Estado, que pode ser analisado, à luz do Direito, como uma promoção da garantia do mínimo existencial, onde o Estado deve promover as condições materiais básicas para os necessitados, que não tenham condições de se sustentar¹⁹¹, garantindo acesso a efetivos bens e direitos essenciais para uma vida digna, o que se aproximada noção intervencionista da Bioética.

Desta forma, falar em conteúdo mínimo para existência é discutir também conceitos como: dignidade da pessoa humana, democracia, liberdade e justiça. Afinal, garantir o mínimo existencial é fundamental para promoção de outros direitos e valores inerentes a vida humana e que são essenciais para garantia de uma vida não apenas mínima, mas de uma vida verdadeiramente digna. O conteúdo do mínimo existencial não se restringe a definir regras e prestações materiais bem definidas que devem ser asseguradas pelo Estado, mas tão somente estabelecer um piso, abaixo do qual não se pode compreender uma existência adequada.

A fidelidade ao sistema social pode exigir que uma parcela da sociedade, em especial, aos que vivem, ou sobrevivem, em um cenário de vulnerabilidades, e, portanto, menos favorecidos, renunciem compulsoriamente de direitos e condições mínimas em detrimento de um suposto coletivo. Judith Butler¹⁹² afirma que a sujeição consiste em uma dependência fundamental de um discurso que nunca escolhemos, mas que, paradoxalmente, inicia e sustenta nossas ações e a ele estamos submetidos. Na mesma medida em que você é sujeito do processo político, social, democrático, você também está subordinado ao poder, como uma condição da

¹⁹⁰ SCHRAMM, Fermin. Proteger os vulnerados e não intervir aonde não se deve. **Revista Brasileira de Bioética**, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 377–389, 2007, p. 381. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7952>. Acesso em: 25 jul. 2023.

¹⁹¹ SARMENTO, Daniel. O mínimo existencial. **Revista de Direito da Cidade**, v. 8, n. 4, p. 1644-1689, 2016. DOI: 0.12957/rdc.2016.26034. p. 1645

¹⁹² BUTLER, J. **A visa psíquica do poder: teorias da sujeição**. Tradução de Rogério Bettoni. Belo Horizonte: Autêntica, 2020, p. 9

sujeição. Uma sociedade autônoma não pode ser instaurada senão pela atividade autônoma da coletividade, e não de uma parcela dela apenas.

Segundo Milton Santos¹⁹³ “essas técnicas da informação (por enquanto) são apropriadas por alguns Estados e por algumas empresas, aprofundando assim os processos de criação de desigualdades”. Enquanto as retóricas estatais carregam com si, a defesa da democracia e das liberdades individuais, na prática, apenas reforça as desigualdades entre os indivíduos, e é crescente o número de empresas na indústria da saúde, se beneficiam com a falência do Estado¹⁹⁴ na sua função garantista e do dever de promover a melhores condições mínimas para uma vida digna através do direito social a saúde.

Preocupada com a realidade social subdesenvolvida da região, marcada pelas desigualdades sociais e problemas inerentes à posição desprivilegiada no mundo globalizado, da qual decorre problemas específicos, está a bioética latino-americana.¹⁹⁵ A divisão da Bioética Latino-Americana em correntes pode ser compreendida enquanto uma Bioética da Proteção que visa atuar frente aos processos de vulnerabilizações que geram o adoecimento, promovendo sua autonomia e a Bioética da Intervenção, que canaliza os esforços para além do sujeito, alcançando o social e, por isso, pensando em alternativas associadas à efetivação de políticas públicas¹⁹⁶.

Ao contrário do que sugere o termo de bioética da intervenção, não se trata de um viés que tem por finalidade promover medidas autoritárias e impositivas. Muito pelo contrário, o propósito central da bioética da intervenção é o de fomentar a proteção necessária rumo à libertação e emancipação definitiva, afastando-a do paternalismo¹⁹⁷ e promovendo a construção de estratégias para a solução dos problemas inerentes a realidade dessa região do continente americano, sem esquecer as peculiaridades locais, obviamente, o que espera ser a ênfase do presente trabalho em uma perspectiva regional e espacial.

¹⁹³ SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização** – do pensamento único à consciência universal. 23. ed. Rio de Janeiro: Record, 2013, p.39

¹⁹⁴ Ibidem, p. 42.

¹⁹⁵ COSTA, Jessica Hind Ribeiro. **A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia do dependente químico**. Salvador, 2015. 203 p. Dissertação de Mestrado em Direito das Relações Sociais e Novos Direitos. Faculdade de Direito. Universidade Federal da Bahia. p. 26

¹⁹⁶ SIQUEIRA, José Eduardo de; PORTO, Dora; FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Linhas temáticas da Bioética no Brasil. In: ANJOS, Márcio Fabri dos; SIQUEIRA, José Eduardo de (org.). **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. Aparecida: Ideias & Letras. São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, 2007. p. 161-184.

¹⁹⁷ PORTO, Dora. Bioética de intervenção: retrospectiva de uma utopia. In: PORTO, Doraw; GARRAFA, Volnei; MARTINS, Gerson Zafalon; BARBOSA, Swenderberger Nascimento. **Bioéticas, poderes e injustiças**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2012, p. 116

A partir dos estudos da Bioética da Intervenção, que é uma das correntes centrais dos estudos latino-americanos, é possível analisar o cenário de humanização do parto no âmbito nacional. Ao contrário do que sugere o termo de bioética da intervenção, não se trata de um viés que tem por finalidade promover medidas autoritárias e impositivas. Muito pelo contrário, o propósito central da bioética da intervenção é o de fomentar a proteção necessária rumo à libertação e emancipação definitiva, afastando-a do paternalismo e promovendo a humanização e empoderamentos dos sujeitos¹⁹⁸, aqui incluídas as puérperas e gestantes.

Nesse contexto, o parto tem se transformado em um fenômeno sociocultural complexo, contornado pela exclusão social, pela questão da ilegalidade da substância utilizada, bem como pelos dilemas médicos associados aos atos de desrespeito a autonomia da mulher e a (des)informação que perpassa o nascimento, sendo um problema que deve ser encarado também sob a ótica da bioética latino-americana, notadamente no que tange a intervenção, a proteção e o empoderamento das mulheres.

O conceito de empoderamento discutido neste estudo está intrinsecamente associado ao direito à informação. Este direito vai além das condições básicas de acesso aos instrumentos necessários para a prestação de um serviço ideal. Isso inclui a disponibilidade de anestésicos, a opção de escolher a via de nascimento, a presença de uma equipe capacitada para atendimento, entre outras condições que contribuiriam para um parto ideal ou uma experiência que se aproxime disso. Portanto, o empoderamento, neste contexto, é visto como um elemento crucial para garantir a autonomia e a dignidade do paciente.

3.3. Direitos sexuais e reprodutivos a partir da bioética feminista

Os conceitos e definições sobre “ser mulher” são construídos socialmente, de acordo com critérios geográficos (onde), temporais (quando) e culturais. Estudar a autonomia da mulher frente a sua escolha de via de parto perpassa por diversas questões sociais e culturais, as quais serão estruturadas no presente tópico a partir da corrente da Bioética Feminista.

Apesar do que sugere o nome, não existe uma necessária ligação entre os estudos bioéticos e os argumentos feministas que surgem em fins do século XVIII e toma corpo no século XIX, na maioria dos países europeus e nos Estados Unidos¹⁹⁹. Trata-se de uma corrente

¹⁹⁸ PORTO, Dora. Bioética de intervenção: retrospectiva de uma utopia. In: PORTO, Doraw; GARrafa, Volnei; MARTINS, Gerson Zafalon; BARBOSA, Swenderberger Nascimento. **Bioéticas, poderes e injustiças**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2012.

¹⁹⁹ COSTA, Ana Alice Alcantara; SARDENBERG, Cecília Maria. O feminismo no Brasil: uma (breve) retrospectiva. In: COSTA, Ana Alice Alcantara; SARDENBERG, Cecília Maria (orgs.). **O feminismo no**

mais voltada para a discussão do exercício de direitos sexuais e reprodutivos a partir de uma perspectiva antidiscriminatória e voltada para as correções das vulnerabilidades, a qual será a seguir apresentada.

A bioética feminista, apesar da nomenclatura, não se caracteriza como um discurso sexista. Representa uma transição do pensamento ético universal para a defesa de princípios que compensam a vulnerabilidade social. Seu objetivo é identificar mecanismos éticos que possam intervir em todas as formas de desigualdade social. Sendo “por isso que a categoria vulnerabilidade é tão sedutora para as pesquisadoras feministas da bioética: ao mesmo tempo em que resume a fragilidade de alguns grupos, demanda proteção e cuidado aos que experimentam a desigualdade”.²⁰⁰

A bioética feminista transformou-se em uma nova ferramenta argumentativa, onde a emergência da bioética se deu em contextos de países, tais como os latino-americanos, onde o exercício dos poderes do Estado precisa estar associado à reescrita do discurso acadêmico em termos mais justos para os grupos subalternos. Tal proposta se aproximada escrita de um trabalho dissertativo que visa descortinar o cenário de deficiências e desigualdades atinentes a prestação da assistência às mulheres gestantes no âmbito do SUS, visando, pois, produzir ciência num âmbito onde “saberes médicos e teológicos restringia a participação das mulheres”²⁰¹.

As pesquisadoras Debora Diniz e Dirce Guilhem²⁰², duas autoras pioneiras nessa linha, apontam para o surgimento de uma bioética de inspiração feminista no início dos anos 90, com as primeiras publicações e ensaios sobre o tema. Entendem, pois, a partir da visão crítica aos pressupostos universalizantes da Bioética Principlialista, que é importante a complementação do estudo, notadamente em saúde feminina e/ou vulnerável, a partir das desigualdades sociais e de gênero²⁰³. Trata-se, pois, de uma corrente alinhada aos propósitos da corrente latino-americana já apresentada no presente trabalho.

Brasil: reflexões teóricas e perspectivas. Salvador: UFBA / Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher, 2008, p. 25.

²⁰⁰ DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. Bioética feminista na América Latina: a contribuição das mulheres. In: **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.16, n.2, mai./ago., 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2008000200015&script=sci_arttext. Acesso em 20 set. 2023.

²⁰¹ Ibidem.

²⁰² DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. Bioética feminista na América Latina: a contribuição das mulheres. In: **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.16, n.2, mai./ago., 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2008000200015&script=sci_arttext. Acesso em 20 set. 2023.

²⁰³ MARTIGNAGO, Mariana Lenhani. **Bioética feminista no Brasil:** origem, trajetória e perspectivas. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2021. P. 31.

A interação efetiva do feminismo às questões bioéticas permitiu, então, que situações e abordagens tradicionalmente silenciadas pelos pressupostos éticos universalizantes, seja do princípalismo ou da ética deontológica, fossem discutidas no âmbito acadêmico. Marcadores como a autonomia ou a liberdade, em contextos de profunda desigualdade social, onde oprimidos mesclam-se aos vulneráveis, agora são analisados também a partir do viés de gênero, embora não se restrinja a defender apenas os interesses e direitos de grupos específicos de cada sociedade²⁰⁴.

As autoras Dora Porto e Débora Diniz expõem que contrapondo-se às pessoas vulneráveis, existem às privilegiadas, que são pessoas idealizadas pelas teorias éticas racionalistas, para quem costumam ser eficazes os pressupostos éticos das teorias e princípios bioéticos. Para a grande maioria de desprivilegiados, no entanto, resta o reconhecimento da fraqueza ética, fazendo com que, em situações extremas, os princípios possam ser usados de forma prejudicial a seus interesses. Assim, exemplifica-se no caso do presente artigo a possibilidade de conferir autonomia de escolha sem informação e sem empoderar essas mulheres no sentido de prover os meios de concretização do exercício daquilo que (informadamente) almejaríamos²⁰⁵.

No entanto, os direitos relacionados a autonomia da via de parto não se encontram consolidados em todos os âmbitos e realidades. Parafraseando Simone Beauvoir²⁰⁶, basta uma crise social, política, econômica, para que direitos sociais, e garantias fundamentais sejam relativizados, em especial, direitos das mulheres, como o que discutimos aqui. Nessa linha, importa mencionar que os direitos sobre os quais se debruçam esse trabalho são consectário da dignidade em sua dimensão fisiológica aliada a autonomia existencial da mulher, aqui na condição de gestante e parturiente, que se torna importante fazer o debate a partir do marco da Bioética Feminista.

Por isso, a presente pesquisa, conforme dados coletados em campo apresentado em tópico a seguir, faz perguntas para analisar as questões sociais, econômicas e informacionais das mulheres que realizaram o parto junto ao SUS no cenário alagoano, a fim de confirmar se

²⁰⁴ DINIZ, Débora, GUILHEM, Dirce. Bioética Feminista: o Resgate Político do Conceito de Vulnerabilidade. *Rev. bioét.* (Impr.). [Internet]. 4º de novembro de 2009 [Acesso em: 18 de setembro de 2023]. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/310

²⁰⁵ *Ibidem*.

²⁰⁶ BEAUVOIR, Simone. *O Segundo sexo: a experiência vivida*. ed. 5. Tradução Sérgio Millet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2019.

existe realação entre as vulnerabilidades da parturiente e o desfecho da via de parto no caso concreto.

4 EXPECTATIVAS, VIVÊNCIAS E AUTONOMIA: UMA ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE PARTO NA REDE PÚBLICA DE ALAGOAS EM 2023

Este segmento da dissertação tem como objetivo apresentar a análise dos dados obtidos na pesquisa de campo. A coleta de dados foi realizada utilizando o método “bola de neve”²⁰⁷, no qual um *link* para um questionário, disponibilizado na plataforma *Google Forms*, foi encaminhado para a rede de contatos mais próxima da pesquisadora. Foi solicitado que o *link* fosse compartilhado com outros contatos que se enquadrassem nos critérios de inclusão estabelecidos para esta pesquisa. Esta estratégia permitiu a ampliação do alcance da pesquisa e a obtenção de uma amostra diversificada e representativa.

Importante mencionar que considerando que o grupo inicial de envio se trata de doulas e profissionais que atuam na promoção do parto humanizado, e de uma rede mais próxima a pesquisadora, é possível que o grupo participante não represente com exatidão a totalidade de pessoas que experenciam um parto junto a rede pública em Alagoas, fazendo um recorte, esperado, a partir da metodologia escolhida, de um grupo mais informado, e que vivencia uma realidade diferente da maioria.

Essa pesquisa não é capaz de exaurir o tema, nem tampouco chegar a uma única conclusão capaz de assegurar de forma indiscutível as questões apresentadas, mas tem objetivo de trazer luz a novas perspectivas e compreensões, fomentando uma discussão contínua e detalhada sobre o tópico, e auxiliando no progresso do entendimento no campo específico.

Foram coletadas no período de 29/09/2023 a 31/12/2023, um total de 85 participações, em que 17 delas não estavam dentro dos critérios de inclusão, seja pela data do parto, fora do ano de 2023, seja pelo local do parto, instituição privada ou outro diverso de assistência prestada pelo SUS, ou idade da pesquisadora, e inconsistências no preenchimento do formulário, restando 68 participantes voluntárias para análise desta pesquisa. Considerando o sigilo desta pesquisa e preservação da identidade das participantes elas serão nomeadas com números em um intervalo de 1 a 85.

²⁰⁷ DEWES, João Osvaldo. **Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling uma descrição dos métodos**. 2013. 53 páginas. Monografia do Instituto de Matemática e Departamento de Estatística da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/93246/000915046.pdf?sequen>. Acesso em: 10/02/2023.

O questionário foi apresentado em sete sessões divididas da seguinte forma:

- SEÇÃO 1 APRESENTAÇÃO DA PESQUISA E PESQUISADORA
- SEÇÃO 2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
- SEÇÃO 3 PERFIL SOCIOECONÔMICO E PESSOAL
- SEÇÃO 4 GESTAÇÃO
- SEÇÃO 5 PLANO DE PARTO
- SEÇÃO 6 PARTO
- SEÇÃO 7 PERCEPÇÃO ACERCA DO PARTO

As perguntas integrantes do questionário com suas respectivas alternativas constam no apêndice deste trabalho.

A capacidade de autodeterminação e de tomar decisões informadas é fundamental para a gestante exercer sua autonomia. Como discutido nas seções anteriores, quando a mulher tem a oportunidade real de exercer essa autonomia, ela é capaz de absorver informações suficientes para tomar uma decisão informada sobre a melhor via de parto. Este processo, que geralmente ocorre durante a gestação, no pré-natal, é o objeto central de nossa análise. A percepção da mulher sobre sua capacidade de autodeterminação e a tomada de decisões informadas são, portanto, elementos-chave na garantia de sua autonomia durante o parto.

Assim como é importante também considerar neste contexto, se a mulher possui condição cognitivas e circunstanciais de compreender e assimilar as informações que estão sendo repassadas, considerando a sua debilidade e inseguranças fruto da gestação e de toda cultura acerca do parto e nascimento, como apresentado nas sessões anteriores.

A decisão sobre a via de parto deve ser tomada garantindo que a mulher tenha a capacidade de tomar decisões livres de influências que possam manipular sua escolha ou coagir a uma determinada via. É fundamental que suas necessidades vitais estejam satisfeitas²⁰⁸, e que existam alternativas reais que lhe permitam fazer uma escolha informada²⁰⁹. A autonomia da mulher no processo de parto é, portanto, intrinsecamente ligada à sua capacidade de tomar decisões informadas e livres de coerção.

²⁰⁸ BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico a luz da jurisprudência mundial**. Trad. Humberto Laport de Mello. 6ª reimpressão. Belo Horizonte. Forum, 2021. P. 85

²⁰⁹ Ibidem, p.81

Nesse contexto, é relevante destacar o conceito de “liberdade das necessidades” (*freedom from want*), proposto por Franklin D. Roosevelt em seu discurso sobre o Estado da União em 1941²¹⁰. Roosevelt identificou quatro liberdades essenciais para todos os seres humanos, entre as quais a liberdade das necessidades se refere à satisfação das necessidades básicas e essenciais para a vida humana. Este conceito implica que as pessoas devem ser capazes de viver livres da miséria, o que, no contexto do parto, significa ter acesso a cuidados de saúde de qualidade e a opções de parto seguras e respeitosas. Portanto, garantir a “liberdade das necessidades” é um passo fundamental para garantir a autonomia da mulher na escolha da via de parto.

Importante evidenciar antes da discussão dos dados que a autonomia integra um núcleo essencial das diferentes liberdades e direitos do ser humano.²¹¹ A autonomia que esta pesquisa se debruça, é elemento ético da dignidade humana, que permite o indivíduo definir regras que possam reger a sua vida, e poder autodeterminar-se, contudente com o princípio da autonomia proposto pela bioética que deve ser exercido, sem desconsiderar a beneficência e justiça como limitador da liberdade, sedimentado em quatro pilares, o exercício da autonomia: informação, competência, entendimento e consentimento.

Portanto, para que a decisão de uma mulher sobre a escolha de uma determinada via de parto seja considerada autônoma, não basta apenas que ela verbalize sua preferência por uma via específica. É essencial analisar as condições em que ela se encontrava no momento da tomada de decisão. Além disso, é necessário avaliar se foram atendidos os critérios previamente apresentados que definem a autonomia. Apenas após uma análise cuidadosa desses fatores é que podemos compreender verdadeiramente a autonomia da decisão da mulher em relação à via de parto escolhida.

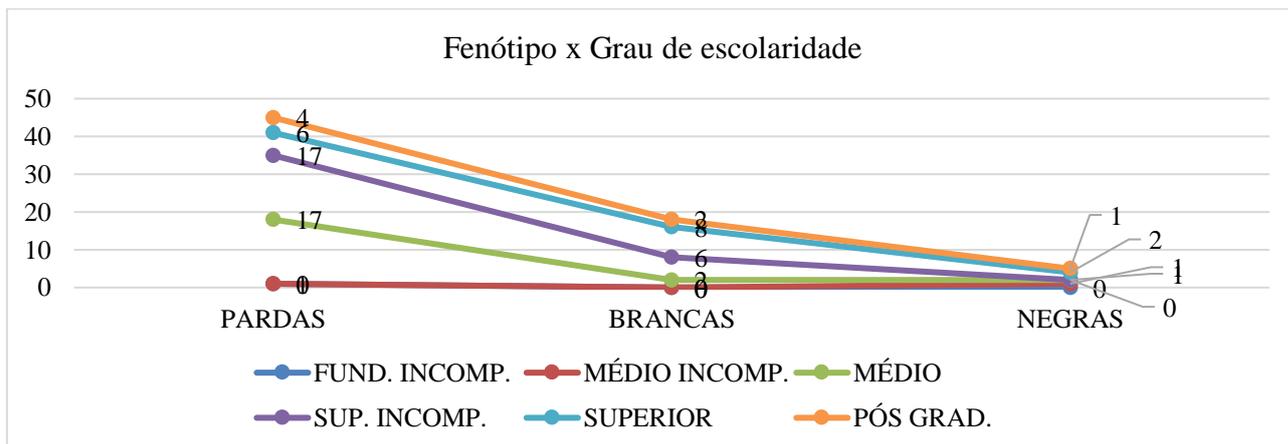
A falta de alternativas cerceia a gestante na liberdade de escolher a via que melhor lhe convém. Condições de saúde, que a partir de evidências científicas e recomendações mundiais, são impostas a uma via de parto determinada, retiram da mulher sua capacidade de autodeterminação. Isso ocorre porque não lhes dão alternativas para escolha, sendo imposta, ainda que de forma aceitável e justificada, uma via específica.

Deste modo, passamos a analisar e discutir os dados encontrados nesta pesquisa.

²¹⁰ AMERICAN RETORIC. Franklin Delano Roosevelt. The Four Freedoms. Disponível em: <https://www.americanrhetoric.com/speeches/fdrthefourfreedoms.htm>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2024.

²¹¹ BARROSO, Luís Roberto., op. cit., p.83

a. Público



212

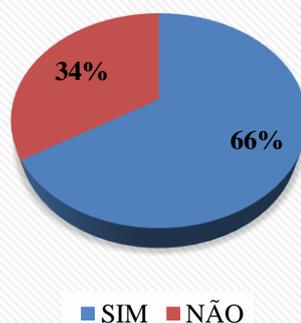
b. Análise de relação com a percepção da entrevista e a liberdade para escolha da via de parto

Como o propósito da pesquisa é avaliar a autonomia da mulher na escolha de sua via de parto, a análise dos dados iniciais serão feitas a partir da percepção da participante acerca de sua autonomia, aprofundando o olhar para as questões já trazidas nos capítulos anteriores que envolvem a assistência prestada e a condição social destas mulheres. O que foi dividido em dois grupos, um deles que considera ter tido liberdade para escolher a sua via de parto, e um outro grupo que acredita não ter liberdade para o exercício da autonomia.

Inicialmente os dados apontam que quando perguntadas se a participante “acredita que teve liberdade para escolher sobre sua via de parto”, 66% do público considera que teve liberdade para escolha de sua via de parto, enquanto 34% das entrevistadas relatam que não possuíram liberdade de escolha. Vejamos o gráfico:

²¹² Todos os gráficos apresentados nesta seção foram produzidos pela autora.

PERCEPÇÃO DO PÚBLICO ACERCA DO EXERCÍCIO DA AUTONOMIA NA ESCOLHA DA VIA DE PARTO



A pergunta realizada tinha como objetivo aferir, *prima facie*, a percepção da pessoa acerca do exercício da autonomia na hora de escolher a sua via de parto. Utilizou-se a palavra ‘liberdade’ no lugar de ‘autonomia’, com o fito de aproximar a linguagem às participantes da pesquisa. Percebeu-se que a maioria das participantes assume um lugar de exercício majoritário da autonomia na eleição da via de parto que preferem.

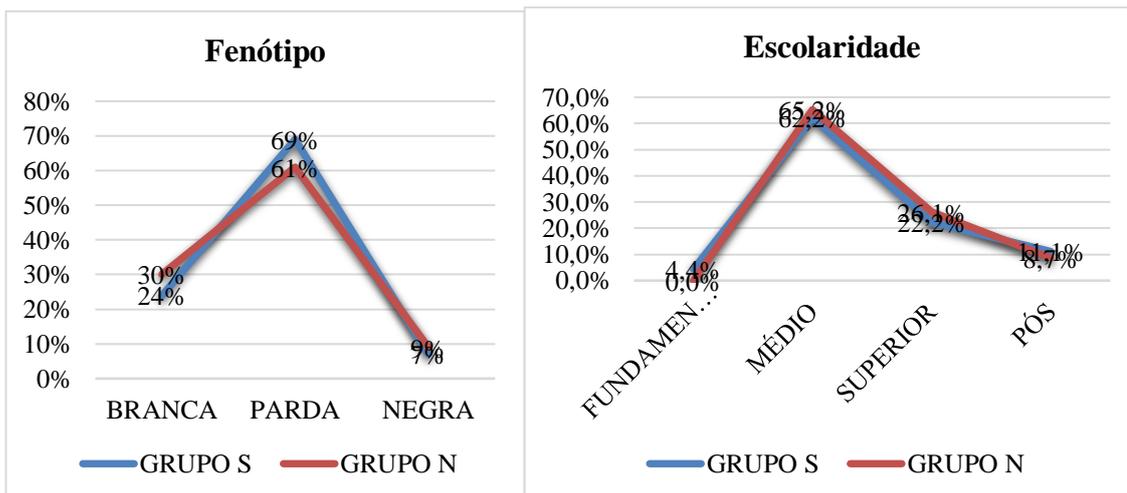
A partir deste dado, a pesquisa passa a aprofundar nas questões que atravessam e interferem na tomada de decisão, avaliando não apenas a expressão da vontade da gestante, mas todo contexto por ela experienciado, sobretudo, porque, o poder, embora pareça externo, quando imposto ao sujeito, os condiciona a uma subordinação, independente das razões, assumindo um espaço na psiquê, passando a integrar a identidade pessoal deste sujeito.

Para discussão dos dados, será feita a divisão em dois grupos, que serão nomeados como GRUPO S, para o grupo que disse “Sim” reconhecendo a liberdade para escolha da via de parto, e GRUPO N, para o grupo de mulheres que disseram “Não”, reconhecendo que não pode exercer a liberdade na escolha da via de parto.

A partir das respostas, é necessário aprofundar a análise nos grupos, para assegurar as condições de cada um deles, e compreender as condições das entrevistadas, e alinhar se o que elas entendem como exercício da autonomia, encontra-se alinhado com a literatura apresentada no início da pesquisa

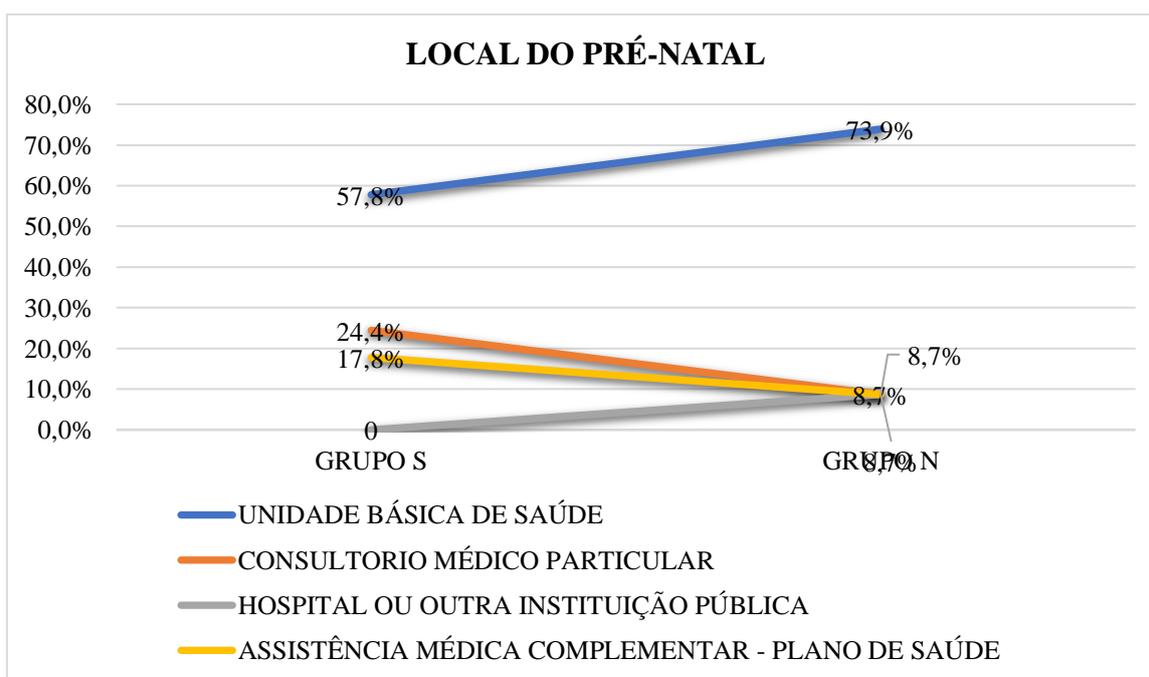
c. Análise social

Inicialmente, foi feita uma análise social, a partir do fenótipo e do grau de escolaridade dos dois grupos, demarcando que a divisão destes grupos não é marcada por questões raciais e de escolaridade. As linhas dos gráficos são contíguas e têm alterações sutis, ficando apenas com uma leve diferença na quantidade de pessoas pardas no GRUPO S. Vejamos:



d. Local do pré natal

Os dados indicam que a assistência oferecida em unidades básicas de saúde ou instituições públicas pode influenciar a percepção do indivíduo sobre sua autonomia na escolha da via de parto de maneira negativa. Observa-se um aumento proporcional no GRUPO N, especialmente em hospitais e instituições públicas. Notavelmente, todas as pessoas dentro deste grupo acreditam que não tiveram liberdade para escolher sua via de parto.

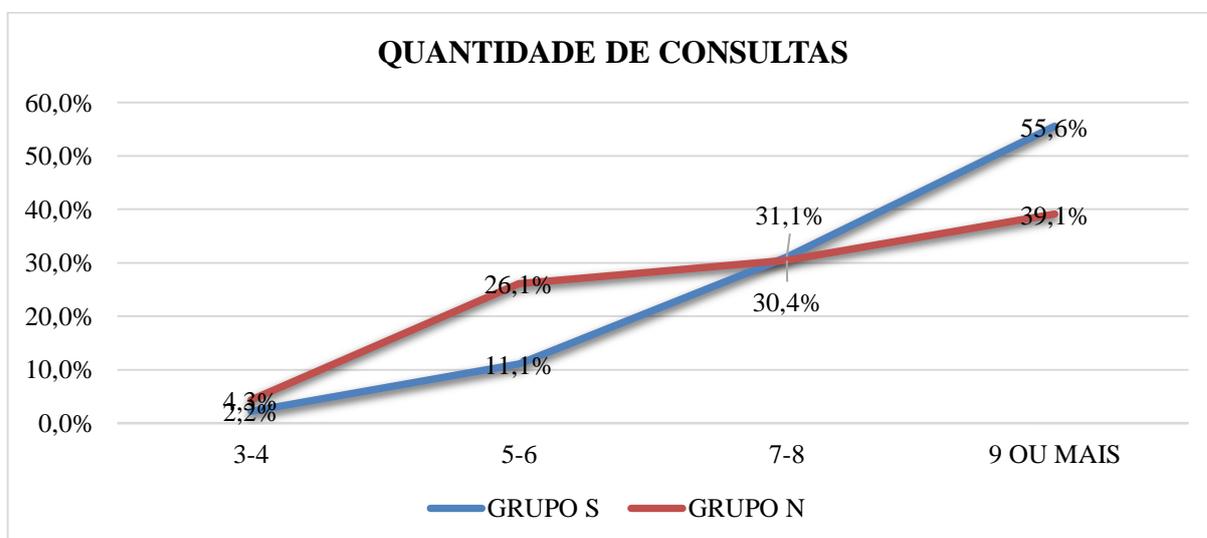


As respostas desta relação, nos condicionam a acreditar que a assistência a saúde prestada a parturientes no prenatal junto ao SUS, diminuem o exercício da autonomia da mulher, considerando que quase 80% das pessoas que integram o GRUPO N, fizeram um prenatal junto a Unidade Básicas de saude e outras isntituições.

Embora o GRUPO S sejam composto por 58% de pessoas que fizeram seus acompanhamentos junto a Unidades Básicas de Saúde (UBS), existe no grupo um maior número de pessoas que também tiveram um acompanhamento particular ou junto de um plano de saúde, grupo esse que demarca a diferença de pessoas integrantes dos dois grupos, ou seja, a diferença de um grupo para o outro ou o que leva o GRUPO S possuir maiores quantidades, é exatamente a quantidade de pessoas que fizeram um acompanhamento fora do SUS.

e. Quantidade de consultas pré natal

Fazendo relação com a quantidade de consultas do pré-natal, é possível perceber que o GRUPO N, possui maior quantidade de pessoas com um pré-natal com menos consultas, sobretudo no subgrupo de pessoas que fizeram apenas 5-6 consultas, enquanto o GRUPO S concentra mais da metade de suas participantes no rol de gestantes que fizeram 9 ou mais consultas²¹³:

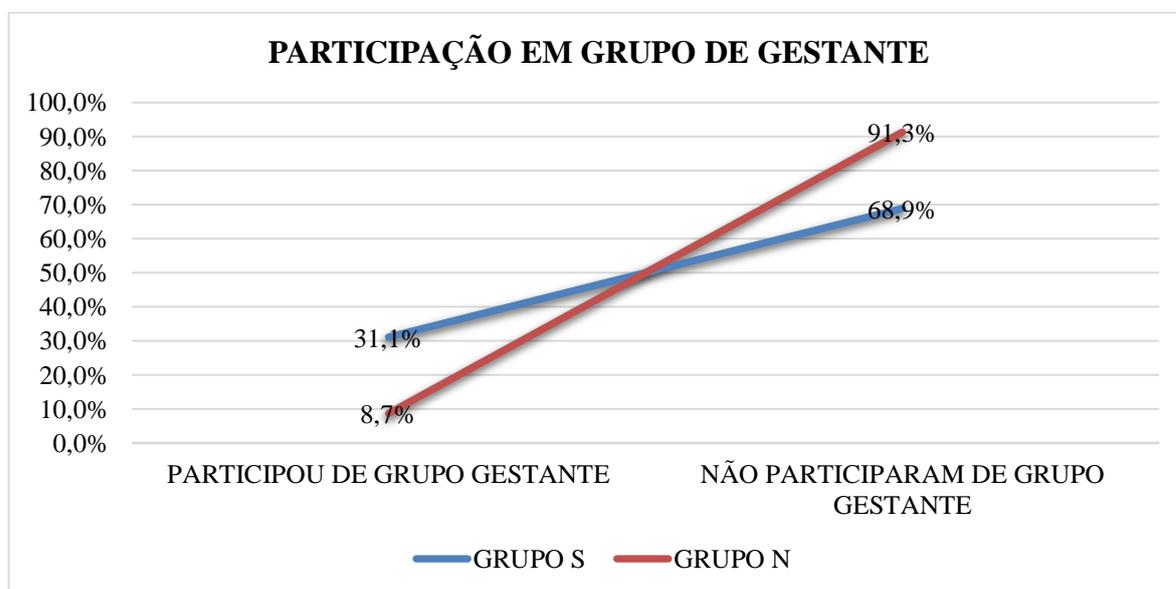


As mulheres do GRUPO S possuíram mais oportunidades para dialogar sobre suas questões e esclarecer suas dúvidas junto ao profissional que acompanhou seu pré-natal, ratificando o que já foi apresentado anteriormente, acerca da importância da informação na construção da autonomia.

f. Participação em Grupo Gestante

²¹³ Segundo o Ministério da Saúde em sua última atualização (2019) sobre consultas de pré-natal, preconiza que devem ser realizadas no mínimo seis consultas, distribuídas nos três trimestres da gestação. <https://www.saude.gov.br/biblioteca/7637-pr%C3%A9-natal>. Acesso em 12 de janeiro de 2024. Porém o Portal de Boa Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, mais recente (outubro/2021), distribui as consultas de pré-natal, somando um mínimo de 09 consultas durante uma gestação a termo. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-exames-de-rotina-do-pre-natal/> acesso em 12 de janeiro de 2024.

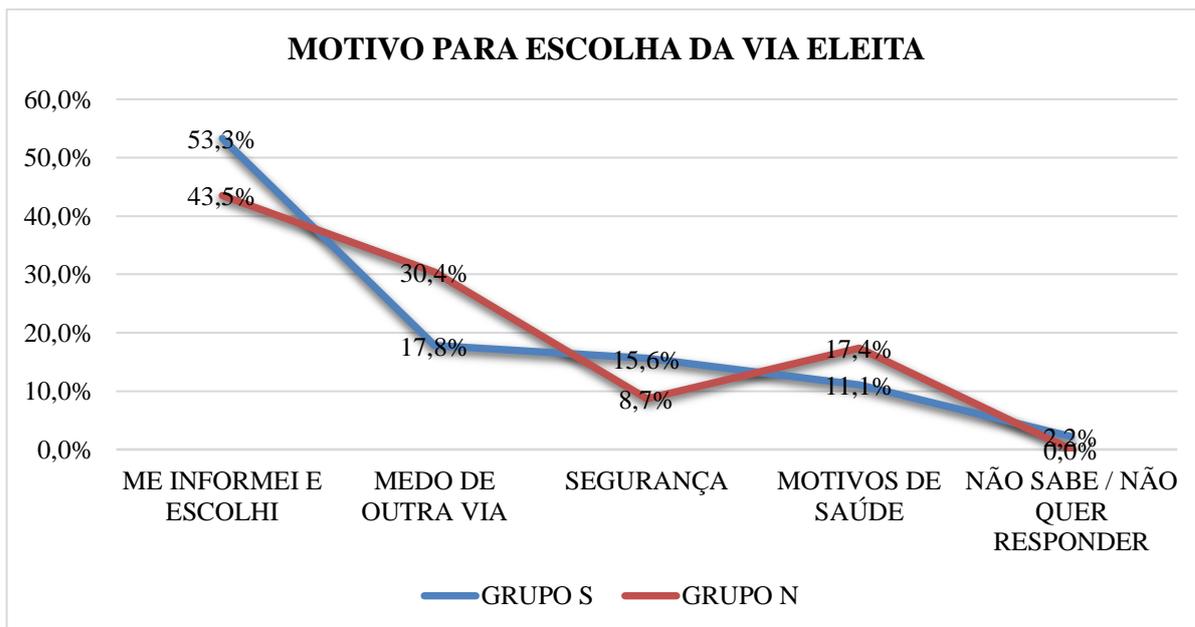
Embora 74,47% das pessoas que participaram desta pesquisa, não tenham integrado um grupo de gestante, o que não é alcançado pela pesquisa, os motivos e razões para esta circunstância, é possível observar dentro das pessoas que participara de um grupo de gestante, proporcionalmente, o GRUPO S possui uma quantidade maior de mulheres integrantes.



A partir dos números, é possível afirmar que a formação de grupos gestante, contribuem no exercício da autonomia, sobretudo, pois, ele tem como objetivo o acolhimento, e a disseminação de informações sobre parto, gestação e preparação da mulher para receber o bebê, o que se mantém em consonância com a máxima que a informação, e capacidade cognitiva de tomar decisões interferem no exercício da autonomia.

g. Motivo da escolha da via

Quando observado o motivo de escolha da via eleita, é possível perceber que o GRUPO S possui 53,3% das pessoas, que elegeu a via de parto porque diz que se informou para escolher. Enquanto no GRUPO N, ainda que a maioria, também, tenha elegido a via de parto a partir da informação, este número reduz para menos da metade, em 43,5%, ou seja, o GRUPO S, sente-se em sua maioria mais informado que o GRUPO N.



Aprofundando a análise a partir dos outros marcadores, é perceptível alteração na curva das pessoas que fez a escolha por medo da outra via, aumentando significativamente no GRUPO N a quantidade de pessoas que possuíam medo de outra via de parto para 30,4%, em relação ao GRUPO S de apenas 17,8%, ocorrendo o oposto em relação a escolha realizada por segurança.

A análise dos dados revela que os indivíduos do GRUPO N tendem a ser mais inseguros, na medida em que baseiam suas decisões principalmente em fatores culturais, experiências pessoais (como medo ou segurança) e questões de saúde. É importante ressaltar que não é possível afirmar com convicção as razões específicas para a insegurança observada no GRUPO N, pois os dados coletados não foram suficientes para corroborar completamente essas razões. No entanto, a conclusão se baseia nas razões que as participantes forneceram para a escolha da via de parto. Essas razões, embora não verificadas de forma independente, fornecem insights valiosos sobre as percepções e experiências das participantes. Portanto, apesar das limitações dos dados, a análise oferece uma compreensão importante das questões em torno da autonomia na escolha da via de parto.

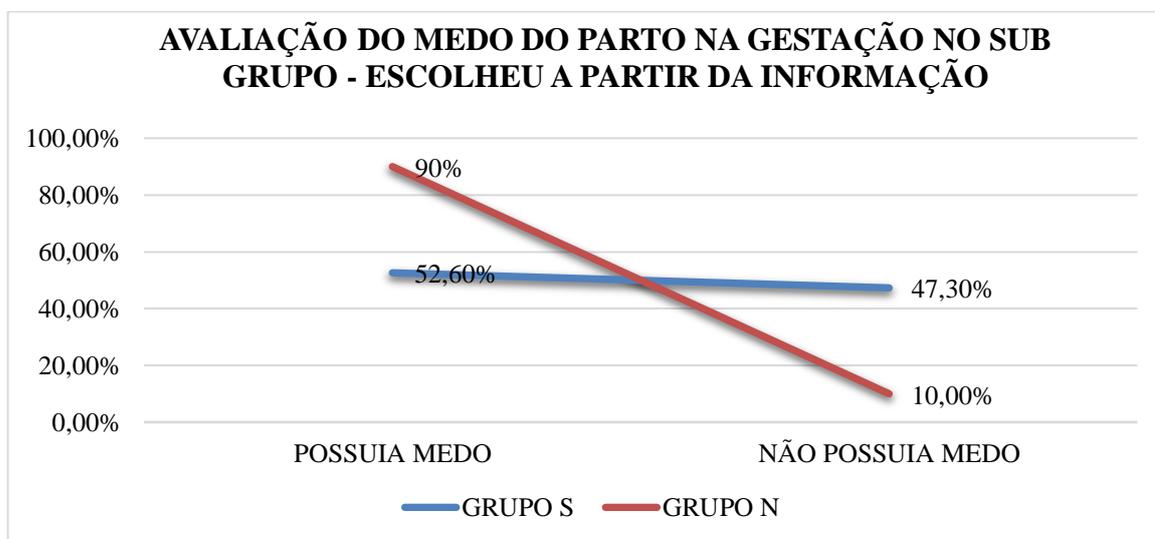
Conforme discutido anteriormente, a autonomia, particularmente no contexto da escolha da via de parto, pode ser limitada por diversos fatores. Restrições de saúde, por exemplo, podem limitar as opções disponíveis para a mulher, restringindo assim o exercício de sua autonomia e liberdade de autodeterminação. Nesses casos, a mulher possui uma única opção para evitar riscos à saúde, e garantir seu direito fundamental à vida e de seu bebê. Esta situação destaca a

importância de políticas e práticas que apoiam a autonomia das mulheres no contexto do parto, mesmo diante de desafios de saúde.

Embora no GRUPO S, a minoria, 45% das pessoas, motivaram sua decisão acerca da via de parto, a partir do medo, segurança ou questões de saúde, ainda é um volume relevante, considerando que, quesitos como medo, falta de segurança, são atravessadores que impactam no pleno exercício da autonomia, além dos impeditivos de saúde que sozinho somam 17,4%.

A partir do momento que a pessoa se encontra revestida do medo, e pauta sua decisão considerando seus receios, seja por conta da assistência prestada ou a partir de experiências já vivenciadas anteriormente, ainda que verbalize ter se sentido livre para tomar a decisão, privações essenciais, de direitos fundamentais, ceifam o exercício da autonomia, que adota critérios definidos pela bioética Principlialista e por Barroso, como já discutido nesta seção e nas anteriores.

Deste modo é possível chegar a uma primeira conclusão, que embora o GRUPO S, tenham dito que acredita ter liberdade para escolha de suas vias, essa escolha se deu a partir de uma imposição, conduzida pelo medo e o contexto em que ela estava submetida, independente da via de parto que tenha se consolidado, assim como pessoas do GRUPO N são revestidas de medo e falta de segurança, impactando diretamente na autonomia, impossibilitando na condição de liberdade para decidir sobre a via de parto. Informação que corrobora com os dados abaixo:



No gráfico acima, foi analisada apenas o subgrupo das pessoas que escolheram a via de parto com base na informação, e o medo que elas possuíam do parto durante a gestação. Os dados confirmam o que foi já foi exposto, 90% do GRUPO N possuía medo do parto durante a gestação, e no GRUPO S 52,6% das pessoas possuía medo do parto, corroborando que as

informações que pautaram as decisões dessas mulheres é possivelmente desprovida de base científica e segura, ofertada ou proposta, quando um alto nível de vulnerabilidade pode ser considerado, impedindo que a assimilação dessa informação seja feita integralmente.

A participante “80”, integrante do GRUPO S, relatou durante pergunta subjetiva para complementar o questionário objetivo apresentado, que embora tenha tido a liberdade de escolher sua via de parto, julgou ele como uma experiência sofredora e pior que o que imaginava, porém diz ter tido uma boa assistência:

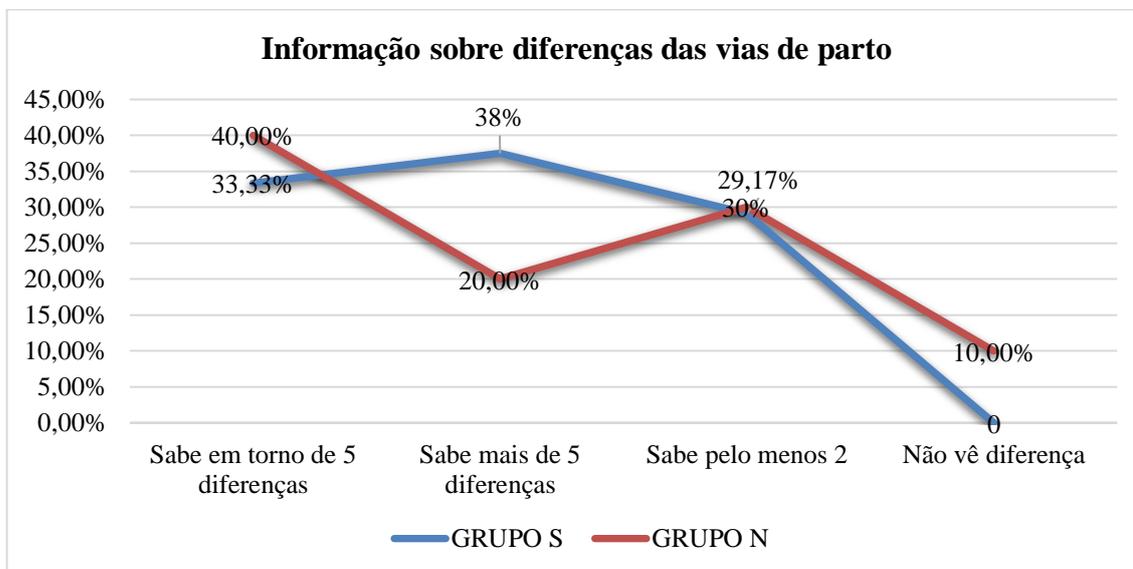
Em questão ao meu parto, eu fui muito bem assistida apesar de ter sofrido bastante, após o parto eu entendi que tem algumas mulheres que sofrem bastante porque no momento do parto eu achei que estavam me deixando sofrer só que não foi o caso porque a equipe estava toda comigo, me dando apoio, no final deu tudo certo graças a Deus, foi pela via de parto que eu havia escolhido mesmo com muito medo por nunca ter passado por essa experiência e agora eu sei bem como é, e a equipe foi ótima composta por obstetras, enfermeiras, técnica de enfermagem, fisioterapeuta e neonatologista todos presentes no meu parto, que foi realizado no Hospital Regional do Norte (HRN).

O depoimento da parturiente indica que a percepção feminina em relação ao parto contribui para uma cultura de medo e dor associada ao processo de parturição. Este medo, indeterminado em sua natureza, é aplicado ao processo de parto como um todo, abrangendo as incertezas inerentes a ele. O sofrimento é apresentado como um componente intrínseco do processo de dar à luz, desassociando-se de qualquer conexão com a experiência da assistência prestada nos serviços de saúde. Assim como ratifica que a mulher ao decidir, se encontrava em uma condição sofredora, pior que o que imaginava ou esperava para um parto, a deixando sem critérios para o exercício de sua autonomia, seja por condições cognitivas insuficiente, seja por privação de conteúdos essenciais. Esta observação destaca a necessidade de abordagens de cuidado que reconheçam e abordem esses medos e incertezas, a fim de apoiar a autonomia e o bem-estar das mulheres durante o parto.

A partir dessa vulnerabilidade massiva que precariza direitos fundamentais, é necessário reconhecer a existência nas limitações ao exercício da autonomia, a partir da escassez de recursos materiais essenciais como premissa base de uma prestação de serviço de saúde digno. Portanto, a compreensão do nascimento como um momento em que a mulher deve exercer sua autonomia é fundamental para romper com um cenário de coisificação do paciente que apresenta contornos ainda mais graves no processo natural do parto e nascimento.

Ainda avaliando este subgrupo de pessoas que escolheram a via de parto a partir da informação, percebemos que no GRUPO S, apenas 38% dessas mulheres são capazes de elencar

mais de 5 diferenças entre as vias de parto, embora colocados de forma objetiva, sem maiores explicações sobre quais seriam essas diferenças, o GRUPO S, se mostra mais informado, em relação ao GRUPO N:

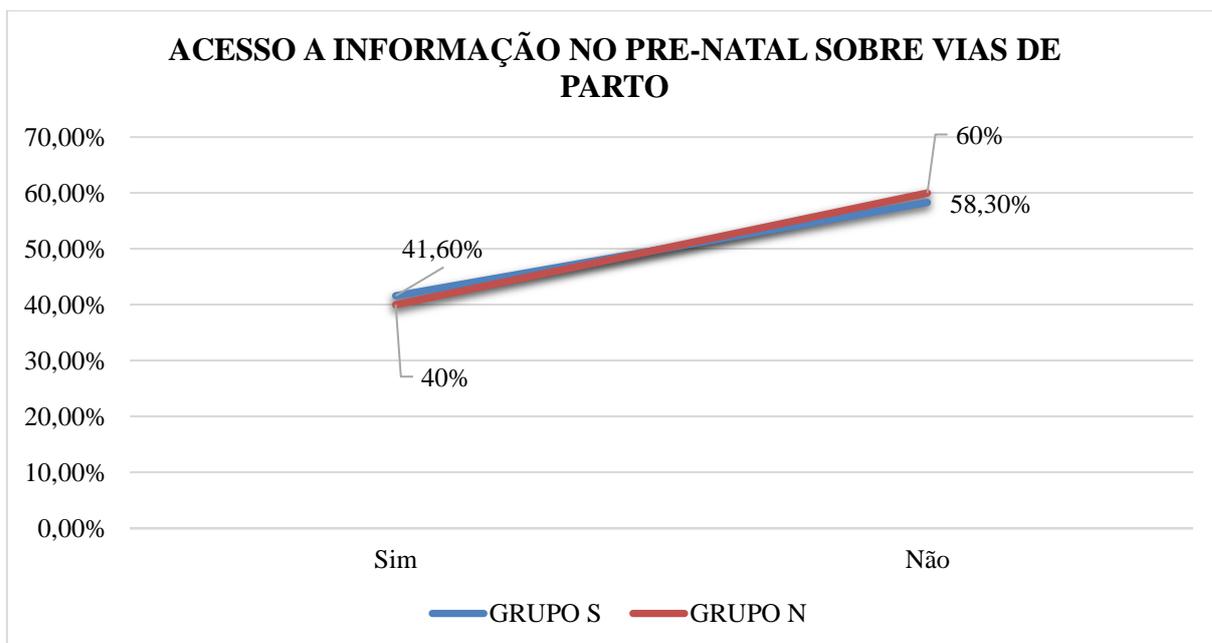


Em uma comparação proporcional, observa-se que a quantidade de pessoas que conhecem apenas duas diferenças entre as vias de parto é a mesma em todos os grupos. No entanto, há uma diminuição no número de pessoas no GRUPO N que conhecem mais de cinco diferenças. Notavelmente, surge uma nova categoria neste grupo: indivíduos que não veem diferença entre as duas vias de parto, seja por desconhecimento ou por outra razão. Esta observação sugere a necessidade de esforços contínuos de educação e conscientização para garantir que todas as pessoas tenham um entendimento claro e preciso das opções de parto disponíveis.

Ainda no subgrupo de pessoas que escolheram a via de parto a partir da informação, quando questionadas se acreditam ter recebido informação suficiente sobre as vias de parto no pré-natal, o gráfico comparativo se mostra proporcional, com linhas bem próximas, nos dois grupos, revelando que a percepção acerca da autonomia não é atravessada, ao menos a partir dos dados coletados, pelas informações provenientes do pré-natal.

Porém é interessante considerar que mais de 50% dos dois grupos informam que não recebeu informação suficiente sobre as vias de parto no pré-natal, embora tenham escolhido a via de parto por se sentirem informadas suficiente, ratifica o exposto pelos demais dados, que mesmo que declarem ter escolhido a partir de um processo informacional, o cruzamento das demais informação denotam que o acesso à informação experimentado pelas participantes, é

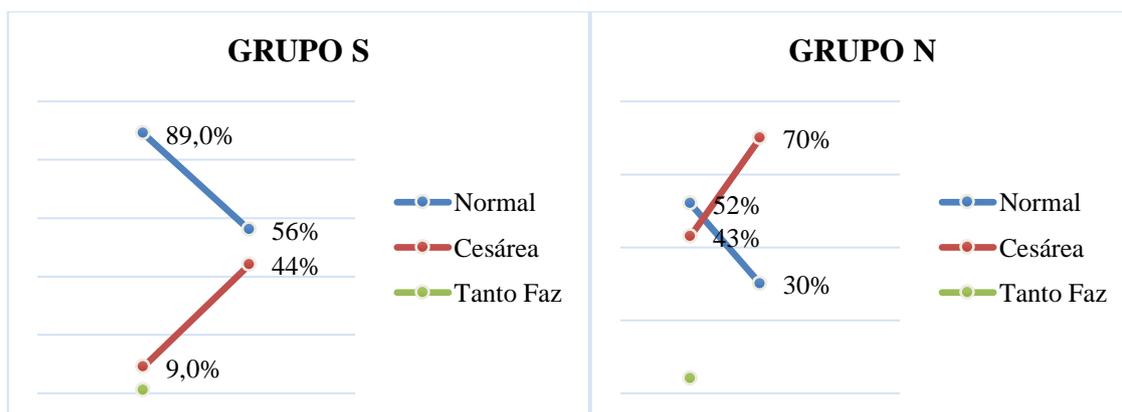
precário e insuficiente para tomada de decisão, considerando critérios de autonomia expostos neste trabalho.



Ademais, é válido considerar que toda essa análise desconsidera a melhor ou pior via de parto, pois o escopo do trabalho vai além da defesa de uma via, mas se resguarda na proteção da autonomia, isso intersecciona com a assistência prestada e, sobretudo, o acesso à informação clara e objetiva para as assistidas.

h. Discussão sobre a via de parto escolhida inicialmente e o desfecho do parto

Para que seja possível pensar na autonomia na escolha da via de parto, de forma objetiva é importante saber se as pessoas que elegeram determinada via conseguiram ter um desfecho de acordo com sua escolha. Análise inicialmente feita em cada grupo analisando no GRUPO S e no GRUPO N quais, eram as vias de parto pretendida no início da gestação e quais foram os desfechos de cada um dos grupos.



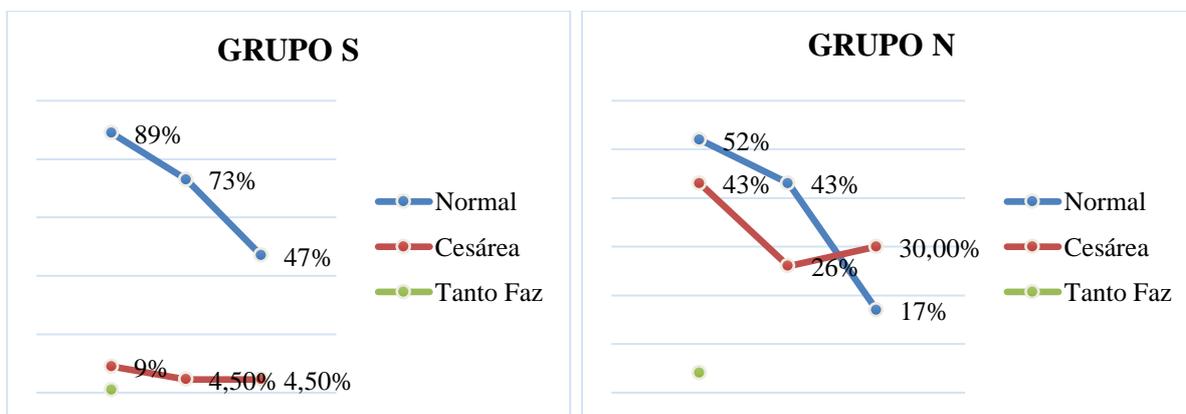
Embora os percentuais sejam diferentes, percebe-se que, nos dois grupos, temos aumento drástico de cirurgias e queda drástica de partos normais. No grupo N, considerando sobretudo a insegurança das participantes, e o medo do parto já apresentado, temos um número maior de opções iniciais por uma cirurgia cesariana, chegando a quase 50% o público que elege a via como pretendida inicialmente, assegurando que o medo, está mais atrelado ao parto normal, e que a cirurgia possivelmente proporciona maior conforto a essas mulheres.

Em uma sociedade onde todos estão em busca pela liberdade, é possível que as pessoas estejam dispostas a comprar segurança por um determinado preço, e que as condições de segurança ofertadas pela política governamental, que ora privilegia um grupo, ora privilegia outro, acabam criando condições em que a necessidade de segurança se sobreponha ao amor à liberdade²¹⁴.

No GRUPO S, das mulheres que no início da gestação queria uma cesariana, 100% deste grupo possuía medo do parto normal durante a gestação, onde 75% delas somente sabiam pontuar 2 diferenças entre as vias de parto, assegurando que o medo tem uma nascente na falta de informação, e corrompe a decisão da gestante, impactando, mais uma vez, no exercício de sua autonomia.

O que fica visível em todas as situações, independente do grupo é a falta de linearidade no respeito e na escolha da via de parto de cada mulher, que sofre mudanças relevantes dos números iniciais para os que se consolidam ao final da gestação.

Fazendo uma avaliação específica, olhando diretamente para os grupos de acordo com a via eleita, normal ou cesárea, considerando inclusive a mudança da via no curso da gestação, temos uma situação ainda mais delicada. Vejamos:



²¹⁴ HAYEK, Friedrich August von. **O caminho da servidão**. Tradução de Anna Maria Capovilla; José Ítalo Stelle e Liane de Moraes Ribeiro. 6. ed. São Paulo: Instituto Ludwig von Mises Brasil, 2010. p. 133.

O GRUPO S tem um total de 89% de mulheres que escolheram um parto normal, caindo para 73% esse número no curso da gestação consolidando apenas 47% de partos normais. Já no grupo das cirurgias cesarianas, existe maior linearidade, apenas 9% no início se posicionava, caindo pela metade, havendo manutenção do percentual no desfecho do parto.

Enquanto as mulheres do GRUPO N, das que pretendiam um parto normal no início da gestação somavam 52%, no curso da gestação caiu para 43% tendo apenas consolidado em um parto normal 17% do grupo, escancarando a ausência no exercício da autonomia, enquanto o grupo de cirurgias cesarianas, iniciou com 43%, mudaram de opinião reduzindo para 26% as gestantes que se mantinham firme na cesárea, consolidando um montante de 30% do grupo.

Em todas as análises, temos quedas relevantes no respeito a vontade de mulher que pretendem um parto normal, e um respeito maior aquelas que pretendem uma cirurgia, mantendo o percentual (GRUPO S) ou até aumentando o número de pessoas que tiveram um desfecho nela (GRUPO N), o que assegura ainda que desrespeito a autonomia, maior atendimento das vontades quando a opção é um parto cirúrgico.

Embora em percentuais diferentes, mas existe um padrão de 26% de queda na expectativa das mulheres que pretendiam parto normal, seja no GRUPO S ou no GRUPO N, revelando que a percepção acerca do exercício da autonomia, não está apenas na assistência prestada, mas na condição da mulher identificar categorias que a impede de exercer sua escolha, livre, consentida e informada.

Assim como percebemos a falta de incentivo e condições para promoção de um parto com qualidade e uma boa assistência a saúde. Corroborando com o dado, o relato da entrevistada “71” integrante do GRUPO S nos mostra como funciona o sistema de parto dentro do SUS:

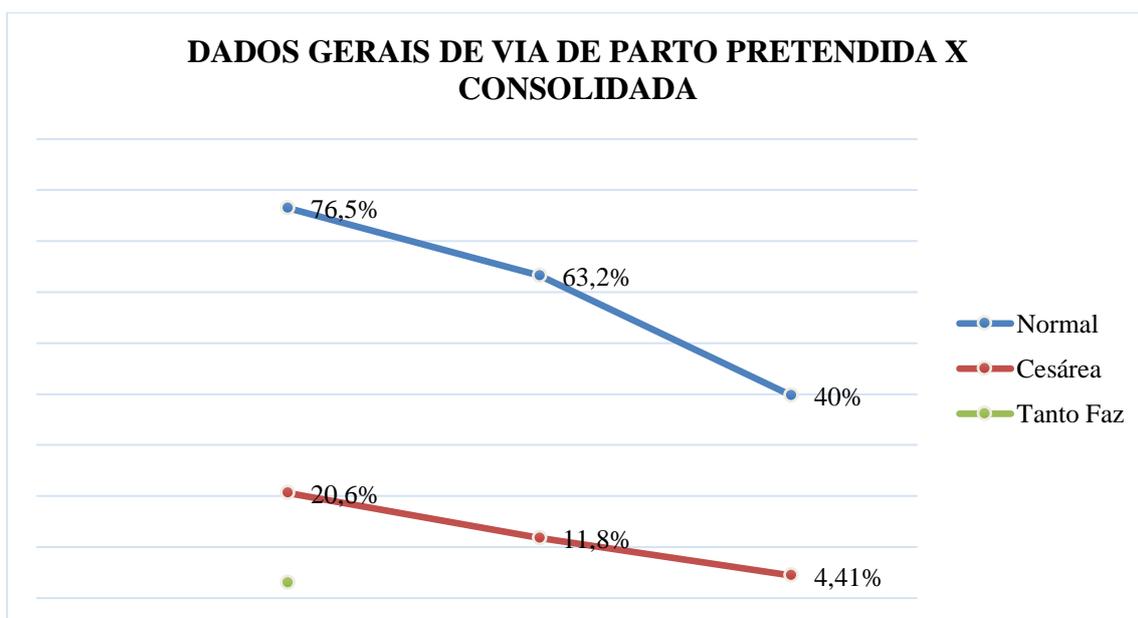
Tive o privilégio de consultas particulares com obstetra que também trabalha no Hospital público e por isso consegui a minha Cesárea “fácil” estava com 39 semanas e cinco dias e tive que fazer Cesárea por estar com uma infecção urinária altíssima, mas observando os momentos que passei no hospital acredito que outras mulheres que não passaram por consultas particulares e estavam na “fila” para Cesária não teria o mesmo que privilégio que eu, a médica passava suas pacientes a frente de muitas por lá, infelizmente uma situação triste, se é um hospital público não deveria acontecer coisas assim.

O exercício da autonomia da entrevistada “71”, estava diretamente ligada ao acesso, e condição social dela, em detrimento as demais pacientes, fato que coloca a gestante em uma condição desequilibrada, e assegura a precária condição e tratamento na assistência à saúde.

Ainda no grupo de mulheres que pretendiam um parto normal, mas teve uma cesárea, no curso do trabalho de parto, a pedido da própria mãe, a entrevistada “85”, integrante do GRUPO S, relata que, enquanto em trabalho de parto “na sala de espera, onde as mães estão aguardando a chegada do seu bebê haviam enfermeiras brincando e olhando o telefone em som alto sem empatia.”, embora traga esse relato, falando da falta de empatia da equipe durante o seu trabalho de parto, julga que teve uma boa experiência de parto, dentro do que esperava, conduzindo a uma conclusão sobre a normalização e naturalização da precária assistência prestada, e falsa percepção do exercício da autonomia.

Lembrando que a participante “85” integra o GRUPO S, mesmo que tenha escolhido a via do parto normal, e no curso do trabalho de parto, a falta de empatia da equipe na assistência prestada, provocou a mudança, que a fez migrar para uma cirurgia a pedido, no curso do trabalho de parto, ela compreende ter tido liberdade na escolha de sua via, impactando na falsa percepção do exercício da autonomia, por privação de conteúdos essenciais que guarnecem a dignidade da parturiente.

Nesta mesma oportunidade, fazemos um parêntese, na discussão dos grupos para relacionar os dados gerais das entrevistadas e a consolidação de seus partos a partir de suas pretensões iniciais.



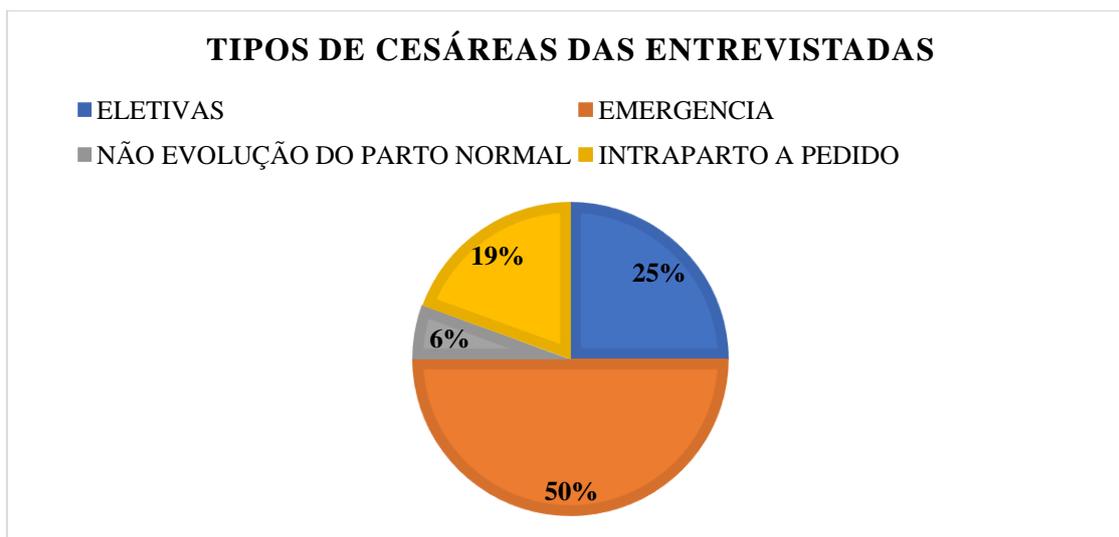
76,5% das mulheres do grupo iniciaram a gestação pretendendo um parto normal, caindo esse percentual para 63,2%, no curso da gestação, consolidando em apenas 40% das mulheres que conseguiram um parto de acordo com o que pretendiam no início. Da mesma

forma acontece com as cirurgias cesarianas, um existe uma curva em declínio para o respeito da mulher no atendimento a via de parto pretendida.

Das pessoas que apontaram como indiferente a via inicialmente, os partos se consolidaram em uma cesárea previamente agendada e uma cirurgia por indicação. É válido mencionar que para cálculo das cirurgias apontadas no gráfico acima, foi considerada apenas as cesáreas previamente agendada, como eletivas e reflexo do exercício da autonomia, desconsiderando para tanto as demais cesarianas que se pautaram em condições de saúde, cesáreas de emergência, por impossibilidade da via ou cesáreas a pedido no curso do trabalho de parto, pois todas essas cirurgias não foram realizadas a partir de uma escolha livre e consentida da mulher, mas a partir de uma falta de alternativa, ou condição de privações essenciais.

Porém para exposição das informações por completo, se considerada todas as cirurgias, independente da razão como cesárea, temos um aumento de 4,41% para 13,2% das cirurgias realizadas, de toda forma, superando o limite estabelecido e ainda com ofensa a autonomia das gestantes, ainda que em percentis inferiores a discrepância encontrada nos partos normais.

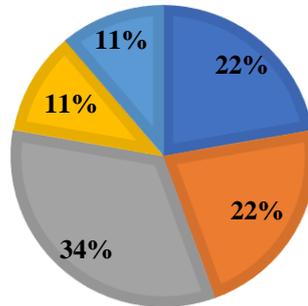
Para fechar a análise das vias de partos, um dado importante é o detalhamento das cirurgias cesarianas realizadas no grupo entrevistado:



No gráfico acima é possível notar que apenas 25% das cirurgias cesarianas são fruto da tomada de decisão, supostamente livre das gestantes. Supostamente livre pois quando observado a motivação para escolha da via do parto e quando questionadas sobre medo do parto, os dados minam o exercício da autonomia, pois de todo grupo apenas 22% escolheu a cesárea a partir da informação, sem condições que manipulem ou prive as mulheres em sua escolha.

MOTIVO DE ESCOLHA PARA PESSOAS QUE TIVERAM CESÁREAS ELETIVAS

- ME INFORMEI E ESCOLHI
- MEDO
- SEGURANÇA
- MOTIVOS DE SAÚDE
- NÃO SEI/NÃO QUERO RESPONDER



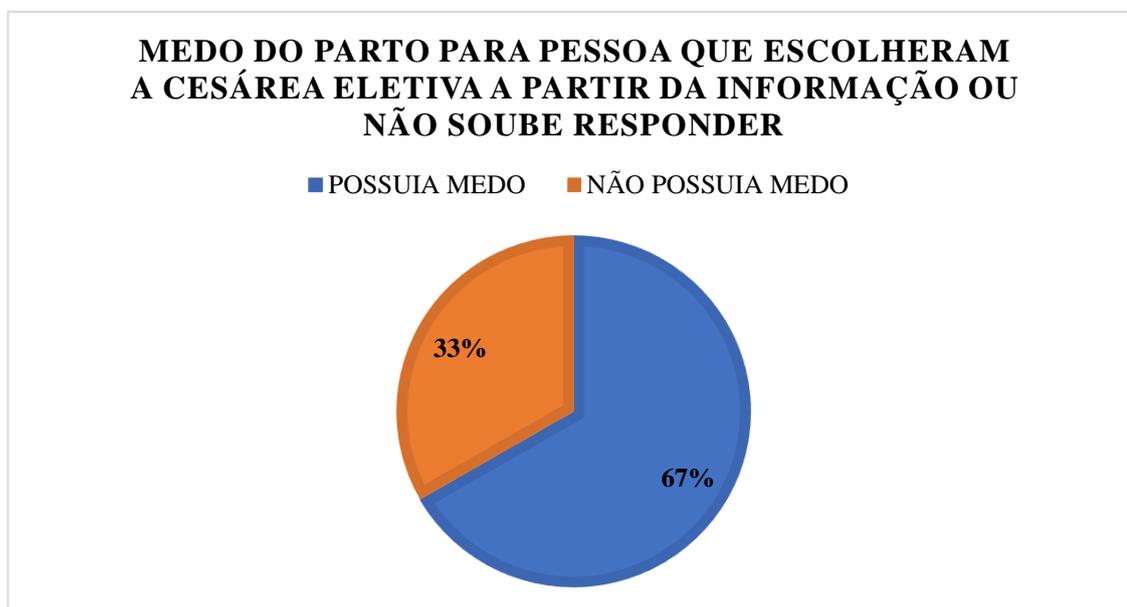
Com exceção do grupo que preferiu não responder, os demais, possuem cargas e condições que impedem o exercício da autonomia, ou seja, 67% do grupo que teve cesarianas eletivas, tomou sua decisão em condições que distorcia o exercício do seu poder de autodeterminação.

A relação entre segurança e medo é complexa e multifacetada, especialmente no contexto da experiência humana. O medo, uma resposta emocional a uma ameaça percebida, muitas vezes surge quando a segurança é comprometida ou percebida como tal. No entanto, a segurança não é apenas a ausência de medo, mas também a presença de condições que promovem o bem-estar e a liberdade de perigo. A segurança pode ser vista como um estado desejável que alivia o medo, enquanto o medo pode servir como um catalisador para buscar segurança. No entanto, é importante notar que a percepção de segurança e medo é altamente subjetiva e pode ser influenciada por uma variedade de fatores, incluindo experiências passadas, crenças pessoais e o ambiente social e cultural.

No contexto do parto, a falta de segurança, seja ela decorrente de uma má prestação de serviço ou da cultura do medo associada à dor do parto, são fatores que podem comprometer significativamente a autonomia da mulher. A sensação de insegurança pode limitar a capacidade da mulher de tomar decisões informadas e confiantes sobre o seu processo de parto. Além disso, a cultura do medo pode restringir a percepção da mulher sobre suas opções de parto, levando-a a optar por vias de parto que podem não estar alinhadas com suas preferências ou necessidades individuais. Portanto, é crucial que os serviços de saúde se esforcem para

promover um ambiente seguro e acolhedor, onde a mulher se sinta apoiada e capacitada para exercer sua autonomia durante o parto.

Apenas para fechar a análise, afunilando ainda mais o olhar para o grupo que supostamente exerceu a autonomia, e o grupo que não quis ou não soube responder, grupo esse que totaliza 33%, foi analisado a resposta para a pergunta, quais dessas mulheres possuíam medo do parto durante a gestação:

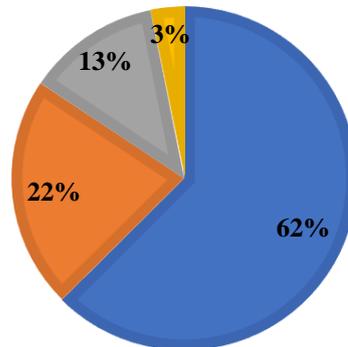


Falando em percentuais, o número cai mais da metade, restando apenas 33% do reduzido grupo que havia sido demonstrado, e se considerar os números, **apenas uma pessoa** do grupo de cesarianas eletivas de todo grupo foi capaz de exercer a sua autonomia considerando as relações aqui analisadas. Ficando evidente que neste caso as gestantes não conseguem exprimir livremente a sua vontade.

Mesma análise realizada no grupo que decidiu por um parto normal, inicialmente uma avaliação das razões que fundamentam suas escolhas. Neste caso temos um grupo maior de pessoas informadas, que somam 62%:

MOTIVO DE ESCOLHA PARA PESSOAS QUE TIVERAM PARTOS NORMAIS

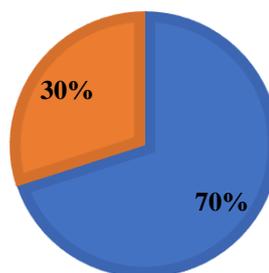
■ ME INFORMEI E ESCOLHI ■ MEDO ■ SEGURANÇA ■ MOTIVOS DE SAÚDE



38% somam as demais categorias que como já esmiuçado anteriormente fulminam o exercício da autonomia. Aprofundando a análise no grupo que escolheu o parto normal a partir da informação, e questionadas quantas possuíam medo da gestação, foi encontrado os seguintes resultados:

MEDO DO PARTO PARA PESSOAS QUE ESCOLHERAM A CESÁREA ELETIVA A PARTIR DA INFORMAÇÃO OU NÃO SOUBE RESPONDER

■ POSSUIA MEDO ■ NÃO POSSUIA MEDO



O número de pessoas que possuíam medo do parto foi ainda maior para mulheres que tiveram parto normal, subiu de 67% para 70%, e considerando os números, isso representa um total de apenas 4 mulheres.

O medo pode desempenhar um papel significativo como uma interferência. De uma perspectiva interna, o medo pode limitar a capacidade de um indivíduo de tomar decisões informadas e livres de coerção. Este sentimento pode distorcer a percepção de um indivíduo sobre os riscos e benefícios de uma determinada ação, levando a decisões que podem não estar em seu melhor interesse. De uma perspectiva externa, o medo pode ser usado como uma

ferramenta de manipulação ou coerção. Além disso, o medo pode criar desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. Portanto, é crucial abordar e mitigar as interferências do medo para garantir a aderência aos princípios éticos.

Dentro da corrente Principlista, pensando a partir dos quatro princípios norteadores, o medo pode ter implicações significativas. Comprometendo a autonomia do indivíduo, distorcendo a percepção dos riscos e benefícios de uma ação específica e limitando a capacidade de tomar decisões informadas. Além disso, pode ser usado como uma ferramenta de manipulação ou coerção, violando o princípio da autonomia. O medo também pode criar desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, violando o princípio da justiça. Portanto, é crucial abordar e mitigar as interferências do medo para garantir a aderência aos princípios éticos, o que pode envolver esforços educacionais e garantias de acesso igualitário aos cuidados de saúde.

Essa combinação dos direitos que efetivamente não podem ser prestados, pelas impossibilidades materiais de exercício, cumuladas com a insegurança e a competição pela prestação limitada já assegurada pelo Estado podem gerar no indivíduo o temor de que não tenham direitos básicos assegurados. “O discurso do medo é alavanca da dissimulação dessas permutas, pois se difunde o temor de que nada é tão ruim, que não possa piorar”.²¹⁵

Assim, à medida que os critérios liberais vêm sendo adotados, o receio pela falta de segurança toma conta, pois a população em massa vive sob um desequilíbrio estrutural e cheio de vulnerabilidades, além das fragilidades sociais, enquanto por outro lado, existe um grupo dotado de privilégios e detentor das noções de segurança, sujeitando as massas a “aceitar” as condições ali impostas, muitas vezes distantes de condições minimamente dignas, inclusive dispendo a pagar por ela, pois naquele dado momento, a segurança e a vida é mais importante que a liberdade, e que em até certo ponto elas podem se confundir.

Para finalizar, compilando os resultados é possível concluir que das 68 mulheres participantes da pesquisa, independente da via que ela tenha elegido, ou independente de que parto é mais aceito ou não, apenas cinco mulheres foram capazes, a partir das únicas relações feitas, de exercer a sua autonomia na escolha da via de parto no SUS, o que representa apenas 7% do público total, embora mais de 66% das participantes tenham verbalizado acreditar ter exercido a autonomia da escolha de sua via de parto.

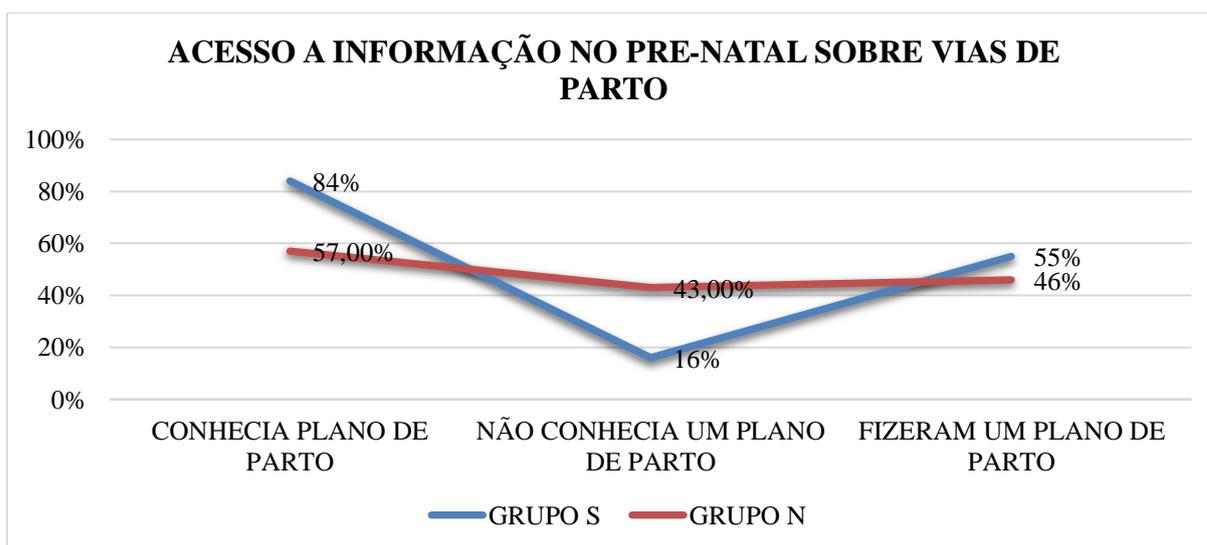
²¹⁵ SAMPAIO, José Adércio Leite. A Constituição Austeriária. *Espaço Jurídico Journal of Law*, Joaçaba, v. 21, n. 1, p. 39-58, jan.-jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.18593/ejil.20702>. p.42

i. Plano de parto individual

Como mecanismo de busca pela informação qualificada, suporte na construção dos anseios pela maternidade e fomento no exercício do protagonismo das mulheres, a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda a elaboração do plano de parto, sendo ele enquadrado no guia prático como categoria A, de práticas que são demonstradamente úteis e devem ser encorajadas e estimuladas²¹⁶.

O plano de parto é a materialização e externalização da vontade da gestante, quando em condições que garantem o exercício de sua cognição, e sem interferências que maculem a sua decisão, propiciando um verdadeiro exercício da autonomia. O documento não invalida a atuação profissional, ele inclusive o norteia e auxilia a atender as necessidades e vontades da parturiente.

Deste modo é cediço acreditar que pessoas que confeccionam um plano de parto, ou que de alguma forma detém conhecimento sobre ele, são pessoas em maior condição de exercer seu poder de autodeterminação. Portanto, para isso foi feita uma análise das pessoas que conheciam um plano de parto nos dois grupos, GRUPO S e GRUPO N. Vejamos:



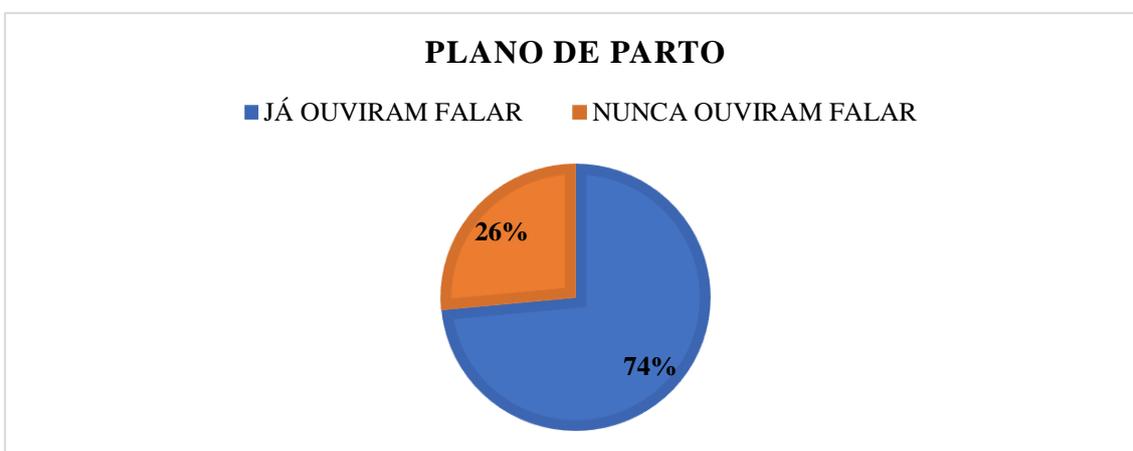
Observando o gráfico acima, no GRUPO S, apenas 16% das pessoas, não conheciam um plano de parto, enquanto 84% delas já tinham ouvido falar, e mais da metade do público, 55%, chegaram a confeccionar um plano de parto, circunstância que aponta que o plano de

²¹⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2000.

parto pode promover uma sensação de autonomia, considerando ser esse um grupo que acredita ter exercido sua autonomia, na escolha da via de parto.

Enquanto o GRUPO N, 43% das pessoas não conheciam um plano de parto, em detrimento a 57% de mulheres que já tinham ouvido falar, seguido de 46% que chegaram a confeccionar um plano de parto. Uma redução de pessoas que tinham conhecimento acerca deste instrumento, o que corrobora com a conclusão do grupo anterior, que o plano de parto pode ser um bom instrumento para promover a sensação de exercício da autonomia, e acesso à informação.

Passando agora para uma análise geral de todo grupo entrevistado, ainda dentro do escopo plano de parto, foi possível perceber que a grande maioria já tinham ouvido falar em plano de parto, e somente 26% não conheciam o plano de parto:



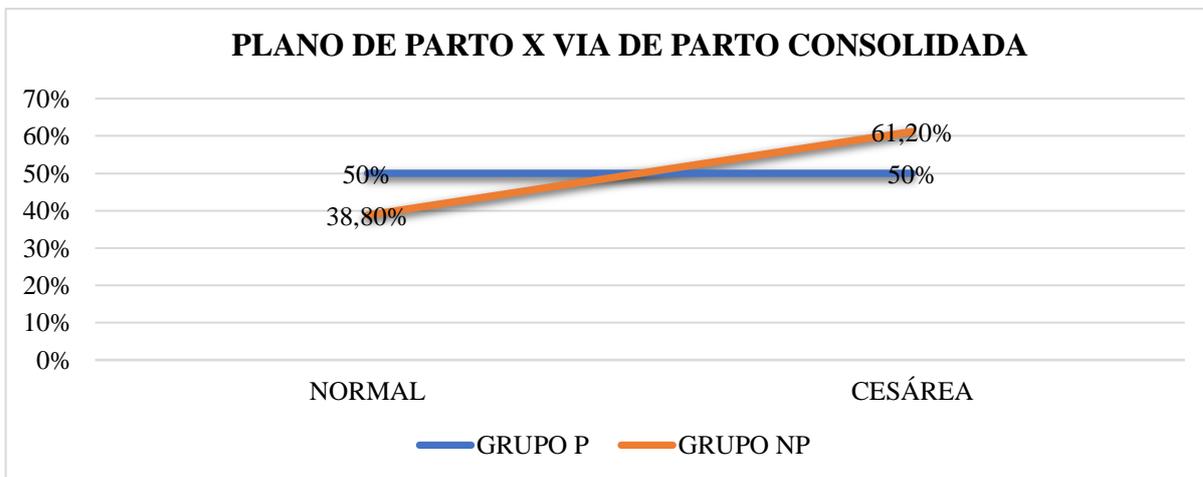
Para melhor compreensão dos perfis e considerando que o plano de parto, pode ser um instrumento, sobretudo, jurídico, eficaz para promoção do exercício da autonomia, não apenas no que diz respeito a via de parto, mas durante todo parto e nascimento, analisaremos os dados obtidos dos dois grupos de pessoas acima mencionado, sendo considerado o “GRUPO P” o grupo que já ouviu falar do plano de parto e “GRUPO NP” o grupo que não ouviu falar ou não conhecia um plano de parto.

j. Grupo NP - Que não ouviu falar sobre plano de parto

Por tratar-se de análise mais simples, pois considera uma análise comparativa com o GRUPO P, iniciaremos a discussão a partir do olhar para as mulheres que não ouviram falar de um plano de parto, enxergando, os impactos e justificativas para o fato que define o grupo.

Para além de questões sociais, o que não foi observado nenhuma consideração importante, que possa diferenciar um grupo do outro, dois marcadores foram pontuados, e que merecem breve discussão. Um deles a via de parto que as parturientes consolidaram e o outro a participação em grupos de gestante.

O GRUPO NP apenas 38,8% tiveram um parto normal, enquanto 61,2% tiveram cirurgias cesarianas, enquanto o GRUPO P teve 50% de desfechos em um parto normal.



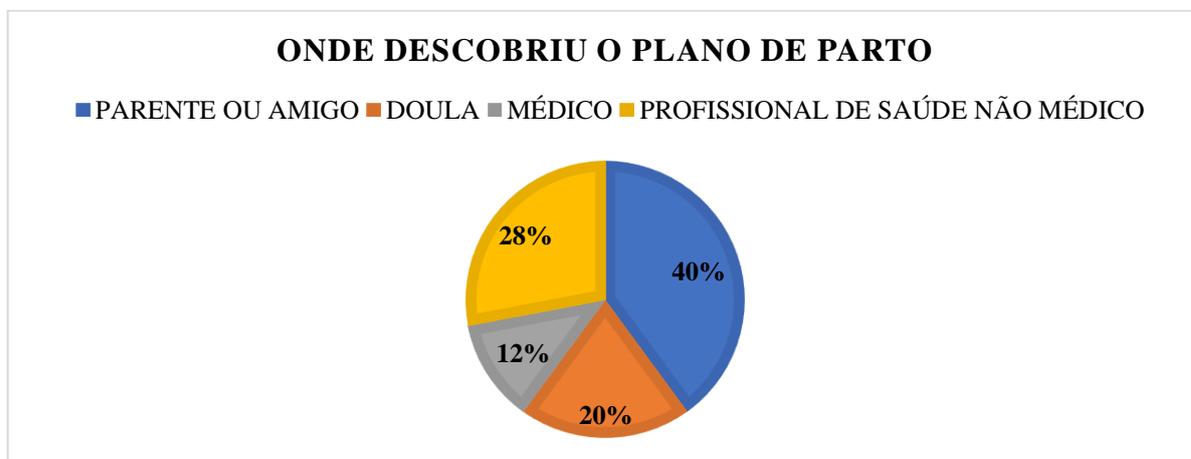
Embora para definição do exercício da autonomia a via de parto consolidada seja indiferente, a OMS regulamenta a promoção do parto normal, definindo parametros minimos aceitáveis, para consideração de uma boa assistencia a saúde. Deste modo, uma realidade distante do que preconiza documentos que fomentam e regulamentam a saude no pais e no mundo, pode ser considerada reflexo da má assistencia prestada, o que não é possivel afirmar com segurança, apenas com os dados coletados nesta pesquisa, porém, é visto como um empecilho para o exercício da autonomia como defendido pela bioética.

Deste modo quando enxerga-se um aumento de número de partos normais, com redução de cirurgias cesareanas, dentro de um grupo, é possivel concluir que o plano de parto é um instrumento que auxilia na promoção do parto normal e junto disso do exercício da autonomia da gestante.

Outrossim, neste mesmo GRUPO NP, relacionando com a participação das mulheres que participaram do grupo de gestante apenas 12,5% não conhecia um plano de parto, mostrando que a realização de grupos de gestantes é eficaz no processo de informação da mulher.

k. Grupo P - Que ouviu falar sobre plano de parto

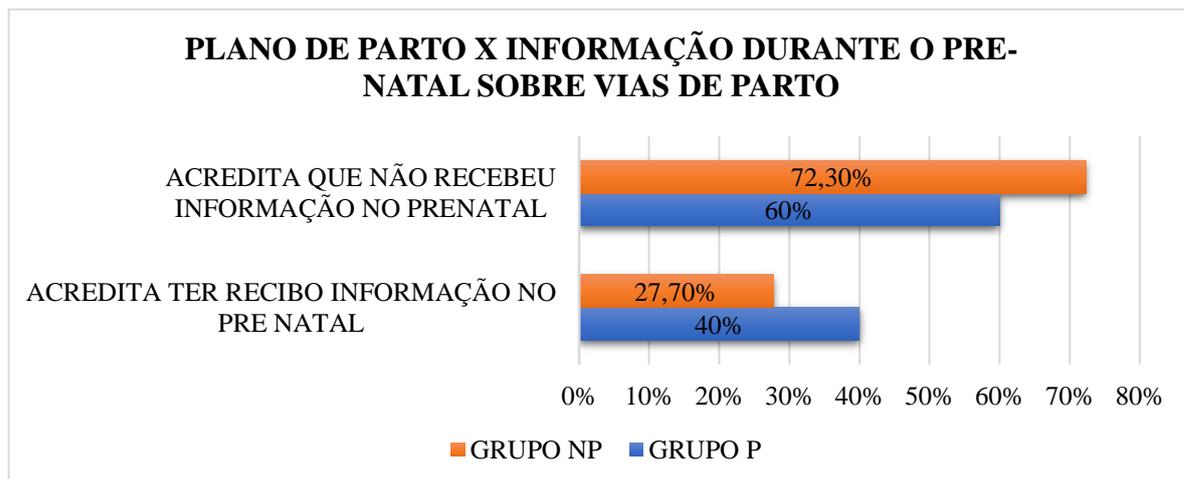
Dos 74% de mulheres que ouviram falar sobre um plano de parto, 40% descobriu os instrumentos através de um parente ou amigo, ficando o restante dividido entre doula, profissional de saúde não médico, e médico, que por sua vez somou a menor quantidade de fonte disseminadora do plano de parto:



A partir desse dado foi feita uma análise acerca das informações recebidas durante o pré-natal sobre a via de parto, considerando inclusive a lei estadual de número 8.130/2019, que altera a Lei 7.873/2017, denominada como a Lei do Parto Humanizado. A referida Lei prevê em seu artigo 5º sobre a elaboração do Plano Individual de Parto, garantindo a gestante a elaboração durante o pré-natal ou atendimento preliminar ao trabalho de parto, além disso, a legislação também garante que a gestante poderá ser assistida por um profissional da saúde ou doula, que deve esclarecer de forma objetiva e clara sobre as implicações de cada uma de suas disposições de vontade.

Deste modo, sendo o Plano Individual de Parto (PIP) um direito da gestante, os gráficos apontam para uma ofensa legal à legislação estadual, e à orientação que a base de informação dessas mulheres, não tem sido o pré-natal.

Apenas 40% das mulheres DO GRUPO P acreditam ter sido informada suficientemente sobre as vias de parto no pré-natal, enquanto 60% acreditam que não receberam informações suficientes durante a sua gestação. Os dados, mostram a mesma relação, quando analisado o GRUPO NP, e esse número fica ainda menor, o que por sua vez é esperado, considerando ser um grupo menos informado, apenas 27,7% das mulheres, acreditam ter recebido informação suficiente durante o pré-natal sobre as vias de parto, vejamos no gráfico:



Tudo isso se relaciona com os grupos já analisados GRUPO S e GRUPO N, e discussão inicial, mostrando que o plano de parto pode ser um instrumento eficaz na promoção do protagonismo da mulher, e garantia de acesso à informação de acordo com os princípios estabelecidos pela bioética Principlialista.

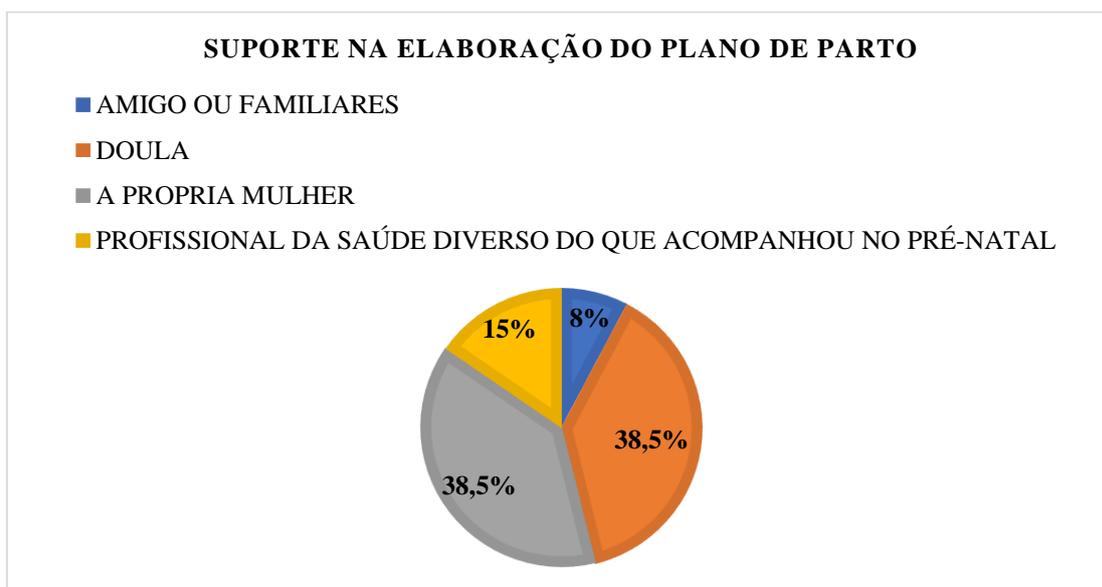
Aprofundando a análise dos dados do GRUPO P, foi perguntado qual delas chegaram a confeccionar um plano de parto, e 52% das participantes deste grupo elaboraram um plano de parto, sendo esse percentual em relação todas as entrevistadas de 38,2%, o que denota que o número de pessoas que utilizam o plano de parto é pequeno em relação ao todo, e embora mais da metade do grupo que conhecia tenha elaborado o seu plano de parto, ainda é pequena a quantidade de mulheres que se preocupem com o exercício de sua autonomia, em um instrumento expresso.



O dado também revela a dificuldade de acesso à informação para construção de um documento sobre parto e nascimento, sobretudo se essa fonte é procurada dentro da assistência ao parto e ao pré-natal. Deste grupo de 38,2% que confeccionou um plano de parto, foi questionado sobre o suporte para seu preenchimento e elaboração, ficando dividido o maior suporte entre a doula 38,5% e a confecção do plano sozinha pela mulher 38,5%, restando apenas

23% que ficou com parentes e amigos (8%) e profissional da saúde diverso do que acompanhou a gestante no pré-natal (15%).

O pré-natal não tem sido atualmente fonte de informação para a maioria das mulheres, e gestantes necessitam buscar fora da assistência ao pré-natal, e das pessoas que assistem ao parto para conseguir segurança que necessita e informações para um parto, e consecutivamente fomentam a cultura do medo do parto, gera insegurança e impactam no livre exercício da autonomia na hora de eleger a via pretendida, pois desconsidera a vontade livre da mulher, e considera mecanismos de defesa para proteção da assistência, e do sofrimento atrelado ao parto.



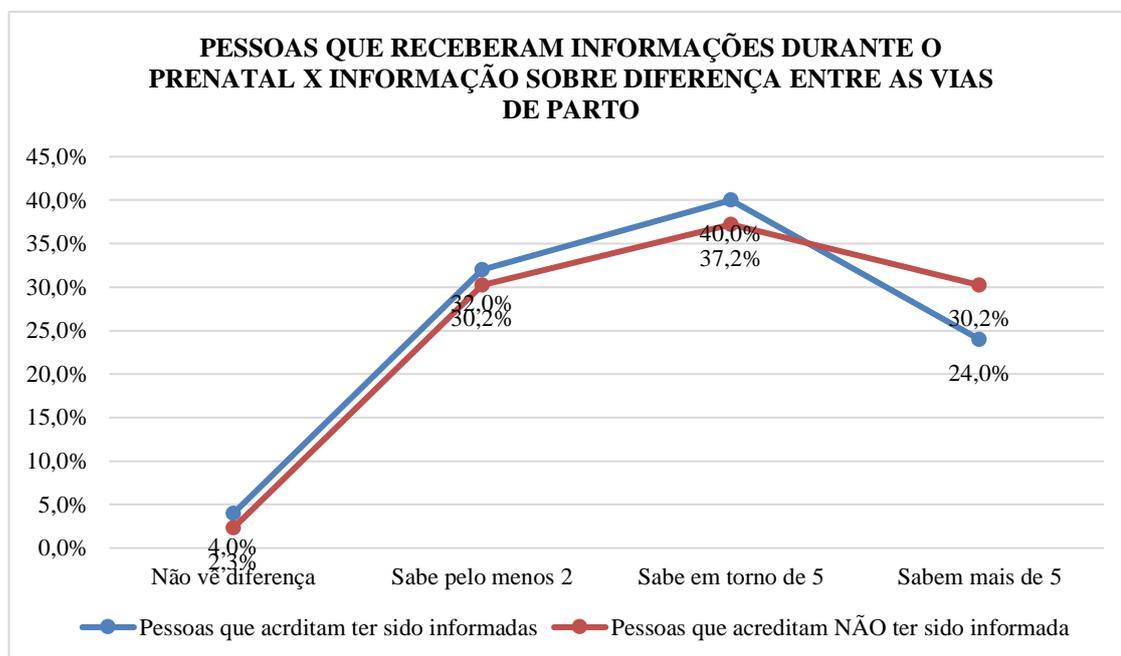
Importante também considerar que embora o médico surja no gráfico “ONDE DESCOBRIU O PLANO DE PARTO”, como fonte disseminadora do plano de parto, ele desaparece no gráfico “SUPORTE NA ELABORAÇÃO DO PLANO DE PARTO”, na hora de elaborar, assim como parentes e amigos que lideravam o grupo de disseminadores, ocupam na hora da confecção o menor espaço com 8% apenas, perdendo apenas para outros profissionais da saúde.

n. Informação sobre as diferenças entre as vias de parto x Percepção das mulheres sobre ter acesso à informação suficiente no pré-natal

Essa análise tem como objetivo avaliar as pessoas que acreditam ter sido suficientemente informada sobre as vias de parto durante o pré-natal, comparando a afirmação sobre a sua percepção aborda desta informação, e a quantidade de diferenças que sabem pontuar entre as vias. Afinal, mulheres que tenham sido suficientemente informadas durante o pré-natal sobre

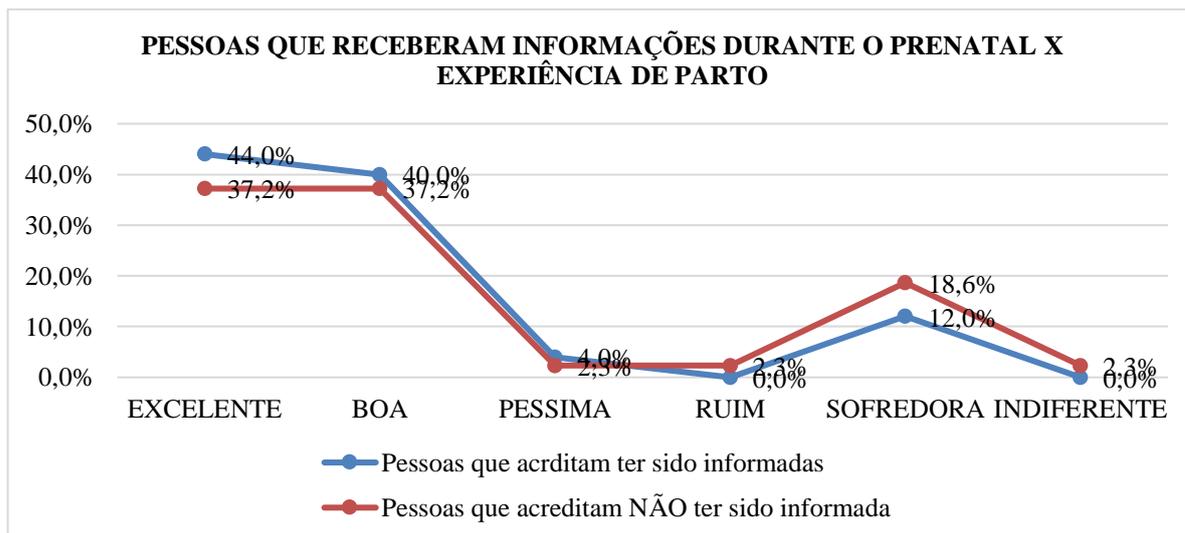
as diferenças existente entre os partos, é esperado que seja capaz de expor um número maior de diferença entre eles.

Porém o gráfico abaixo mostra algo um pouco diferente, o grupo que acredita não ter sido informado, tem, proporcionalmente, um número maior de pessoas que sabem elencar mais de 5 diferenças, mantendo para as demais opções um padrão, quase igual.



Visando compreender melhor o grupo, foi feita outra relação com a percepção acerca da informação fornecida no pré-natal, e a experiência de parto vivenciada pela mulher. É esperado que quanto mais informada melhor será a sua experiência de parto. E embora com números bem próximos nos dois grupos, as diferenças sutis existentes demarcam exatamente a hipótese levantada.

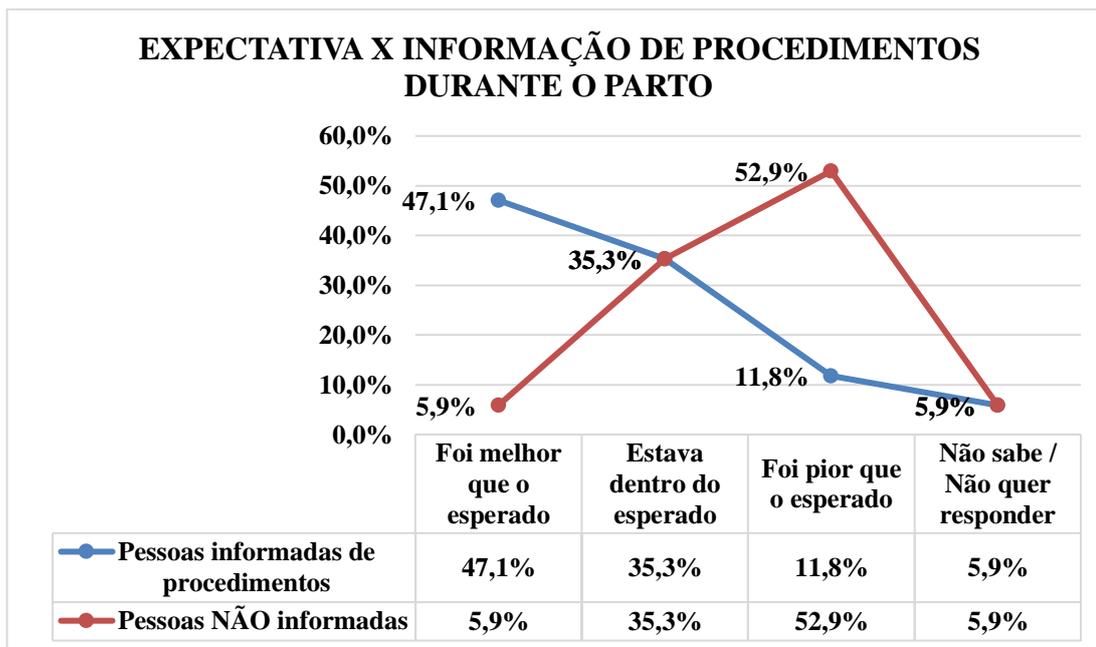
Pessoas que acreditam ter sido informadas no pré-natal tem proporcionalmente 6% a mais experiências “excelente”, enquanto pessoas que acreditam não ter sido informada possuem os mesmos “6%” a mais, de experiências sofredoras.



Embora, anteriormente a relação direta entre autonomia e informação no pré-natal, não tenha apontado grandes impactos, desta vez mostra ainda que sutil, que o acesso à informação melhora a sensação da mulher na experiência de parto experimentada, retirando um pouco do sofrimento, o que por si só, mina a independência da gestante na escolha da via, inclusive intraparto, e, portanto, interferindo no exercício da autonomia da escolha da via de parto.

o. Expectativa da mulher x informação de procedimentos durante o parto

Nesta relação será possível compreender o grupo de mulheres que receberam informação dos procedimentos durante o parto, como reflexo de uma boa assistência, pautando a conduta como um reflexo da boa-fé e da transparência, inclusive como possibilidade de permitir que a mulher protagonize seu parto, independente da via que ele se consolide. Relacionando a expectativa dela acerca do parto com a transparência dos procedimentos, temos uma curva bem diferente, como pode ser visto e discutido:



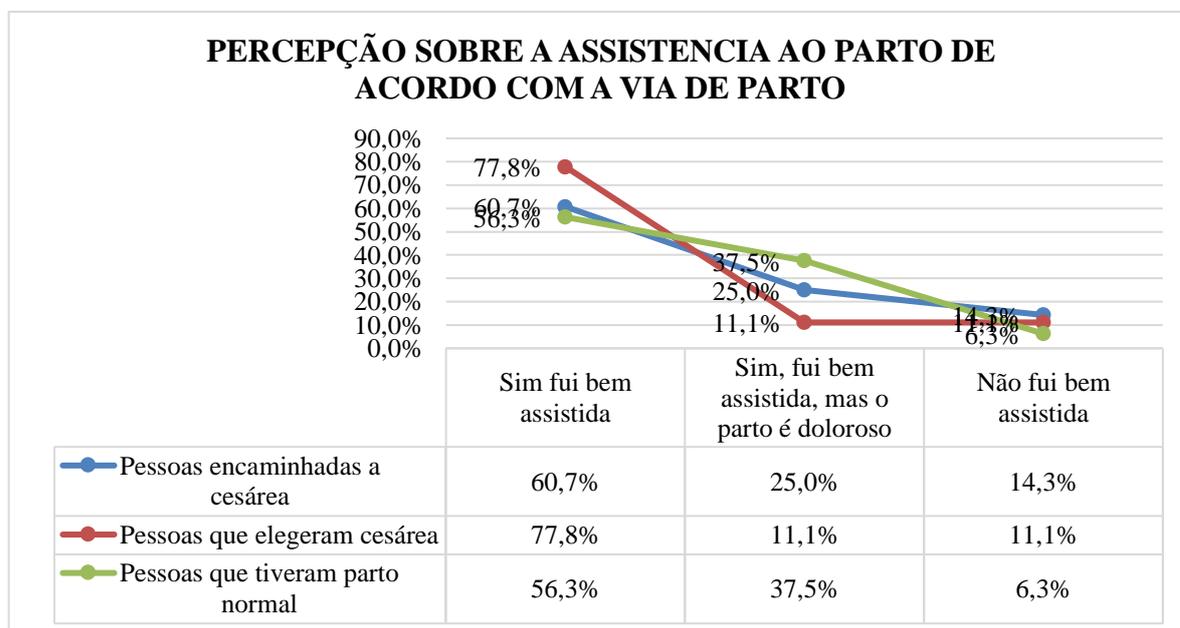
Pessoas que não foram informadas em sua maioria tem suas expectativas frustradas, relatando em um grupo de 52,9% dessas mulheres, que seus partos foram piores que o esperado, enquanto tem um número singelo de 5,9%, para aquelas que acreditam que embora não informada, teve um parto melhor que o esperado, e 5,9% de mulheres que preferiram não responder.

Enquanto pessoas que foram informadas sobre o procedimento durante o parto, somam 47,1% de expectativas superadas, afirmando ter sido melhor que o que esperava, e reduzindo drasticamente para 11,8% deste grupo o número de mulheres que embora informada, tiveram suas expectativas frustradas por outros motivos, não alcançados nesta pesquisa.

É equivalente a quantidade de parturientes que se colocam de forma mais neutra, dizendo que o parto se encontra dentro das expectativas em números exatos de 35,3% nos dois grupos. Trazendo a pesquisa a conclusão que a transparência dos procedimentos, melhoram para as mulheres a experiência com seus partos, ou pioram quando não informadas, e de acordo com todo arcabouço já trazido, a autonomia da vontade se funda na informação, e na capacidade de se autodeterminar e tomar decisões, sendo a qualidade na prestação a assistência a saúde, um marcador importante, que dada as limitações metodológicas, não é possível aprofundar no serviço prestado a cada uma dessas mulheres, nos limitando tão somente a percepção de cada uma em relação a assistência que recebeu.

p. Percepção sobre a assistência em relação a via de parto

Embora com diferenças singelas, o grupo que compreende ter recebido a melhor assistência, foi o grupo de pessoas que elegeram a cesárea como via de parto, e tiveram uma cirurgia pré-agendada, com 77,8% de mulheres que julgam ter sido bem assistida. Paralelamente o menor número de pessoas que acreditam ter recebido uma boa assistência foi o grupo de mulheres que tiveram um parto normal.



Outro marcador importante é o subgrupo de mulheres que consideram que embora tenha sofrido com o parto, acreditando-as, ser um evento sofrido por sua natureza, creem ter tido uma boa assistência. Alternativa utilizada para filtrar mulheres vítimas da cultura do medo e da dor do parto, que maquia a o sofrimento oriundo da má assistência com o processo de parir. Assim como desconsideram que o sofrimento é elemento que manipula e coage o indivíduo, tirando dele a independência para tomada de decisão e exercício de sua autonomia.

Este grupo foi liderado por mulheres que tiveram um parto normal com 37,5%, enquanto o menor número de mulheres que acreditam no sofrimento como indissociável do parto, estavam no grupo de mulheres que tiveram cesárea previamente agendada.

Embora a maioria das pessoas entrevistadas compreendam ter gozado de uma boa assistência ao parto, esse marcador possui atravessadores que se relacionam com a boa assistência à saúde e interferem no exercício da autonomia. Essa análise pormenorizada, sera feita quando analisado os grupos de acordo com percepção da mulher sobre o exercício da autonomia, em seguida.

Por fim, utilizando os marcadores e questões realizadas, foi adotada para definir como autônoma nesta pesquisa, aquela decisão em que, a mulher inicialmente tenha sido submetida a um parto sem indicações clínicas para a via, ou seja, ela pode decidir ainda que subjetivamente a via que preferia. A seguir foi avaliado e adotado como critério para esse grupo, se elas possuíam medo do parto durante a gestação ou de outra via, sendo o medo um marcador que pode manipular a verdadeira intenção daquela parturiente, que elege determinada via, exclusivamente para excluir outra, pela coação que as características impõe. A seguir foi avaliado deste grupo quais mulheres possuíam informações acerca das vias de parto que estavam sendo submetidas, considerando, ainda que a partir de questionário de múltipla escolha, aquelas que sabiam em torno de 5 ou mais diferenças entre elas, como pessoas com maiores condições de decidir sobre a via preterida.

O acesso a informação de qualidade, vai além das diferenças da via de parto, suas implicações e riscos, mas contempla o conhecimento acerca de todo parto, como ele acontece, quais os mecanismos de alívio de dor que pode utilizar, sejam eles farmacológicos ou não, e a clareza e segurança acerca dos procedimentos que estão aquelas gestantes sendo submetidas, permanecendo o resultado desta pesquisa, com limitadores naturais de aprofundamento acerca das questões mais profundas e interdisciplinares que provocam o verdadeiro exercício da autonomia.

5. A CAMINHO DE UMA DIGNA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO SUS

Nesta última seção será feito um fechamento das informações trazidas no trabalho e de suas consequências, práticas e jurídicas, como forma de contribuir socialmente com a evolução de questões e demandas que esta pesquisa atravessou. Na primeira parte será visto o parto humanizado e as dificuldades e desafios na implementação de uma política para sua promoção, considerando, inclusive, que o sofrimento e o medo, são fatores presentes na realidade da assistência prestada às gestantes, juntamente com a violência obstétrica.

Na segunda parte, como mecanismo para fomentar e estimular o protagonismo, acesso à informação e o exercício da autonomia, o plano individual de parto, será apresentado como instrumento capaz de contribuir com a realidade experimentada pelas mulheres. E para finalizar, agindo de forma paralela a proposta do plano de parto, a importância da intervenção estatal para correção das vulnerabilidades existentes na sociedade como mecanismo de garantia de direitos fundamentais e assegurar o exercício da dignidade para além do mínimo existencial.

5.1. Dificuldades e desafios na implementação dos partos humanizados

Apesar do trabalho ter ênfase no parto como um processo de múltiplas etapas, o objeto de estudo (inclusive da pesquisa de campo) foi na eleição da via de parto, considerando ser este um ponto fundamental, na medida em que é um ponto que simboliza as violações mais evidentes com relação à autonomia e o direito ao próprio corpo. No entanto, não desconsidera a importância de pesquisas futuras que abordem de maneira mais específica outras questões também sensíveis inerentes à outras etapas do processo, porém, a condição em que a assistência ao parto ocorre, é condição que deve ser considerada para o exercício da autonomia na eleição da via pretendida pela mulher, motivo este que discorre sobre a humanização neste tópico.

Humanizar significa tornar humano; dar condição humana a; humanar; tornar benévolo, afável, tratável; fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar; amansar; humanar-se²¹⁷. Embora a definição seja intrigante, do ponto de vista lógico não englobam tudo que a humanização, sobretudo no cenário do parto, remonta.

A proposta do movimento de humanização é trazer o foco para atenção à saúde e direito dos pacientes, que dentro do cenário da gestação e do parto, remete a necessidade de mudanças na maneira como os cuidados à saúde são processados, modificando o formato de assistência adotado pela medicina enquanto aparato geral como equipamento, medicamentos, técnicas, tecnologias etc.²¹⁸

Falar de humanização da assistência a gestação e ao parto, nos condiciona a pensar na ideia de tornar humano, algo que em tese já é praticado por e para seres humanos. Portanto a ideia, de humanizar é na prática um processo de recriar a humanização em uma forma diferente da que é experienciada atualmente, possibilitando uma re-humanização, como uma espécie de escola de “ser humano”, pensando ele como produto de uma construção social, cultural, filosófica, econômica e religiosa²¹⁹.

No estado de Alagoas, existe a Lei 7.873/2017 que assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos público e privado de saúde, alterada posteriormente pela Lei

²¹⁷ FERREIRA, Aurelio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2ª. Edição. Nova Fronteira. Rio de Janeiro. 1986. p.908

²¹⁸ DIAS, Marcos Augusto bastos. **Humanização da assistência ao parto: conceitos, logicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública**. Tese de doutorado. FIOCRUZ. Pós-graduação em saúde da mulher. Brasília. Fevereiro, 2006. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/3424/000057.pdf;jsessionid=0A4847B17C0122FAD5F761ABA1C89A8A?sequence=2> . acesso em 10 de setembro de 2023. p 19.

²¹⁹ Ibidem, p 20

8.130/2019, que definem no artigo 2º como humanizada a assistência ao parto humanizada em que cumpre 4 requisitos:

I – não comprometer a segurança do processo, nem a saúde da parturiente ou do recém-nascido;

II – garantia de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, requerendo atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição, de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher;

III – adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher ou o recém-nascido, e frequentemente acarretam maiores riscos para ambos; e

IV – garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos eletivos que, resguardada a segurança do parto, lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo procedimentos para alívio da dor.” (NR)

O movimento de humanização em saúde e consecutivamente no parto, o qual será explorado nesta última sessão, apresenta-se como um dos desdobramentos das transformações, em um cenário no qual, a mulher, enquanto sujeito, não mais apresenta-se como objeto, protagonizando seus ciclos, e assumindo ativamente o controle pelo seu corpo. A intenção é construir uma relação em que possa afastar o processo de coisificação das gestantes e parturientes, validando enquanto ser-humano e sujeito de direitos.

Embora o debate central da pesquisa aconteça em momento anterior a realização e a assistência do evento parto, propriamente dita, pois discutimos a autonomia da escolha de sua via, é perceptível que a qualidade de assistência prestada ao parto na sociedade traz impactos diretos na forma com as mulheres encaram o parto e suas vias, e influenciam diretamente a tomada de decisão por elas.

A medicina antes de ser uma instituição técnicas, já existia há muito tempo enquanto um conceito social, onde a atuação do profissional se voltava ao cuidado e não a cura, a dinâmica estabelecida priorizava o apoio aos enfermos para aliviar suas dores e trazer esperança. Com o avanço tecnológico e a modernização da saúde, as funções técnicas e o

propósito da cura afastou o profissional e as instituições do escopo primitivo e acolhedor²²⁰, distanciando-se da preservação a dignidade e alívio do sofrimento físico e psicológico²²¹

Indo em sentido oposto, para compreender a humanização, Geiger ²²² aponta três grandes grupos como fonte principal de ações desumanizantes: 1. ordem social, contempla a injusta distribuição de poder e direitos, revelando a fome, moradia, entre outras situações de condições sub-humanas como elemento desumanizante, mesmo dentro de uma instituição, em que o ser é visto como objeto, gerando uma falha da percepção do ser humano com um todo, seu valor e individualidade. 2. Fatores da ciência ocidental e da tecnologia, o ser humano passa a ser visto de forma fragmentada, onde a separação entre a biologia molecular e as emoções e afeto potencializam a análise e utilização de recursos tecnológicos, ainda que sem clareza dos seus riscos e benefícios. 3. Cultura e organização das profissões de saúde, a incapacidade técnica acometida pelos usuários do SUS, implica na hierarquização técnica e informacional da relação, que transfere ao profissional da saúde todo ou boa parte do poder de decisão. Ademais a cultura arraigada na saúde acaba implicando que o trabalho técnico é exercido pelo médico, enquanto o trabalho humano por outras categorias profissionais, gerando a sensação de que o mais importante são as orientações técnicas.

A crescente onda da humanização, tem diversificado os sentidos da interpretação do termo, bem como assumido diferentes significados, nas mais diversas áreas. Nos serviços a saúde a humanização assume um papel de melhor relação médico-paciente, melhor atividades de convívio, redução da mercantilização da medicina, críticas a instituição total²²³, a própria mudança da cultura hospitalar, respeito a fisiologia, condutas não intervencionista, reconhecimento de aspectos sociais de vulnerabilidades, aspectos culturais acerca do parto e nascimento, suporte emocional, dentre outros, onde todos estão sempre voltados para valorização das inter-relações humanas, voltadas para a necessidade das mulheres e suas

²²⁰ DIAS, Marcos Augusto bastos. **Humanização da assistência ao parto: conceitos, logicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública.** Tese de doutorado. FIOCRUZ. pós-graduação em saúde da mulher. Brasília. Fevereiro, 2006. Disponível em

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/3424/000057.pdf;jsessionid=0A4847B17C0122FAD5F761ABA1C89A8A?sequence=2> . acesso em 10 de setembro de 2023. p 22.

²²¹ GEIGER, Hans. The causes of dehumanization in health care and prospects for humanization. In: Humanizing Health Care (Howard, J. & Strauss. A. org.) p 11-36, New York: John Wiley & Sons, Inc. 1975, p. 11

²²² Ibidem, p. 17-32.

²²³ PUCCINI, Paulo de Tarso; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos Serviços e o Direito à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, vol.20 (5); 1342-53. 2004. P 1344

famílias²²⁴. O núcleo do conceito do que é a humanização é sempre o respeito à vida humana, em uma dimensão ética entre o paciente e o profissional da saúde²²⁵.

A Organização Mundial de Saúde vem há quase 40 anos trazendo o debate da humanização no parto e nascimento, visando contribuir com melhor qualidade no uso de tecnologias, com base em evidências científicas que contestam práticas preconizadas no modelo médico tradicional de assistência ao parto²²⁶. Porém desmedicalizar e humanizar o parto e o nascimento, implica também na perda do poder, o que tem gerado bastante dificuldade em sua implementação.

Aos poucos o médico deixou de cuidar apenas da saúde para se voltar a servir o Estado, no controle do crescimento populacional e do aumento de riqueza, e a sua palavra se transformou em norma. “Se hoje os discursos e indicações de intervenções no parto são tão difíceis de serem questionados, é porque existiu um contexto histórico que deu esse poder ao médico²²⁷”.

No Brasil, em 2001, O Ministério da Saúde, editou o manual ao Parto, aborto e puerpério – Assistência Humanizada a Mulher²²⁸, que defende uma nova perspectiva de cuidados na assistência à saúde, evitando intervenções desnecessárias e estimulando a privacidade e autonomia materna. Porém sem confundir, a preservação da autonomia, com uma atitude de desinteresse que exponha o sujeito a uma situação de sofrimento extremo e até mesmo de risco de morte, haja vista que “o respeito sem o cuidado pode levar à indiferença e ao individualismo”²²⁹.

Em 2019, o Conselho Federal de Medicina emitiu a resolução nº 2.232/2019²³⁰, com previsão acerca do exercício a autonomia da mãe na escolha de procedimentos durante o parto. A resolução previa expressamente a possibilidade de ignorar os atos de disposição de vontade

²²⁴ DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Revista Ciência & saúde Coletiva**. Rio de Janeiro/RJ. Opnião, 2005, p. 700

²²⁵ VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3):599-613,2005, p. 608

²²⁶ DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira, op. cit., p. 699-705.

²²⁷ MEDEIROS, Camila. **Meu corpo, regras do Estado**. UICLAP. Brasil, 2021, p.16

²²⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília. 2001.

²²⁹ DALL'AGNOL, Darlei. Cuidar e respeitar: atitudes fundamentais na bioética. **Bioética, cuidado e humanização**, São Paulo, v. II, n. Edições Loyola: IBCC Centro de Estudo, 2013.p.202

²³⁰ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.232/2019**, 17 julho 2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/2915/resolucao-cfm-n-2.232>. Acesso em: 5 de fevereiro de 2022

da mãe durante o parto, assim como impor tratamento mesmo havendo objeção, obrigando as gestantes a passarem por intervenções médicas mesmo que não concordem.

A Resolução teve a suspensão de sua eficácia após ação civil pública sob nº 5021263-50.2019.4.03.6100²³¹, proposta pelo Ministério Público, garantindo que “somente o risco efetivo à vida ou a saúde da gestante e/ou do feto deverá ser considerado como justificativa legal para afastar a escolha terapêutica da gestante em relação ao parto.

A usurpação da autonomia de vontade expressamente prevista em uma resolução expedida pelo Conselho Federal de Medicina corrobora com a prática da assistência à saúde prestada para a mulher nos locais e por pessoas que deveriam zelar pela qualidade da assistência e garantir a saúde, atuando com ética e boa-fé.

Por boa-fé o presente trabalho parte da premissa de que, para além de uma conduta técnica adequada e condizente com o código de ética da respectiva profissão seria necessário ainda um maior zelo e prudência na transmissão da informação, notadamente na medida em que a paciente é vulnerável e necessita de informações para o pleno exercício da autonomia no parto.

Isso porque, diferentemente de outras demandas e procedimentos técnicos em saúde que compreendem a noção de “cura” e tratamento, no âmbito do parto os médicos exercem uma assistência ao ato de parir, notadamente pela via vaginal, não cirúrgica. Tal via faz com que a mulher, na condição de protagonista do processo, necessite de ainda mais informações técnicas relacionadas as possíveis intercorrências, alternativas e benefícios relacionados ao percurso de gestar e parir.

Nesse sentido, Cavalieri Filho²³² trata de um ponto fundamental no aspecto informacional que é necessário esclarecer no âmbito da relação de saúde a questão do risco inerente, o qual inclui possíveis complicações nos mais comuns dos procedimentos, incluindo, certamente, também possíveis complicações no parto. Tal comunicação deve ser feita com prudência, considerando o nível de compreensão da gestante e a respeitando (dentro do âmbito da autonomia da vontade) ou seus interesses e convicções.

²³¹ AÇÃO CIVIL PÚBLICA. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL - nº 5021263-50.2019.4.03.6100. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/wp-content/uploads/2021/05/SENTENCA-5021263-50.2019.4.03.6100-MINISTERIO-PUBLICO-FEDERAL-X-CONSELHO-FEDERAL-DE-MEDICINA-RESOLUCAO-CFM-No-2232.2009-1.pdf>

²³² FILHO. Sérgio Cavalieri. A Responsabilidade Médica e o Dever de Informar. **Revista da EMERJ**, v. 7, nº 28, 2004, p. 84. Disponível em: http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista28/revista28_81.pdf Acesso em: 14/01/2024.

Nessa linha, recente publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás sobre Ética em ginecologia e obstetrícia, a qual instrui o médico no sentido de que o médico não deve oferecer à paciente informações que possam tirar desnecessariamente as esperanças bem como cultivá-las de maneira leviana e indevida. Assim, “o papel de comunicador de notícias é dado ao médico que acompanha o caso, que deverá oferecer as explicações necessárias, considerando as especificidades sociais, ideológicas, filosóficas e religiosas de cada família”²³³.

A boa-fé nas relações decorre, pois, da transparência em comunicar à outra parte contratual aquilo que de fato se está pretendendo. Nessa linha, para além de todas as relações civis e contratuais, é fundamental compreendê-la como um pilar da relação médico-paciente, sendo exigido como via de mão dupla²³⁴, sendo fundamental ao médico agir com transparência e zelo na transmissão da informação, permitindo que a paciente, ciente das circunstâncias, esteja mais segura no exercício da autonomia ao longo do parto, notadamente com relação a escolha da via por ser objeto do presente trabalho.

Assim, o objetivo da informação de boa-fé está alinhada com o propósito de “prestação de serviços de boa qualidade, que precisam ir além da sobrevivência durante o parto, e devem dar às mulheres a oportunidade de serem participantes ativas em seus próprios cuidados, pois isso está intimamente ligado ao seu empoderamento”²³⁵. Isso é fundamental, considerando que “é direito do paciente participar efetivamente dos processos decisórios que envolvem seu corpo e sua saúde, para que possa deliberar livre e conscientemente”²³⁶.

Enquanto mulheres acreditam que estão sendo submetida a uma cirurgia com real indicação, os dados apontam que “gestante são convencidas pelos profissionais a realizar o procedimento cirúrgico contra a sua preferência ou primeira intenção”²³⁷, tudo isso pois a indicação da cirurgia enlaça a parturiente com uma relação de confiança com aquele profissional, maquiada pelo medo de um desfecho negativo e a própria assimetria informacional

²³³ CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS. **Ética em ginecologia e obstetrícia. Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia**. Brasília: CFM, 2021, p. 94.

²³⁴ CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. **Consentimento informado no exercício da medicina e tutela dos direitos existenciais: uma visão interdisciplinar**. Itaperuna: Gráfica e Editora Hoffmann, 2011, p. 46.

²³⁵ REIS, Thamiza Laureany da Rosa; HONNEF, Fernanda; PADOIN, Stela Maris de Mello, ALVES, Valdecyr Herdy; SOUZA, Ívis Emília de Oliveira. Promoção da autonomia feminina durante o processo parturitivo: intencionalidade das ações de profissionais de saúde. **Rev baiana enferm**. 2021;35:e42149, p. 07.

²³⁶ SILVA, Geicimara Kelen Custódio. Responsabilidade civil médica por violação à boa-fé objetiva. **Revista civilística.com**, v. 11, n. 3, p. 1-33, 26 dez. 2022, p. 01.

²³⁷ ALBANUS, Roxanne; CACHAPUZ, Maria Claudia Mercio. **A Autonomia da Mulher na Escolha do Parto**. Poster apresentado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Disponível em https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/177299/Poster_54982.pdf?sequence=2. Acesso em: 08/02/2024.

que deriva essa relação. Permitindo a conclusão de que a decisão da mulher sobre a melhor via de parto é fragilizada, seja pela má prestação serviço público, o que implica em altas taxa de partos cirúrgicos e ofensa a direitos fundamentais e a dignidade dessas gestantes, seja pela falta de informações repassadas ou efetivamente compreendidas pelas mulheres.

Falar em humanização no parto vai além da escolha ideal de uma via, ou um tipo de parto específico, debate-se violência institucional, qualidade do atendimento, excelência técnica com capacidade de acolhimento e resposta, cuidado com as condições de trabalho dos profissionais, ampliação da capacidade de comunicação entre usuários e serviços. São amplas e diversas as possíveis aproximações à questão²³⁸.

A racionalidade terapêutica invariavelmente ocupa seu espaço de ordenamento e fragmentação, muitas vezes polarizada no arquétipo patriarcal, despersonalizando, assim, as ações do cuidado. Esse tipo de relação favorece a despersonalização do ser humano, o que, por conseguinte, põe em risco a manutenção de sua dignidade²³⁹.

Segundo Ayres²⁴⁰, a humanização pode ser traduzida como um “ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde”, e que deve ser promovida através de relações equilibradas e simétricas, onde a mulher possa compreender o profissional, e o profissional se permita a compreender o paciente, valorando mutuamente as suas verdades e realidade, inclusive social. A humanização deve ser co-construída, a partir dessa interação dos dois polos da relação, que se enxergam como sujeitos em suas multiplicidades de feições e aspirações, afinal o interesse dessa reformulação da saúde é de ambos²⁴¹.

Fato é que existe uma crise no paradigma vigente na saúde, onde é formulada através do modelo saúde/doença, diverso da realidade do que deveria ocorrer no parto, afinal embora tratado dentro de uma instituição de saúde, o parto não é diagnóstico, nem gestação é sintoma patológico, sendo fundamental tratar sobre modelos complexos de promoção da saúde. Ocorre que a ideia de promoção da saúde ainda é analisada através de uma perspectiva ideologizada,

²³⁸ AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005. DOI: [10.1590/s1413-81232005000300013](https://doi.org/10.1590/s1413-81232005000300013). p. 550

²³⁹ BETTINELLI, L. A.; PORTELLA, M. R.; ERDMANN, A. L.; SANTINA, J. R. Dignidade humana: cuidado à saúde e humanização. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. de. (Orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013. p. 355

²⁴⁰ AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005. DOI: [10.1590/s1413-81232005000300013](https://doi.org/10.1590/s1413-81232005000300013). p.558

²⁴¹ *Ibidem*, p.559

onde o objetivo principal é a redução de patologias ou morbidade na população, fazendo crer que isso é promover saúde, em uma visão reducionista do que é saúde²⁴².

A análise preponderante do risco na saúde e no parto, implica no olhar voltado apenas para probabilidade de ocorrência de eventos patológicos em um sistema de causa-efeito, deixando de lado a realidade secular de que o parto é evento fisiológico e não patológico. O foco no risco implica na tradução epidemiológica como produtores de patologia. É fundamental que como campo complexo, a saúde seja analisada com uma noção de causalidade probabilística, através de novas práticas, que no passado, tinha o nome de epidemiologia clínica, e atualmente é o que se chama de “medicina baseada em evidência”.²⁴³

Os movimentos de humanização do parto é um resgate a essa ancestralidade, como política configurativa que fomenta a participação e a representatividade, rechaçando a visão patologizada de processos naturais e fisiológicos do corpo da mulher. A retomada do poder da mulher no cenário no parto e controle de seus corpos vem sendo galgado em passos lentos na sociedade nos últimos 20 anos no Brasil, ainda recente, mas vem com sede de libertação.

O modelo de parto foi modificado ao longo do tempo, e os movimentos de humanização do parto passou a questionar o uso inapropriado das tecnologias nos hospitais, assim como o abuso das cirurgias cesarianas eletivas. No dever do profissional da saúde as práticas e as atitudes devem objetivar a autonomia e o protagonismo das mulheres, evitando intervenções desnecessárias e a garantindo cuidados comprovadamente benéficos capazes de evitar e prevenir a morbimortalidade materna e fetal²⁴⁴.

A fragilização da figura feminina, e neste caso da parturiente e a manipulação das informações, atribui medo suficiente, assim como utiliza a publicidade e outras ferramentas publicitárias, com um punhado de atores, para retratar o padrão idealizado da mulher e das suas

²⁴² ALMEIDA FILHO, Naomar de. A saúde e o paradigma da complexidade. **Ciclo de Estudos sobre "O Método" de Edgar Morin**. São Leopoldo: Universidade Vale do Rio dos Santos. 2004. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/images/stories/cadernos/ihu/015cadernosihu.pdf>. Acesso em: 25 out. 2022. p. 5.

²⁴³ Ibidem, p. 5-6.

²⁴⁴ ABREU, Ana Luiza Nunes, et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, Rio de Janeiro, junho de 2019. Caderno de Saúde Pública. Disponível em <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/773/os-significados-e-sentidos-do-plano-de-parto-para-as-mulheres-que-participaram-da-exposicao-sentidos-do-nascer#C4>>. Acesso em fevereiro de 2022.

vias de parto, condicionando em uma “hipnose coletiva”²⁴⁵ objetivos particulares²⁴⁶ para servir o consumo. Antes de vender a cirurgia para as mulheres, como solução para os problemas, foi necessário criar os problemas, e as suas soluções.

Com isso, é possível notar que o parto passou a ser um evento comercial e acima de tudo patológico, permeado de medos, inseguranças e problemas, comprometendo o poder de decisão das mulheres e consecutivamente o livre exercício da autonomia. Na saúde o médico tem compromisso ético²⁴⁷ em informar ao paciente, todas as implicações que envolvem sua decisão, e deixar cristalina a situação em que ela se encontra, sob pena, de deixar às margens o exercício da autonomia privada²⁴⁸.

O paciente autônomo deve, pois, agir racionalmente, com base no diálogo, a partir da consideração pelo outro, sem, contudo, submeter-se cegamente as vontades do profissional de saúde. Destaca-se ainda, que a ação deve ser tomada de forma independente de qualquer uso de força, coação ou manipulação que intervenha na decisão da mulher, seja ela física ou psíquica²⁴⁹. No entanto, a completa desvinculação de fatores externos e internos é ideal a ser perseguido no âmbito da autonomia e do consentimento, pois várias das escolhas do sujeito, no sentido de submeter-se ou não a um dado procedimento, incorrerá em forte influência de questões sociais, psíquicas e até mesmo econômicas.

5.2. Plano de parto como possível meio de exercício da autonomia

Até aqui a dinâmica e a lógica do parto, as dificuldades enfrentadas para concretização de um cenário digno, perpassa por diversas questões, mas principalmente sobre a

²⁴⁵ MERLIN, Nora. Neoliberalismo: colonización de la subjetividad. In: MERLIN, N. **Colonización de la subjetividad medios masivos de comunicación en la época del biomercado**. Buenos Aires: Editora Letra, 2016. p.16.

²⁴⁶ SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização – do pensamento único à consciência universal**. 23. ed. Rio de Janeiro: Record, 2013. p. 39.

²⁴⁷ Código de ética médico – Capítulo IV – Direitos Humanos - É vedado ao médico: Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecer sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 5 de fevereiro de 2022.

²⁴⁸ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Recomendação nº 1/2016. 25/11/2015.

²⁴⁹ SILVA, M. E. D. O. S.; DAIBEM, A. M. L.; ANJOS, M. F. D. Contribuições da Bioética da formação do sujeito ético na universalidade. **ANAIS DO XI CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOÉTICA, III CONGRESSO DE BIOÉTICA CLÍNICA “BIOÉTICA E DESIGUALDADES”**. 16 a 18 de 2015. Bioética e Educação, Curitiba, 2016. Disponível em: https://www.sbbioetica.org.br/uploads/Publicacao/2020_10_19/BIOETICA_013-20201019105923.pdf. Acesso em: 5 nov. 2022. p.61.

“incapacidade” dos profissionais envolvidos e das instituições para lidar com a questão legal e os direitos do paciente, associada à falta de informação sobre os pormenores críticos acerca dos partos e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, o que demandaria um esforço conjunto dessas esferas para uma mudança no cenário atual, na busca não apenas por um parto estigmatizado como “humanizado”, mas pela busca de condições mínimas que guarneçam, para além do exercício da autonomia, mas assegurem condições dignas de promoção e proteção a saúde da mulher e do bebê.

Após a Segunda Guerra Mundial, houve uma ascensão das discussões acerca dos direitos humanos, e a exigência da construção de ações afirmativas que permitissem mais compreensão do ser humano, não como mero sujeito de direitos, mas como responsável pela sua vida e detentor de sua autonomia²⁵⁰. Na área da saúde, uma das ações foi a necessidade dos profissionais em esclarecer os procedimentos que a pessoa se sujeitaria²⁵¹.

A necessidade de informações confiáveis e claras, desde o pré-natal, constitui um direito fundamental para a conquista e garantia dos direitos da mulher grávida. O acesso à informação de qualidade, levando em consideração todas as vulnerabilidades já discutidas, estabelece um vínculo de apoio e confiança. Portanto, viabiliza o exercício da autonomia, que pode ser materializado por meio do plano individual de parto.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), há mais de 25 anos já recomenda a elaboração do plano de parto como mecanismo de busca por informações qualificadas, além de dar esteio para construção das expectativas e dos desejos com relação à maternidade e o exercício do protagonismo das mulheres. No guia prático da OMS, que aborda o cuidado ao parto normal, o plano de parto se enquadra como categoria A: práticas que são demonstradamente úteis e devem ser encorajadas e estimuladas²⁵².

O plano individual de parto é a formalização da vontade de uma relação jurídica, marcada pela exteriorização da vontade quando em condições que propiciem um verdadeiro exercício da autonomia. Cumpre salientar que o referido instrumento não tem como objetivo inutilizar o profissional da saúde no cenário de parto, nem tampouco engessar sua atuação, mas tão somente definir os limites desta atuação pautada no respeito aos preceitos e critérios de

²⁵⁰ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Recomendação nº 1/2016. 25/11/2015.

²⁵¹ Ibidem.

²⁵² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2000.

existência do negócio jurídico, considerando, inclusive, o cenário histórico que o parto vem sendo construído.

O documento é crucial para articular as preferências e desejos da mulher em relação ao seu pré-parto, parto e pós-parto. Ele serve como um meio de comunicação eficaz, apresentando de maneira clara e inequívoca as expectativas da mulher. Este plano orienta os profissionais de saúde envolvidos no processo, garantindo que as decisões tomadas estejam alinhadas com as vontades da mulher²⁵³. Assim, o plano de parto individualizado é uma ferramenta essencial para assegurar a autonomia da mulher e a personalização do cuidado durante todo o processo de parto.

No plano de parto a parturiente tem a possibilidade de decidir sobre o estabelecimento hospitalar de sua preferência, rotinas e procedimentos eletivos de assistência ao parto, utilização de métodos não farmacológico para alívio da dor, analgesia caso deseje, deambulação, dieta, som, pessoas envolvidas, dentre outros. Tudo isso de forma esclarecida e orientada, o que precede de avaliação técnica e identificação de riscos da gestação, junto ao sistema de saúde na assistência ao pré-natal, inclusive quando do atendimento preliminar ao trabalho de parto²⁵⁴.

O plano de parto surge como um mecanismo de solução para o quesito exteriorização de vontade livre e consciente, eliminando, ou reduzindo os questionamentos subjetivos acerca da validade ou não da manifestação de vontade, normalmente realizada de forma verbal, e dentro de um contexto desfavorável para tomada de decisões, seja pelas circunstâncias que envolvem o parto (dor, medo, cansaço, má prestação dos serviços) seja pelas questões sociais de poder e a inversão do enfoque dado para análise do melhor interesse.

Judith Butler, na sua obra, *A Vida Psíquica do Poder*, traz a sujeição como teoria que acredita invadir a psiquê do indivíduo, marcada por uma volta sobre si e até mesmo contra si²⁵⁵. A partir destas considerações, a vulnerabilidade massiva, não justifica qualquer tipo de abuso, sobretudo a partir de interferência externas, como o poder, inclusive da informação. Deste modo a vulnerabilidade, muitas vezes não reconhecida, como pode ser observado nos resultados da

²⁵³ ESTADO DE ALAGOAS. LEI Nº 8.130, de 7 de agosto de 2019. Altera a lei estadual nº 7.873, de 21 de março de 2017, e dá outras providências. Disponível em: https://sapl.al.al.br/media/sapl/public/normajuridica/2019/1639/lei_no_8.130_de_7_de_agosto_de_2019_1.pdf. Acesso em: 02 de fevereiro de 2024 (Artigo 4).

²⁵⁴ TRIGUEIRO, T. H: et. al. **O uso do plano de parto por gestantes no pré-natal**: uma revisão de escopo. REME-Revista Mineira de Enfermagem, [S. l.], v. 25, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remede/article/view/44492>. Acesso em: 22 set. 2023

²⁵⁵ BUTLER, J. **A vida psíquica do poder**: teorias da sujeição. Tradução de Rogério Bettoni. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

pesquisa na seção 4, é elemento que reforça a condição de sujeito, objeto do poder e de sua sujeição.

É necessário considerar a consciência da vontade, para compreender se a manifestação declarada pela mulher está em consonância com sua vontade real²⁵⁶. E neste sentido o plano de parto surge como eixo da relação clínica da parturiente e a equipe de saúde, onde ela deposita, quando em condições emocionais suficientes, fora da dor e das angústias, suas preferências durante o parto, podendo inclusive buscar informações acerca dos riscos e prejuízos de cada um dos procedimentos que podem vir a ser adotados.

É a instrumentalização do exercício da autonomia da mulher, parturiente, servindo como respaldo para a assistência que pretende receber, considerando, inclusive os aspectos interseccionais. A proposta leva a crer que o plano de parto sensibilizaria a equipe a atender e respeitar as necessidades e escolhas da gestante e sua família. As disposições de vontade constante devem ser respeitadas, salvo quando assim exigirem a segurança do parto ou a saúde da mãe ou do recém-nascido.²⁵⁷

Na prática o ato jurídico realizado sem respeito o elemento essencial da voluntariedade de forma consciente, é nulo, e não atende os critérios de existência para que produza seus efeitos. Ademais, diferente de terapias convencionais, consequência de uma patologia ou qualquer tipo de tratamento que impacte em risco a vida da parturiente e seu bebê, existe um elemento negocial, a abordagem diz respeito a procedimentos eletivos durante o parto, que permite as partes deliberar acerca dos seus efeitos.

Segundo revisão de escopo sobre o Plano individual de Parto²⁵⁸, é possível perceber diversos benefícios com a utilização do instrumento a exemplo da redução das taxas de cesariana, melhores resultados obstétricos, melhores resultados de Apgar e no pH do cordão umbilical, aumento do contato pele a pele e Clampeamento tardio do cordão umbilical, dentre outros. Além de contribuir com a comunicação e relacionamento com a equipe de assistência.

²⁵⁶MELLO, Marcos Bernardes de. **Súmula sobre os conceitos de atos jurídicos lato sensu**. Arquivo pessoal do autor. 2022

²⁵⁷ ESTADO DE ALAGOAS. LEI Nº 8.130, de 7 de agosto de 2019. Altera a lei estadual nº 7.873, de 21 de março de 2017, e dá outras providências. Disponível em: https://sapl.al.al.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2019/1639/lei_no_8.130_de_7_de_agosto_de_2019_1.pdf. Acesso em: 02 de fevereiro de 2024.

²⁵⁸ TRIGUEIRO, T. H: et. al. O uso do plano de parto por gestantes no pré-natal: uma revisão de escopo. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 25, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remede/article/view/44492>. Acesso em: 22 set. 2023

A relação estabelecida entre o profissional da saúde e o paciente ideal deve ser compreendida, pois, com um acordo de interesses, na qual uma pessoa com uma demanda busca, voluntariamente, um profissional que possa satisfazê-la, e este, por sua vez assume espontaneamente a demanda para saná-la²⁵⁹. Tal compreensão permite pensar em um plano terapêutico que, deve decorrer do respeito mútuo, onde a atuação seja concatenada com o saber técnico na área específica, validando sempre o saber e a autonomia do paciente, como agente ativo nesta relação.

Se considerar como verdade que o comportamento paternalista e assimétrico do profissional subestima o direito do paciente em exercer sua autonomia para tomar decisões, é igualmente irresponsável a atitude do médico que simplesmente transfere toda a carga de responsabilidade para o paciente tomar decisões, sem que ele esteja devidamente informado sobre os riscos e benefícios envolvidos nos procedimentos propostos pelo profissional.²⁶⁰

Parece que o respeito à autonomia, em alguns casos, admite, e até mesmo exige uma intervenção visando o tratamento adequado do paciente. Neste sentido, o controle poderia ser justificado quando tiver como fundamento a proteção dos indivíduos em situações extremamente gravosas, tais como risco de vida, quando estaria respaldada a interferência na sua liberdade de ação. Portanto, ao falar de autonomia da gestante na escolha da via de parto, ou em humanização na saúde, não significa tirar do profissional da saúde seu poder/dever de atuar em uma situação para salvaguardar a integridade física ou moral do paciente, promovendo e protegendo sua saúde, ao revés disso, é exatamente sobre isso o maior objeto da humanização.

O principal desafio do cuidar, notadamente na saúde, pode ser traduzido pelas seguintes questões apresentadas por Darlei Dall’Agnol (2013, p. 203): “Como, então, equacionar satisfatoriamente o cuidado e o respeito? (...) Como é possível cuidar de forma respeitosa? Como respeitar sem ser indiferente, sem deixar de cuidar?”. A partir desta perspectiva Ayres (2005, p. 558) menciona a importância de uma hermenêutica dos discursos científicos, afinal são eles que instruem as práticas da saúde, sendo capaz de identificar aspectos de intervenção e buscando as lacunas que reclamam novos conceitos ou conhecimentos para serem preenchidos, como princípio e atitude propiciadores da construção de novos discursos e novas formas de agir;

²⁵⁹ DRUMOND, José Geraldo Freitas. **Bioética clínica e direito médico**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2013. p.354.

²⁶⁰ SIQUEIRA, J. E. Médico e paciente: amigos ou estranhos morais? In: **Bioética, cuidado e humanização**, São Paulo, v. II, n. Edições Loyola: IBCC Centro de Estudo, 2013. p. 340-341.

Para que haja uma ação verdadeiramente autônoma é preciso que existam alternativas. A pessoa deve optar por aquilo que acredita ser o melhor para si a partir do esclarecimento acerca da situação, das possibilidades de escolha, das implicações, benefícios e possíveis consequências²⁶¹. Este é o verdadeiro objetivo do consentimento, o qual deveria ser obtido a partir do diálogo, o qual pressupõe o respeito recíproco entre as partes envolvidas.

Sobre este aspecto, inclusive, Trigueiro²⁶² menciona a partir da revisão, que melhor que a construção de um plano de parto durante a gestação e o pré-natal é a “construção de um vínculo de confiança e de comunicação aberto e respeitoso”, compreendendo que algumas colocações e a imposição de uma regra feita pela gestante pode gerar animosidade da equipe, implicando no descumprimento do plano de parto, e defende a importância da educação também para profissionais envolvidos.

Ocorre que essa premissa ignora questões sociais latentes, nas quais muitas vezes não existe um acompanhamento constante com uma única equipe. Além disso, nem sempre a equipe de assistência ao pré-natal no SUS é a mesma que assiste ao parto, tornando-se descabida a partir da consideração das vulnerabilidades. Assim como também, é importante evidenciar que tomar conclusões a partir da perspectiva de quem presta a assistência à saúde, é inverter os papéis de valoração, afinal os profissionais devem estar nos cuidados voltados para a saúde integral da parturiente, e atendimento do conforto que vai além da cura de doenças e de cuidados técnicos. Se considerar como aceitável a conclusão de não realizar o Plano de Parto objetivando evitar provocações à equipe, a partir da descrição e respeito as preferências da mulher, validamos a precária assistência e ainda culpamos a vítima.

Assim todo e qualquer procedimento que a paciente possa vir a ser submetida deve anteceder um consentimento livre e esclarecido, não sendo possível considerar uma manifestação desvincilhada de vícios se a pessoa que a declarou desconhece as implicações e as consequências da sua decisão. Assim como não é possível considerar uma manifestação livre e esclarecida quando as condições em que a parturiente tomou a decisão, foi submetida a um estado emocional de grande abalo, ou provocada pela dor, medo e circunstâncias em que precisou decidir.

²⁶¹ CALVETTI, P. U. Aspectos bioéticos na pesquisa em psicologia. **Bioética e psicologia: inter-relações**, Curitiba, 2017. p.87.

²⁶² TRIGUEIRO, T. H: et. al. O uso do plano de parto por gestantes no pré-natal: uma revisão de escopo. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 25, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remem/article/view/44492>. Acesso em: 22 set. 2023

Sendo assim é possível defender que, as liberdades individuais dos envolvidos, sobretudo da parturiente, deve migrar de mera paciente (de passiva) e integrar uma relação jurídica equilibrada, onde conjuntamente com o profissional que lhes dará assistência, possa definir, considerando a limitação técnica da gestante, os melhores caminhos e procedimentos a serem adotados naquela situação. É válido esclarecer que a presente pesquisa não tem como escopo pensar nas consequências jurídicas do desrespeito da autonomia, ou na ofensa a direitos, mas de forma objetiva, estudar a autonomia na escolha da vida de parto, e buscar mecanismos para seu exercício.

Aceitar o senso comum acerca das informações que permeia o parto e o universo feminino é se distanciar da autonomia e permitir a apropriação dos processos naturais da parturição e do corpo da mulher. Defender a re-humanização e a reforma da assistência prestada à saúde da mulher é permitir-se apropriar do lugar onde vivemos, as preferências, considerando inclusive as vulnerabilidades existentes, reconhecendo os abusos de poder, excessos e mudando o paradigma de observação e ação, provocando inquietações e questionamento acerca das informações recebidas.

5.3. Necessária intervenção para correção de vulnerabilidade no âmbito do gestar e parir

A partir dos marcos teóricos abordados ao longo do texto, o presente trabalho defende, na perspectiva da Bioética da Intervenção, associada aos marcos de autonomia e direitos fundamentais, uma abordagem de atuação do Estado frente às vulnerabilidades no âmbito do parto, com o intuito de efetivas as garantias das mulheres, notadamente no que se relaciona à via de parto, objeto do presente trabalho.

A partir do referido marco, são propostas “ações de forma a almejar a diminuição das iniquidades sociais por meio de práticas intervencionistas duras”²⁶³, destacando o papel do Estado na efetivação de direitos e correção de desigualdades em um cenário no qual se luta por condições básicas. No âmbito da saúde, por exemplo, fica muito claro que a legislação, por si, não basta.

Apesar das iniciativas no campo das normas e resoluções, percebe-se a ausência de políticas públicas que assegurem o exercício de direitos sexuais e reprodutivos, bem como que estejam alinhadas com o cumprimento da premissa de parto humanizado, notadamente em lugares nos quais faltam recursos mínimos para que se assegure um parto seguro e que cumpra os requisitos em

²⁶³ CRUZ, Márcio; TRINDADE, Etelvino. Bioética de Intervenção” “uma proposta epistemológica e uma necessidade para sociedades com grupos sociais vulneráveis. *Revista Brasileira de Bioética*, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 483–500, 2006, p. 483. DOI: 10.26512/rbb.v2i4.8175. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/8175>. Acesso em: 24 set. 2023.

protocolos clínicos atuais. A autonomia da via de parto, por exemplo, perpassa, necessariamente, estrutura física, recursos e instrumentos cirúrgicos, fármacos, equipe médica disponível e uma série de outras questões escassas e até inexistentes em alguns dos municípios brasileiros.

De acordo com Souza²⁶⁴, as políticas públicas passam por um processo que incluem três etapas: definição dos temas prioritários a serem enfrentados pelos governos; formulação e, por fim, a implementação, que depende fortemente da ação de burocratas e dos instrumentos de ação estatal, inclusive fiscalização, penalização e outras formas de pressionar a efetivação das condutas. No âmbito do parto existem iniciativas, legais e políticas para a melhoria do serviço, mas não conseguem alcançar, de fato os resultados pretendidos.

A sociedade civil desempenha um papel crucial na garantia da autonomia da escolha de via de parto no Sistema Único de Saúde (SUS), através de ações que podem promover a educação e a conscientização sobre as diferentes vias de parto disponíveis no SUS. Isso pode ser realizado através da organização de palestras e workshops informativos, que podem contar com a participação de profissionais de saúde e de mulheres que já passaram por diferentes tipos de parto. Essas iniciativas têm o potencial de desmistificar preconceitos e medos associados a diferentes vias de parto, promovendo uma visão mais equilibrada e informada.

Além disso, promover uma advocacia por políticas públicas que garantam a autonomia da mulher na escolha da via de parto, o que inclui a pressão por legislação específica que garantam o direito de escolha e a implementação de protocolos clínicos baseados em evidências científicas. Por fim, pode-se contribuir com a criação de redes de apoio para mulheres grávidas, através de grupos de gestantes, associações e entidades não governamentais. Estas redes podem oferecer suporte emocional, compartilhamento de experiências e informações práticas sobre as opções de parto disponíveis no SUS.

No entanto, é importante ressaltar que a responsabilidade pela educação e conscientização não deve recair apenas sobre a sociedade civil. O Estado deve desempenhar um papel ativo na promoção da educação e conscientização sobre as diferentes vias de parto. É necessário um esforço conjunto de todos os atores envolvidos para garantir que todas as mulheres tenham o direito de escolher a via de parto que considerem mais adequada para si, como coloraria do exercício da dignidade.

²⁶⁴ SOUZA, Celina. “Estado do campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbcsoc/v18n51/15983.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2023.

A título exemplificativo, importa apresentar a Rede Cegonha²⁶⁵, promovida pelo Governo Federal através do Ministério da Saúde, em 2011, que implementa um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizada para todas as mulheres, como reflexo da necessidade de promover um parto com mais qualidade, onde a mulher possa ser protagonista. Atualmente uma série de estados e municípios já possuem iniciativas em atenção ao que foi estabelecido enquanto política nacional e os resultados são positivos.

Desde o lançamento a Rede Cegonha representa avanços significativos no acesso aos serviços de saúde e na redução da taxa de mortalidade infantil, apesar das críticas que podem ser traçadas como incongruência com a humanização como um todo, é possível acreditar na promoção e efetiva melhoria de indicadores em saúde, até os dias atuais.

Nesse sentido, existem vários pontos de melhoria do programa, tais como: investimentos limitado; segundo: a lógica de pagamento por procedimento é predominante, o que estimula a produção de números e não da qualidade da atenção à saúde; terceiro: dificuldade de descentralização do repasse dos recursos financeiros, devido à complexidade dos processos de transferência para estados, municípios, universidades, entidades filantrópicas e outros e por fim, morosidade de execução de obras para a implantação de hospitais mais modernos e capacitados²⁶⁶.

Para além das ferramentas já disponíveis, é preciso que sejam formulados instrumentos de controle e concretude, sobre pena de termos uma “humanização simbólica”, na linha da constitucionalização simbólica que é bastante explorada (no plano teórico) no Brasil. Assim, intervir exige instrumentos, inclusive, para além do parto, atuando nas desigualdades múltiplas nacionais, que colocam em pauta cotidianamente debates que atravessam a pobreza, inclusive informacional.

A ausência de informação para a utilização de instrumentos e luta pela garantia de direitos é um dos pontos que distanciam o modelo de “parto ideal” (amparado em autonomia, humanização e evidências) do que tem sido promovido de forma majoritária no cenário

²⁶⁵ Para mais informações acesse: <https://aps.saude.gov.br/smp/smprasredecegonha>, bem como as Portarias nº 1.459 de 24/06/2011 e nº 650 de 05/10/2011.

²⁶⁶ GIOVANNI, Miriam di. **Rede Cegonha**: da concepção à implantação. Curso de Especialização em Gestão Pública da Escola Nacional de Administração Pública – ENAP. Brasília, 2013. P. 86. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/jspui/bitstream/1/410/1/Miriam%20-%20V.%20Definitiva.pdf>

nacional. Nessa linha merecem destaque as palavras de Dora Porto²⁶⁷, que entende que o fomento a uma sociedade ideal na promoção de um bem-estar coletivo se aproxima de uma utopia, um plano irrealizável pela Bioética da Intervenção, por não ser possível dar conta da multiplicidade de valores envolvidos.

No entanto, para Dora Porto e para esta autora, não se pode associar utópico e inalcançável, o que faz com que a luta seja constante na concretização de direitos e efetivação de condições para o seu exercício. Que a intervenção seja prática constante na atuação do estado e que a proteção das vulnerabilidades seja a tônica das garantias em saúde.

A escolha da via do parto é, pois, um pequeno passo diante da prestação da devida assistência ao longo do ciclo gravídico-puerperal, e é atravessada por tantas camadas que parece revelar um longo caminho que a livre escolha seja realidade, no entanto, isso não é motivo para que não sejam pensadas estratégias atuais que envolvem questões legais, de capacitação, de informação e de “desopressão” das vulnerabilidades que se revelam nos exercícios de direitos existenciais, sobretudo das mulheres.

Isto porque, na medida em que a justiça se aproxima da equidade de acesso aos mesmos objetos, a política pública passa a ter o desafio de uniformizar a realidade material e formal dos cidadãos a partir de medidas efetivas para alcançarem o seu objetivo de assegurar a justiça²⁶⁸. Assim, a distribuição da justiça, nos termos da bioética Principlista, não está associada apenas a repartição de mecanismos e instrumentos para a realização de um parto seguro em conformidade com as diretrizes.

É também, e principalmente, sobre a possibilidade de exercício dos direitos sexuais e reprodutivos femininos através de informação, acesso às redes de apoio, aos programas de redução de desigualdades e formas de alcançar o resultado esperado na concretização dos desejos e interesses das mulheres, em um exercício, obviamente de ponderação e consideração pelos interesses do feto em hipóteses de sofrimento fetal.

²⁶⁷ PORTO, Dora. Bioética de intervenção: retrospectiva de uma utopia, p. 111. In: **Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois/**Coordenação de Dora Porto, Volnei Garrafa, Gerson Zafalon Martins e Swenderberger do Nascimento Barbosa. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/ SBB; 2012.

²⁶⁸ ZANCANARO, Lourenço. Bioética, Direitos Humanos e Vulnerabilidade. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma (Orgs.) **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007, p. 55

Nesse sentido as lições de Andreas J. Krell²⁶⁹ asseguram que os fins constitucionais a serem perseguidos pelo Estado, devem nortear os investimentos dos recursos públicos, para que sejam garantidos direitos fundamentais, através de políticas públicas eficientes, sem que para isso deixe aos indivíduos escassez do mínimo necessário, sendo forçoso impor a gestante sobreviver nesse cenário de descuidos na saúde.

6. CONCLUSÃO

A história do parto e da parturição no Brasil, é marcada pela institucionalização dos eventos naturais e biológicos, quando as mulheres necessitaram sair das suas tribos e de suas casas para servirem como objetos de aprendizado nos hospitais escolas, a partir da chegada da corte portuguesa ao Brasil. A condução do parto para erradicação da dor e do sofrimento, que muitas vezes estava atrelada a própria precariedade da assistência, se sobressaiu ao interesse da mãe e do bebê. Com isso o protagonismo feminino foi perdendo força e dando espaço para um parto patológico e medicalizado, cheio de intervenções.

Considerando que saúde contempla o rol de direitos fundamentais do ser humano, temos que a assistência prestada a mulheres dentro do cenário de parto deve ser respeitosa, resguardando não apenas a saúde materno-infantil, mas também a sua dignidade enquanto princípio constitucional norteador. O conceito de autonomia vem à tona a partir do movimento iluminista, com o filósofo Kant, como sendo a qualidade de uma vontade livre. Barroso fala da autonomia como elemento ético da dignidade humana, e, portanto, pensar na autonomia da mulher na escolha da via de parto é discutir dignidade humana e direitos sociais, assim como qualidade da assistência prestada junto aos Serviços Único de Saúde e o compromisso da equipe que presta essa assistência, e, assim, fundamental avaliar critérios de exercício da autonomia a partir da bioética.

Para bioética, a partir da corrente Principlista, as relações devem ser norteadas a partir de quatro princípios: beneficência que visa maximizar a excelência nas ações; não maleficência, como consequência do anterior, assegura que além de maximizar a excelência das ações, é importante que ações reduzam danos e prejuízo; justiça vista de maneira distributiva e; autonomia como requisito moral de aplicação, onde o indivíduo deve ter a liberdade de decidir

²⁶⁹ KRELL, Andreas. Para além do fornecimento de medicamentos para indivíduos. O exercício da cidadania jurídica como resposta à falta de efetivação dos direitos sociais. In: FEITOSA, Enoqueet al (orgs.). **O Judiciário e o discurso dos direitos humanos**, vol. 2. Recife: UFPE, 2012, pp. 135-179.

sobre o seu próprio corpo, este último sustentando-se em quatro pilares: informação, competência, entendimento e consentimento.

Assim é possível pensar em um critério de exercício da autonomia, a partir da bioética, Latino Americana, onde não basta a mulher verbalizar acerca de determinada via de parto para que esta decisão seja considerada autônoma, ela precisa ter condições e capacidade de autodeterminação, e, portanto, considera a condição e a capacidade da gestante em consentir e compreender as informações a ela passadas, a partir de suas vulnerabilidades. Para Barroso, muito próximo do que está categorizado na bioética, existem três critérios: a razão, em sendo a capacidade que o ser tem em compreender e tomar decisões informadas; a independência, compreendida como a liberdade do ser em tomar decisões livre de coerção, manipulação e/ou privações essenciais; e a escolha, que é a existência real de alternativas, para que a pessoa possa decidir. Conceitos que se entrelaçam e se comunicam para resolução acadêmica da problemática.

Ocorre que, além de traçar requisitos que guarneçam o exercício da autonomia, é importante pensar nos requisitos a partir das vulnerabilidades sociais, sejam de cunho informacional, socioeconômico ou social, que atravessam as usuárias do SUS, as quais são objeto deste estudo, e para isso a bioética latino-americana e feminista, direcionam para necessidade de uma intervenção estatal que possa promover condições ideais para o exercício de direitos sexuais e reprodutivos, garantindo uma boa assistência à saúde e, portanto, a autonomia, considerando inclusive o contexto do parto no Brasil, marcado pela violência obstétrica e institucional.

Um olhar voltado para realidade no estado de Alagoas, de mulheres que tiveram assistência em maternidades e instituições públicas, foram captadas 85 respostas, das quais 68 se enquadravam nos critérios de inclusão desta pesquisa. Foi identificado que 66% das mulheres participantes consideram que tiveram liberdade para escolher sua via de parto, porém, analisando os critérios de autonomia aqui elencados, foi identificado que apenas cerca de 7% das entrevistadas, um total de cinco mulheres, foram capazes de efetivamente exercer a autonomia, seja por que foram encaminhada a partos emergências, seja por condições de saúde, ou seja, em sua maioria, porque decidiram a partir do medo e de falta de condições mínimas que guarnecessem a sua escolha.

Foi adotado para definir como autônoma nesta pesquisa, aquela decisão em que a mulher inicialmente não tenha sido submetida a um parto sem indicações reais e necessárias, a partir

do ponto de vista clínico e da saúde para determinada via, se a decisão não era marcada pelo medo do parto durante a gestação ou de outra via, sendo o medo um marcador que pode manipular a verdadeira intenção daquela parturiente, que elege determinada via, exclusivamente para excluir outra, pela coação que as características impõe, o que perpassa em como a qualidade de assistência à saúde pública é prestada; e por fim, a quantidade de informação ou diferenças que a gestante era capaz de mencionar acerca das vias de parto que estavam sendo submetidas.

Embora, sejam critérios práticos limitados, pois o exercício a autonomia e o acesso à informação de qualidade, vai além das diferenças da via de parto, suas implicações e riscos, mas contempla o conhecimento acerca de todo parto, mecanismos de alívio de dor a clareza e segurança acerca dos procedimentos que estão sendo submetidas, carecendo de aprofundamento acerca de questões mais profundas e interdisciplinares que provocam o verdadeiro exercício da autonomia.

Ademais foi identificado nesta pesquisa, que o plano de parto se mostra um instrumento importante na construção do protagonismo feminino e base de informação para mulheres, colocando-o como uma ferramenta expressa, prevista na legislação estadual, e nos documentos de recomendação mundial de assistência ao parto da OMS, como garantia de condições dignas e favoráveis para tomada de decisão.

O cenário do parto junto ao SUS no Brasil, se mostra caminhando em pequenos passos, ainda marcado por grandes números de partos cirúrgicos, sem evidências que possam dar respaldo ou quando normal, partos violentos, sujeitando as parturientes a uma via *crisis* na hora de tomar uma decisão sobre sua via mais ou menos, dispendiosa. Humanizar o parto significa dar a ele um corpo humano que se volte para as necessidades das pessoas envolvidas, principalmente da mulher e de seu bebê, se debruçando verdadeiramente em atendê-las.

Para isso, é fundamental a intervenção do Estado para correção de vulnerabilidades massivas a partir práticas intervencionistas mais enérgicas com instrumentos de controle e, sobretudo, de concretude no âmbito do gestar e parir. Visando romper ou ao menos minimizar com a cultura do medo do parto e a precariedade na assistência prestada, garantindo informações de qualidade e mecanismos que guarneçam a dignidade das mulheres no exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Trazer à baila a consciência do contexto vivenciado pelas mulheres, desnaturalizando as privações essenciais e a precarização existente, bem como possibilitar a escolha a partir da

realidade e não do medo, pode possibilitar o verdadeiro exercício do direito de exercício da autonomia.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABREU, Ana Luiza Nunes, et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, junho de 2019. **Caderno de Saúde Pública**. Disponível em <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/773/os-significados-e-sentidos-do-plano-de-parto-para-as-mulheres-que-participaram-da-exposicao-sentidos-do-nascer#C4>>. Acesso em fevereiro de 2022.

AÇÃO CIVIL PÚBLICA. **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL - nº 5021263-50.2019.4.03.6100**. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/wp-content/uploads/2021/05/SENTENCA-5021263-50.2019.4.03.6100-MINISTERIO-PUBLICO-FEDERAL-X-CONSELHO-FEDERAL-DE-MEDICINA-RESOLUCAO-CFM-No-2232.2009-1.pdf>

AGUIAR, Thais Florencio de. **Autonomia como fundamento da democratização da democracia**: algumas ferramentas teóricas do spinozismo. Gavagai, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 15-40, jan.-jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.36661/2358-0666.2017n1.8989>. p. 17

AHMADPOUR P, et. al.. Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2022 Nov 22;22(1):862. doi: 10.1186/s12884-022-05199-5. PMID: 36419027; PMCID: PMC9682672.

ALBANUS, Roxanne; CACHAPUZ, Maria Claudia Mercio. **A Autonomia da Mulher na Escolha do Parto**. Poster apresentado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Disponível em https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/177299/Poster_54982.pdf?sequence=2. Acesso em: 08/02/2024.

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. 5. ed. São Paulo: Malheiros editores, 1986.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A saúde e o paradigma da complexidade**. Ciclo de Estudos sobre "O Método" de Edgar Morin. São Leopoldo: Universidade Vale do Rio dos Santos. 2004. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/images/stories/cadernos/ihu/015cadernosihu.pdf>. Acesso em: 25 out. 2022.

ALMEIDA, Marcos de. Comentário sobre os princípios fundamentais da bioética – perspectiva médica. In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Orgs.). **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 1996.

AMERICAN RETORIC. Franklin Delano Roosevelt. **The Four Freedoms**. Disponível em: <https://www.americanrhetoric.com/speeches/fdrthefourfreedoms.htm>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2024.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Hermenêutica e humanização das práticas de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, p. 549-560, 2005.

AZEVEDO, Antonio Junqueira de. **Caracterização jurídica da dignidade da pessoa humana**. RT, São Paulo, vol. 797, p. 11-26, mar. 2002.

BARCELLOS, A. P.; SOUZA, F.; MELLO, H. L.; FLORENTINO, J.; SOUZA, S.; BIANCO, T. Direito à saúde e prioridades: introdução a um debate inevitável. **Revista de Direito GV**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 457-483, maio-ago 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6172201718>.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana**. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

BARROSO, Luís Roberto. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação**. Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010.

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial**. Tradução de Humberto Laport de Mello. 6. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2021.

BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. **Principles of biomedical ethics**. 7ª ed. New York: Oxford University Press; 2013.

BEAUVOIR, Simone. **O Segundo sexo: a experiência vivida**. ed. 5. Tradução Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2019.

BELLINO, Francesco. **Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais**. Bauru: EDUSC, 1997.

BELLO, E.; BERCOVICI, G.; LIMA, M. M. B. O fim das ilusões constitucionais de 1988? **Direito e Praxis**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1769-1811, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2018/37470>. Acesso em: 05 nov. 2022.

BELTRÃO, Silvio Romero. O consentimento informado e sua dinâmica na relação médico-paciente: natureza jurídica, estrutura e crise. **Caderno do Programa de Pós-graduação em Direito**. UFRGS. Vol. 09. N. 02. 2014.

BERLINGUER, Giovanni. **Bioética cotidiana**. Trad. Lavinia Bozzo Agilar Porciuncula. Brasília, UNB, 2004.

BETTINELLI, L. A.; PORTELLA, M. R.; ERDMANN, A. L.; SANTINA, J. R. Dignidade humana: cuidado à saúde e humanização. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. de. (Orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Trad. de Maria Helena Küh-ner. 18. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 mai. 2021.

BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nval.def>. Acesso em: 17 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

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

BRASIL. **Relatório da VII Conferência Nacional em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. Cafajeste. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, pág. 135-149, junho de 1991. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 mai. 2021

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Angela; OSIS, Maria José Duarte. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1316-1327, 2005.

BUTLER, Judith. **A visa psíquica do poder: teorias da sujeição**. Tradução de Rogério Bettoni. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat. **Consentimento informado no exercício da medicina e tutela dos direitos existenciais: uma visão interdisciplinar**. Itaperuna: Gráfica e Editora Hoffmann, 2011.

CALVETTI, P. U. Aspectos bioéticos na pesquisa em psicologia. In: **Bioética e psicologia: inter-relações**, Curitiba, 2017.

CAMPOS, Carlos Alexandre de Azevedo Campos. O estado de coisas inconstitucional e o litígio estrutural. **Consultor Jurídico**, setembro 2015. Disponível em <https://www.conjur.com.br/2015-set-01/carlos-campos-estado-coisas-inconstitucional-litigio-estrutural>. Acesso em 28 de julho de 2022

CHAUI, Marilena. **Convite à Filosofia**. Ed. Ática, São Paulo, 2000.

CHAUVET, E.; DE PAULA, E. **O renascimento do parto**. Brasília: Master Brasil e Ritmo Filmes, 2013.

CIELLO, C.; CARVALHO, C.; KONDO, C.; DELAGE, D.; NIY, D.; WERNER, L.; SANTOS, S. K. (colab.). **Violência obstétrica. “Parirás com dor”**. Dossiê. 2012. Disponível em: https://www.partodoprincipio.com.br/_files/ugd/2a51ae_6f70af0dbb714e0894a5f84d96318a3f.pdf. Acesso em: 2 dez. 2022.

COMPARATO, Fábio Konder. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. São Paulo. Saraiva, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: **resolução CFM nº 1.931**, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 5 de fevereiro de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.232/2019** de 17 de julho de 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232> acesso em 15 mai. 2021

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. **Recomendação nº 1/2016**. 25/11/2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 293/2019**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/RJ/2019/293_2019.pdf. Acesso em 20 de setembro de 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.232/2019**, 17 julho 2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/2915/resolucao-cfm-n-2.232>. Acesso em: 5 de fevereiro de 2022

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS. **Ética em ginecologia e obstetrícia**. Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia. Brasília: CFM, 2021.

CORREIA, Francisco de Assis. Alguns desafios atuais da bioética In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Orgs.). **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 1996.

COSTA, Ana Alice Alcantara; SARDENBERG, Cecilia Maria. O feminismo no Brasil: uma (breve) retrospectiva. In: COSTA, Ana Alice Alcantara; SARDENBERG, Cecilia Maria (orgs.). **O feminismo no Brasil**: reflexões teóricas e perspectivas. Salvador: UFBA / Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher, 2008.

COSTA, Jessica Hind Ribeiro. **A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia do dependente químico**. Salvador, 2015. 203 p. Dissertação de Mestrado em Direito das Relações Sociais e Novos Direitos. Faculdade de Direito. Universidade Federal da Bahia.

COSTA, Judith Martins. Capacidade para consentir e esterilização de mulheres tornadas incapazes pelo uso de drogas: notas para uma aproximação entre a técnica jurídica e a reflexão bioética. In: MOLLER, Letícia Ludwig; COSTA, Judith Martins (Orgs.) **Bioética e Responsabilidade**. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

CRUZ, Márcio; TRINDADE, Etelvino. Bioética de Intervenção” “uma proposta epistemológica e uma necessidade para sociedades com grupos sociais vulneráveis. **Revista**

Brasileira de Bioética, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 483–500, 2006, p. 483. DOI: 10.26512/rbb.v2i4.8175. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/8175>. Acesso em: 24 set. 2023.

CUNNINGHAM, F. G.; LEVENO, K. J. ; BLOOM, S. L. Williams. **Obstetrics**. 23 ed. New York: McGraw-Hill, 2010.

DALL'AGNOL, Darlei. Cuidar e respeitar: atitudes fundamentais na bioética. **Bioética, cuidado e humanização**, São Paulo, v. II, n. Edições Loyola: IBCC Centro de Estudo, 2013.

DEWES, João Osvaldo. **Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling uma descrição dos métodos**. 2013. 53 páginas. Monografia do Instituto de Matemática e Departamento de Estatística da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/93246/000915046.pdf?sequen>. Acesso em: 10/02/2023

DIAS, Marcos Augusto bastos. **Humanização da assistência ao parto: conceitos, logicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública**. Tese de doutorado. FIOCRUZ. Pós-graduação em saúde da mulher. Brasília. Fevereiro, 2006. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/3424/000057.pdf;jsessionid=0A4847B17C0122FAD5F761ABA1C89A8A?sequence=2> . acesso em 10 de setembro de 2023.

DIAS. Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Revista Ciência & saúde Coletiva**. Rio de Janeiro/RJ. Opnião, 2005.

DINIZ, Débora, GUILHEM, Dirce. Bioética Feminista: o Resgate Político do Conceito de Vulnerabilidade. **Rev. bioét.**(Impr.). [Internet]. 4º de novembro de 2009 [Acesso em: 18 de setembro de 2023]. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/310

DINIZ, Débora; GUILHERM, Dirce. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense. 2012. Coleção primeiros passos: 315. 7ª reimpr. Da 1ª ed. De 2002. ISBN 978-85-11-00074-0.

DRUMOND, José Geraldo Freitas. **Bioética clínica e direito médico**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2013.

DURAND, Guy. **Introdução geral à Bioética: história, conceitos e instrumentos**. 4 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2012.

DUSSEL, Enrique. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas In **Eurocentrismo; Ideologias; Cultura; Modernidad; Ciencias Sociales; História; Colonialismo; Europa**. Buenos Aires: CLACSO, 2005.

ENGELS, Friedrich. **Origem da família, da propriedade privada e do estado** [recurso eletrônico]. BestBolso. Trad. Leandro Konder. Rio de janeiro, 2017.

ESTADO DE ALAGOAS. **LEI Nº 8.130**, de 7 de agosto de 2019. Altera a lei estadual nº 7.873, de 21 de março de 2017, e dá outras providências. Disponível m: https://sapl.al.al.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2019/1639/lei_no_8.130_de_7_de_agosto_de_2019__1.pdf . Acesso em: 02 de fevereiro de 2024.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. Rio de Janeiro: Editora Elefante, 2017.

FERREIRA, Aurelio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2ª. Edição. Nova Fronteira. Rio de Janeiro. 1986.

FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. **Para fundamentar a bioética**. Teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

FIGUEIREDO, M. F.; SARLET, I. W. **O direito fundamenta à proteção e promoção da saúde do Brasil**: principais aspectos e problemas. 2. ed. Salvador: JusPodivm, 2014.

FILHO, Sérgio Cavalieri. A Responsabilidade Médica e o Dever de Informar. **Revista da EMERJ**, v. 7, nº 28, 2004, p. 84. Disponível em: http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista28/revista28_81.pdf Acesso em: 14/01/2024.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

GARGARELLA, R. **As teorias da justiça depois de Rawls**: um breve manual de filosofia política. Tradução de Alonso Reis Freire. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2020.

GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista Bioética, Brasília**, v. 13, n. 1, p. 125-134, abr. 2005.

GEIGER, Hans. **The causes of dehumanization in health care and prospects for humanization**. In: **Humanizing Health Care** (Howard, J. & Strauss. A. org.) p 11-36, New York: John Wiley & Sons, Inc. 1975.

GIOVANNI, Miriam di. **Rede Cegonha**: da concepção à implantação. Curso de Especialização em Gestão Pública da Escola Nacional de Administração Pública – ENAP. Brasília, 2013. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/jspui/bitstream/1/410/1/Miriam%20-%20V.%20Definitiva.pdf>

HAESER, L. D. M.; BÜCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção a saúde. **Physis Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 605-620, 2012.

HAYEK, Friedrich August von. **O caminho da servidão**. Tradução de Anna Maria Capovilla; José Ítalo Stelle e Liane de Moraes Ribeiro. 6. ed. São Paulo: Instituto Ludwig von Mises Brasil, 2010.

KANT, Immanuel. **A metafísica dos costumes**. Tradução de José Lamego. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

KIPPER, Délio José; OSELKA, Gabriel Wolf; AYER, Reinaldo. Bioética clínica. In: ANJOS, Márcio Fabri dos; SIQUEIRA, José Eduardo de (Orgs.). **Bioética no Brasil**: tendências e perspectivas. São Paulo: Idéias e Letras; Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.

KRELL, A. J. Realização dos direitos fundamentais sociais mediante controle judicial da prestação dos serviços públicos básicos (uma visão comparativa). **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 36, n. 144, p. 239-260, out.-dez. 1999. Disponível em

<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/545/r144-17.PDF?sequence=4>. Acesso em 28 de julho de 2022. p.246

KRELL, Andreas. Para além do fornecimento de medicamentos para indivíduos. O exercício da cidadania jurídica como resposta à falta de efetivação dos direitos sociais. In: FEITOSA, Enoqueet al (orgs.). **O Judiciário e o discurso dos direitos humanos**, vol. 2. Recife: UFPE, 2012, pp. 135-179.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Birth in Brazil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014. [citado 12 maio 2015]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 14 mai.2021.

MAGALHAES, Manuela Mesquita de; MELO, Carolina Pedrosa Gomes de; MENEZES FILHO, Naercio; KOMATSU, Bruno Kawaoka. **Os determinantes da realização de cesárias no Brasil**. Insper Centro de Políticas Públicas. Policy Paper, nº41. julho,2019. Disponível em: <https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2019/08/Policy-Paper-41-Ces%C3%A1reas.pdf>. Acesso em 20 de agosto de 2023.

MARTIGNAGO, Mariana Lenhani. **Bioética feminista no Brasil**: origem, trajetória e perspectivas. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2021.

MEDEIROS, Camila. **Meu corpo, regras do Estado**. UICLAP. Brasil, 2021.

MELLO, Marcos Bernardes de. **Súmula sobre os conceitos de atos jurídicos lato sensu**. Arquivo pessoal do autor. 2022

MENIN, D. **A Historicidade dos Direitos Humanos e os Pensamentos de Bobbio e Arendt na construção do direito ao trabalho e ao lazer**. Licerce, Belo Horizonte, v. 21, n. 4, dez. 2018.

MERLIN, Nora. Neoliberalismo: colonización de la subjetividad. In: MERLIN, N. **Colonización de la subjetividad medios masivos de comunicación en la época del biomercado**. Buenos Aires: Editora Letra, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, Aborto e Puerpério**: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília. 2001.

NEVES, Maria do Céu Patrão. Bioética e bioéticas. In: NEVES, Maria do Céu Patrão; LIMA, Manuela (Orgs.) **Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades**. Coimbra/São Paulo: Editora Gráfica de Coimbra/Centro Universitário São Camilo, 2005.

NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter. **Bioética Simples**. Lisboa: Verbo, 2008.

OLIVEIRA, Larissa Lages Ferrer de. **Caracterização do cuidado obstétrico em hospitais de ensino de alto risco**: um estudo de coorte retrospectivo. 2019. 70 f. Dissertação (Mestrado

em Enfermagem) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019.

OLIVEIRA, Marcos de Jesus.; OSMAN, Elzahra Mohamed Radwan Omar. Pluralismo bioético: contribuições latino-americanas para uma bioética em perspectiva decolonial. **Revista Bioética**, v. 25, n. 1, p. 52–60, jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher**, Pequim, 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf. Acesso em: 12 jan 2024

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constitution of the world health organization**. Basic Documents. Genebra, OMS, 1946. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf> . Acesso em 19 de setembro de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**, p. 1-8, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=E73CB2B428393904DE7EFBC9031B04B0?sequence=3. Acesso em: 15 mai. 2021

PÁDUA, Karla Simônia de et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 70-79, 2010.

PARENTE, RCM; et al.. **A história do nascimento** (parte 1): cesariana. Femina. Setembro, 2010. vol. 38. nº 9. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a481-486.pdf> . Acesso em novembro/2022.

PEREIRA, P. A. **Necessidades humanas**: subsídio à crítica dos mínimos sociais. 6. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

PERROT, Michelle. Escrever a história das Mulheres. In: **Minha História das Mulheres**. Tradução de Ângela M.S. Côrrea. São Paulo: Contexto, 2019.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais da bioética**. 10. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2012.

PIÑEIRO, Walter Esteves. O Princípio Bioético da Autonomia, sua Repercussão e Limites Jurídicos. **Cadernos Adenauer**. n .1, ano III. Bioética. Rio de Janeiro, 2002.

PORTELLA, A.P. **Como morre uma mulher?** Tese de doutorado. Recife: Doutorado em sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, 2014.

PORTO, Dora. Bioética de intervenção: retrospectiva de uma utopia. In: PORTO, Doraw; GARRAFA, Volnei; MARTINS, Gerson Zafalon; BARBOSA, Swenderberger Nascimento. **Bioéticas, poderes e injustiças**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2012.

POSSATI, A. B. et al.. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Escola Anna Nery*, v. 21, n. 4, p. e20160366, 2017.

PUCCINI, Paulo de Tarso; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos Serviços e o Direito à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, vol.20 (5); 1342-53. 2004.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina In Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder**. Buenos Aires: CLACSO, 2014.

RAWLS, John. **Uma Teoria da Justiça**. Trad. Almiro Pisetta e Lenita M. R. Esteves. 2ª ed. São Paulo. Martins Fontes, 1997.

REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. A bioética e suas teorias. In: **Bioética para profissionais da saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 39-62. ISBN: 978-85-7541-390-6. <https://doi.org/10.7476/9788575413906.0003>.

REIS, Thamiza Laureany da Rosa; HONNEF, Fernanda; PADOIN, Stela Maris de Mello, ALVES, Valdecyr Herdy; SOUZA, Ívis Emília de Oliveira. **Promoção da autonomia feminina durante o processo parturitivo: intencionalidade das ações de profissionais de saúde**. *Rev baiana enferm.* 2021;35:e42149.

REZENDE J. **Operação Cesariana**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. Sewell JE. Cesarean Section: a brief history. The American College of Obstetricians and Gynecologists in cooperation with the National Library of Medicine. 1993.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 5.ed. 1987.

RODRIGUEIRO, Daniela Aparecida; MOREIRA, José Cláudio Domingues. O direito social à saúde na perspectiva da constituição de 1988: um direito individual, coletivo e em construção. In: RIPE – **Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos**, Bauru, v.50, n.66, p.143-159, jul./dez. 2016.

RODRIGUES JR., Otavio Luiz. Autonomia da vontade, autonomia privada e autodeterminação: notas sobre a evolução de um conceito na Modernidade e na Pós-modernidade. In: **Revista de Informação Legislativa**, vol. 41, n. 163. Brasília: jul./set. 2004. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/982/R163-08.pdf?sequence=4&isAllowed=y> . Acesso em: 22.01.2023.

RODRIGUES, Jefferson Carlos Tolentino; ALMEIDA, Iago Ethan Silva Ribeiro; NETO, Antônio Guerra De Oliveira; MOREIRA, Tulio Antunes. Cesariana no Brasil: Uma análise epidemiológica. **Revista multitexto**, 2016, v.4, n. 01. p. 48-53. Disponível em: <https://www.ead.unimontes.br/multitexto/index.php/rmcead/article/view/174/103>. Acesso em 10 de janeiro de 2023.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2001.

SAMPAIO, J. A. L. A Constituição Austeriária. Espaço Jurídico **Journal of Law**, Joaçaba, v. 21, n. 1, p. 39-58, jan.-jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.18593/ejll.20702>.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 23. ed. Rio de Janeiro: Record, 2013.

SÃO PAULO. **LEI Nº 17.137**, DE 23 DE AGOSTO DE 2019. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2019/lei-17137-23.08.2019.html#:~:text=Garante%20C3%A0%20parturiente%20a%20possibilidade,quando%20escolhido%20o%20parto%20normal> . Acesso em 01/02/2024

SARMENTO, Daniel. O mínimo existencial. **Revista de Direito da Cidade**, v. 8, n. 4, p. 1644-1689, 2016. DOI: 0.12957/rdc.2016.26034.

SCHRAMM, Fermin. Bioética sem universalidade? Justificação de uma bioética latino-americana e caribenha de proteção. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. **Bases conceituais da bioética**: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia; 2006.

SCHRAMM, Fermin. Proteger os vulnerados e não intervir aonde não se deve. **Revista Brasileira de Bioética**, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 377–389, 2007. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7952>. Acesso em: 25 jul. 2023.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flavio Carvalho. O conceito de Saúde. **Revista de Saúde pública**. São Paulo, v. 31. n.5, out/1997.

SEGRE, Marco; MARCOLINO, José Álvaro Marques. Relação médico-paciente. In: SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (Orgs.). **Bioética**. 3ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008, p.89

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras., 2000.

SILVA, Denis Franco. O princípio da autonomia: da reinvenção à reconstrução. In: MORAES, Maria Celina Bodin de (coord.). **Princípios do Direito Civil Contemporâneo**. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

SILVA, Geicimara Kelen Custódio. Responsabilidade civil médica por violação à boa-fé objetiva. **Revista civilistica.com**, v. 11, n. 3, p. 1-33, 26 dez. 2022.

SILVA, M. E. D. O. S.; DAIBEM, A. M. L.; ANJOS, M. F. D. Contribuições da Bioética da formação do sujeito ético na universalidade. ANAIS DO XI CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOÉTICA, III CONGRESSO DE BIOÉTICA CLÍNICA “BIOÉTICA E DESIGUALDADES”. 16 a 18 de 2015. **Bioética e Educação**, Curitiba, 2016. Disponível em: https://www.sbbioetica.org.br/uploads/Publicacao/2020_10_19/BIOETICA_013-20201019105923.pdf. Acesso em: 5 nov. 2022.

SIQUEIRA, J. E. Médico e paciente: amigos ou estranhos morais? In: **Bioética, cuidado e humanização**, São Paulo, v. II, n. Edições Loyola: IBCC Centro de Estudo, 2013.

SIQUEIRA, José Eduardo de; PORTO, Dora; FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Linhas temáticas da Bioética no Brasil. In: ANJOS, Márcio Fabri dos; SIQUEIRA, José Eduardo de (org.). **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. Aparecida: Ideias & Letras. São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, 2007. p. 161-184.

SIQUEIRA, José Eduardo. Ensaio sobre Vulnerabilidade Humana. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma (Orgs.) **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

SOUZA, Celina. “Estado do campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/0D/rbcsoc/v18n51/15983.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2023.

STEPKE, Fernando Lolas. **Bioética e Medicina: aspectos de uma nova relação**. Tradução Gilmar Saint Clair Ribeiro. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE nº 2188866-94.2019.8.26.0000**. VOTO 25.141. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/wp-content/uploads/2023/09/lei-parto-cesariana.pdf> . Acesso em 10 de dez. 2023.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. **Saúde, corpo e autonomia privada**. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

TRIGUEIRO, T. H: et. al. O uso do plano de parto por gestantes no pré-natal: uma revisão de escopo. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 25, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/44492>. Acesso em: 22 set. 2023

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3):599-613,2005.

VARELIUS, J. The value of autonomy in medical ethics. **Med Health Care Philos.** 2006;9(3):377-88. doi: 10.1007/s11019-006-9000-z. Epub 2006 Oct 11. PMID: 17033883; PMCID: PMC2780686.

VENEZUELA. **Ley Organiza sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violència nº 38.668**. Venezuela, 2007. Disponível em https://siteal.iiiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf . Acesso em dez/2021.

VICTORA, C.G.; AQUINO, E.M., LEAL, M.C. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, London, p. 32-46, May, 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Statement on Caesarean section rates**. 2015. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 09 fev. 2023.

ZANCANARO, Lourenço. Bioética, Direitos Humanos e Vulnerabilidade. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma (Orgs.) **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Autonomia das mulheres: um estudo sobre a escolha de via de parto no SUS

Pesquisador: BRUNA SALES MOURA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 72212223.3.0000.5013

Instituição Proponente: Faculdade de Direito de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.317.090

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa teve seu desenvolvimento centrado na possibilidade de exercício da autonomia das mulheres que vivenciam os partos nas instituições públicas do Estado de Alagoas. Sendo assim, dentro da perspectiva interdisciplinar, buscou-se analisar a temática: a partir da seguinte problematização: “É conferido as gestantes a possibilidade de exercício da autonomia na escolha da via de parto nas instituições públicas de saúde, vinculadas ao Sistema Único de Saúde, no Estado de Alagoas?” No plano metodológico, foi utilizado o método de abordagem será de natureza quali-quantitativo, tendo como raciocínio o hipotético dedutivo, que possibilita uma análise mais profunda das relações, tendo como procedimento a análise de entrevistas através de formulários realizados na plataforma Google Forms. A partir da pesquisa realizada de forma empírica cruzando os dados com o referencial teórico previamente levantado pretende-se concluir que gestantes não conseguem exercer a sua autonomia de forma informada no âmbito das maternidades públicas do Estado de Alagoas, o que representa uma violação aos princípios bioéticos e garantias a direitos fundamentais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar, empiricamente, se o direito subjetivo a autonomia da vontade da gestante na escolha pela via do parto, está amparado pela dignidade da pessoa humana, sendo ela exercida através do livre exercício da autonomia ou do acesso integral ao direito social a saúde. É intenção verificar a

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: cep@ufal.br

Continuação do Parecer: 6.317.090

influência das construções sociais nesse cenário de perpetuação de violências contra a mulher, com ênfase na impossibilidade de exercício da autonomia da escolha da via de parto nas maternidades de Maceió-AL.

Objetivo Secundário:

Levantar dados acerca realidade enfrentada pelas gestantes na assistência à saúde em Maceió/AL junto ao Sistema Único de Saúde e verificar, através de entrevistas, a possibilidade de escolha das mulheres com relação a via de parto (parto vaginal ou cesárea) e as informações necessárias para que seja compreendido a necessidade e possibilidade da via, avaliando os dados e respostas a partir de uma perspectiva centrada nos direitos sexuais e reprodutivos e na dignidade da pessoa humana.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Impactos emocionais que o questionário e as perguntas podem ocasionar na pessoa entrevista, causando irritabilidade ou algum desconforto proveniente de uma memória negativa da experiência que ela pode ter vivenciado. Causar uma percepção distorcida acerca do exercício da autonomia no parto. E a depender da postura e da necessidade da entrevistada para minimizar os riscos serão repassadas as informações necessárias, além de palavras e gestos de acolhimento.

Benefícios:

Os dados coletados através da pesquisa possibilitarão a análise acerca da autonomia da mulher na escolha da sua via de parto, dentro do SUS, permitindo a compreensão sobre o exercício da autonomia, considerando o princípio da dignidade da pessoa humana e o acesso integral a uma saúde de qualidade, como direito social, constitucionalmente garantido. Com isso, espera-se que ao final da pesquisa, o resultado seja apresentado às maternidades em que as entrevistas foram coletadas, esperando, assim, melhorias na assistência as quais se reverter ao em benefício da população no estado de Alagoas

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de mestrado quali-quantitativa, que pretende estudar a autonomia das mulheres na escolha da via de parto no SUS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2038756.pdf

TCLEV03.docx

CARTARESPOSTA01.docx

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: cep@ufal.br

Continuação do Parecer: 6.317.090

TermoResolucao.pdf

PROJETOPESQUISAV03.doc

Recomendações:

Recomenda-se corrigir a paginação do TCLE, na última página consta 4 de 3.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se APROVADO.

Todas as pendências foram atendidas:

1. De acordo com a resolução 466/2012 item IV, subitem b), é necessário que a linguagem seja clara e acessível, utilizando-se das estratégias mais apropriadas à cultura, faixa etária, condição socioeconômica e autonomia dos convidados a participar da pesquisa. Como na descrição dos participantes não é determinado por exemplo grau de escolaridade ou nível socioeconômico, é importante simplificar a linguagem.

Ajuste realizado e arquivo com alterações reanexado.

PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Numeração dos parágrafos e a numeração da página do documento deve considerar o total delas (por exemplo: 1/3, 2/3, 3/3 ... ou página 1 de 3, página 2 de 3, página 3 de 3, etc.).

Ajuste realizado em todo texto e arquivo com alterações reanexado.

PENDÊNCIA ATENDIDA

3. Não consta o período de realização da coleta de dados. Solicita-se a inclusão desta informação.

Ajuste realizado, parágrafo 5, e arquivo com alterações reanexado.

PENDÊNCIA ATENDIDA

4. No TCLE foi colocado que os resultados estarão a disposição da participante no entanto é necessário especificar de que forma isto será feito.

Ajuste realizado no parágrafo 15, e arquivo com alterações reanexado.

PENDÊNCIA ATENDIDA

5. Como alternativa de contato em caso de dúvida ou desconforto foi apresentado o email da pesquisadora, além desta informação é necessário endereço e contato telefônico

Ajuste realizado parágrafo 20, e arquivo com alterações reanexado.

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: cep@ufal.br

Continuação do Parecer: 6.317.090

PENDÊNCIA ATENDIDA

6. É necessário também que seja apresentada uma informação sobre o que é o CEP, sugerimos o texto a seguir:

“Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da UFAL: (82) 3214- 1041. Grupo de avaliadores de projetos de pesquisa científica com objetivo de avaliação ética inicial e continuada do estudo no sentido de preservação do participante da pesquisa. O COMITÊ se responsabiliza pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, respaldado pelas diretrizes éticas brasileiras (Resoluções MS/CNS nº 466/2012, nº 510/2016 e complementares)”.

Ajuste realizado parágrafo 23 e arquivo com alterações reanexado.

PENDÊNCIA ATENDIDA

7. É necessária a inclusão da informação que o TCLE será emitido em DUAS vias do TCLE (Res. nº 466/2012, item IV.5, letra d).

Ajuste realizado e arquivo com alterações reanexado.

PENDÊNCIA ATENDIDA

8. Não há campos de assinatura nem para a pesquisadora, nem para a participante. Solicita-se a inclusão desses campos de assinatura.

Ajuste realizado e arquivo com alterações reanexado.

PENDÊNCIA ATENDIDA

9. É necessário atentar-se que o cronograma em ambos os documentos se encontra com a data de início da coleta de dados anterior a aprovação por este comitê, o que não é permitido. Deve-se modificar as datas para datas posteriores a aprovação e o pesquisador deve inserir no final do quadro ou tabela de cronograma o seguinte texto: “O cronograma previsto para pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, sendo que nos casos em que se exige a aprovação do CONEP, tal exigência deve ser também observada no cronograma”.

Ajuste realizado item 9, página 15, e arquivo com alterações reanexado.

PENDÊNCIA ATENDIDA

10. Com relação ao recrutamento, é necessário esclarecer se esta rede de doulas é uma associação

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

Continuação do Parecer: 6.317.090

ou uma instituição para qual será necessária a anuência do desenvolvimento da pesquisa.

Ajuste realizado no item VII, página 14 e item III página 13, não se trata de uma instituição, mas da rede de contato da pesquisadora.

PENDÊNCIA ATENDIDA

11. Não foi identificado o documento de Declaração de Cumprimento às Normas das Resoluções MS/CNS nº 466/2012 e nº 510/2016 de publicização dos resultados e sobre o uso e destinação do material/dados coletados. É necessário incluir este documento.

Termo preenchido e assinado, anexado na plataforma.

PENDÊNCIA ATENDIDA

12. Sobre o documento anexado com o título EXIGENCIAS01.docx, solicita-se esclarecimentos sobre ele.

Documento deve ser desconsiderado, ele foi feito como uma espécie de carta resposta, as primeiras exigências apresentadas antes da submissão. Porém já foi retirado.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: cep@ufal.br

Continuação do Parecer: 6.317.090

protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).BRUNA SALES MOURA

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2038756.pdf	19/09/2023 17:01:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEV03.docx	19/09/2023 17:00:16	BRUNA SALES MOURA	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA01.docx	19/09/2023 16:51:58	BRUNA SALES MOURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISAV03.doc	19/09/2023 16:42:19	BRUNA SALES MOURA	Aceito
Outros	TermoResolucao.pdf	19/09/2023 16:32:04	BRUNA SALES MOURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISAV02.doc	27/07/2023 18:00:04	BRUNA SALES MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEV02.docx	27/07/2023 17:59:35	BRUNA SALES MOURA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOFINALASS.pdf	27/07/2023 17:44:11	BRUNA SALES MOURA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

Continuação do Parecer: 6.317.090

MACEIO, 21 de Setembro de 2023

Assinado por:
Carlos Arthur Cardoso Almeida
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

2. 1. A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa que tem como título **AUTONOMIA DAS MULHERES: UM ESTUDO SOBRE A ESCOLHA DE VIA DE PARTO NO SUS**. A pesquisa faz parte do Programa de Pós-graduação em Direito Público da Faculdade de Direito de Alagoas da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), e tem como objetivo avaliar se mulheres que recebem assistência ao parto em Alagoas pelo SUS, conseguem decidir livremente a via de seus partos, o que chamamos de autonomia. *

Marcar apenas uma oval.

CIENTE, DE ACORDO

3. 2. O **motivo deste convite** é que a Sra. se enquadra nos seguintes **critérios definidos para participação da pesquisa**: a) mulher b) maior de 18 anos de idade c) com parto no ano de 2023 d) que tenham parido na rede pública de assistência à saúde e) no estado de Alagoas. *
3. Caso a Sra. não esteja dentro desses critérios, não seja a sua realidade, ou não queira expor as suas opiniões e/ou realidade, pode desistir de participar.
4. Para participar deste estudo a Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer valor (vantagem financeira).
5. A Sra. será esclarecida ao longo deste termo sobretudo que desejar sobre o estudo e estará livre para participar ou recusar-se a participar, ou interrompendo sua participação a qualquer momento.
6. A sua participação é voluntária e a sua desistência em participar não vai ocasionar nenhuma penalidade ou mudança na forma em que é atendido pela pesquisadora.

Marcar apenas uma oval.

CIENTE, DE ACORDO

4. 7. A pesquisadora irá tratar a sua identidade de forma profissional, com sigilo e privacidade, não implicando essa autorização em realização de fotografias, vídeos ou gravações de voz, limitando-se apenas a resposta de um questionário. *
8. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.
9. A Sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Marcar apenas uma oval.

CIENTE, DE ACORDO

5. 10. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada, através do e-mail cadastrado ou contatos fornecidos no ato de participação da pesquisa. *

Marcar apenas uma oval.

CIENTE, DE ACORDO

6. 11. Os principais motivos que nos levam a desenvolver essa pesquisa são: *
- a. a importância jurídica, ética, social e histórica do olhar sobre a vulnerabilidade das mulheres na escolha da via de parto no Sistema Único de Saúde, o que traz impacto no exercício da sua autonomia;
 - b. a preocupação a partir de pesquisas já realizadas que indicam que os serviços de saúde na assistência a gestação, parto e puerpério são prestados de forma precária e insuficiente, impactando na decisão da mulher;
 - c. apesar disso, há, ainda, baixa produção de respostas científicas às questões que se colocam a esse respeito, principalmente na área jurídica;
12. Para este estudo, faremos uma pesquisa chamada de qualitativa que partirá, inicialmente, de uma coleta de dados bibliográficos a partir de livros, artigos, produções científicas publicadas em geral, buscando revisar e analisar o conhecimento consolidado, até então, a respeito da temática de interesse.
13. Posteriormente, em sede de pesquisa empírica, que a fase em que esta entrevista se insere, analisaremos documentos de acesso irrestrito que contenham dados históricos ou atuais relevantes para a pesquisa.
14. A entrevista foi pensada num formato objetivo, onde contará com perguntas importantes para situar a identificação do(a) entrevistado(a) com o contexto da pesquisa, a serem respondidas de forma assinalada, com alternativas apresentadas.
15. Os dados serão coletados após aprovação do projeto no Comitê de Ética e pesquisa, previsto para meados de outubro/2023.

Marcar apenas uma oval.

Ciente, de acordo

9. 21. Concordo que os materiais e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa *
poderão ser utilizados em atividades de natureza acadêmico-científica, desde que
assegurada a preservação de minha identidade.

22. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar
minha decisão de participar, se assim o desejar, de modo que declaro que concordo em
participar desse estudo e recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e
Esclarecido.

23. Se a sra. tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá
contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da UFAL: (82) 3214- 1041. Grupo de
avaliadores de projetos de pesquisa científica com objetivo de avaliação ética inicial e
continuada do estudo no sentido de preservação do participante da pesquisa. O COMITÊ
se responsabiliza pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos das pesquisas
envolvendo seres humanos, respaldado pelas diretrizes éticas brasileiras (Resoluções
MS/CNS nº 466/2012, nº 510/2016 e complementares).

Este TCLE será emitido em duas vias, conforme Res. Nº 466/2012, item IV,5, Letra d.

Marcar apenas uma oval.

Ciente e de acordo

PERFIL SOCIOECONOMICO E PESSOAL

10. NOME COMPLETO *

11. CPF *

12. CONTATO TELEFÔNICO *

13. DATA DE NASCIMENTO *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

14. Quanto as suas características físicas (fenótipos). Como você se identifica? *

Marcar apenas uma oval.

BRANCA

PARDA

NEGRA

INDIGENA

Outro: _____

15. GRAU DE ESCOLARIDADE *

Marcar apenas uma oval.

ANALFABETA

ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO

ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO

ENSINO MEDIO INCOMPLETO

ENSINO MÉDIO COMPLETO

SUPERIOR INCOMPLETO

SUPERIOR COMPLETO

PÓS GRADUADA

16. QUANTAS PESSOAS MORAM NA MESMA CASA QUE VOCÊ? (INCLUINDO VOCE, FILHOS, IRMÃOS, ETC) *

Marcar apenas uma oval.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Entre 6 e 10
- Mais que 10

17. QUAL O VALOR DA SOMA DA RENDA DA SUA FAMILIA? ENTENDA COMO FAMÍLIA PESSOAS QUE MORAM NA MESMA CASA QUE VOCE *

Marcar apenas uma oval.

- NÃO HÁ
- ATÉ UM SALARIO MINIMO
- ENTRE 1 E 2 SALARIOS
- ENTRE 2 E 3 SALÁRIOS
- ENTRE 3 E 4 SALÁRIOS
- ENTRE 4 E 5 SALÁRIOS
- MAIS QUE 5 SALÁRIOS

18. QUAL SUA OCUPAÇÃO? *

Marque todas que se aplicam.

- DOMESTICA INFORMAL - REMUNERADO
- DOMESTICA FORMAL - REMUNERADO
- COMERCIO
- INDUSTRIA
- PROFISSIONAL LIBERAL
- EM CASA - INFORMALMENTE - AUTONOMA
- NA RUA - INFORMALMENTE - AUTONOMA
- SERVIDORA PÚBLICA
- ESTUDANTE
- DOMÉSTICA - NÃO REMUNERADA
- PROFISSIONAL AUTONOMA FORMAL
- Outro: _____

SOBRE SUA GESTAÇÃO

19. QUANTOS FILHOS VOCÊ TEM? (INCLUINDO O SEU NOVO BEBE) *

Marcar apenas uma oval.

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- MAIS QUE 6

20. SE MAIS DE UM, COMO FOI/FORAM SUA(S) EXPERIÊNCIA(S) DE PARTO(S) ANTERIOR(ES)? *

Marcar apenas uma oval.

- Positiva
- Negativa
- Houveram mais de uma experiência, sendo positiva e negativa

21. COM QUANTAS SEMANAS VOCE DESCOBRIU A GESTAÇÃO? *

Marcar apenas uma oval.

- Entre 0 e 12
- Entre 12 e 20
- Entre 20 e 30
- Com mais de 30 semanas

22. ONDE VOCE FEZ SEU PRÉ-NATAL *

Marque todas que se aplicam.

- UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - POSTO DE SAÚDE
- HOSPITAL OU OUTRA INSTITUIÇÃO PÚBLICA
- CONSULTÓRIO/ MÉDICO PARTICULAR
- ASSISTÊNCIA MÉDICA COMPLEMENTAR (PLANO DE SAÚDE)
- Opção 6

23. QUANTAS CONSULTAS DE PRE NATAL VOCE FOI? *

Marcar apenas uma oval.

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-8
- 9 OU MAIS

24. PARTICIPOU DE ALGUM GRUPO DE GESTANTES OU RODA DE CONVERSAS *
SOBRE A GESTAÇÃO E PARTO?

Marcar apenas uma oval.

SIM

NÃO

25. VOCE ACREDITA TER RECEBIDO INFORMAÇÕES SUFICIENTES SOBRE OS *
TIPOS DE PARTO E SUAS IMPLICAÇÕES (POSITIVAS E NEGATIVAS)
DURANTE O PRÉ NATAL?

Marcar apenas uma oval.

SIM

NÃO

26. SABE A DIFERENÇAS ENTRE UM PARTO NORMAL E UMA CESÁREA? *

Marcar apenas uma oval.

Sei pelo menos 2 diferenças

Sei em torno de 5 diferenças

Sei mais de 5

Nao vejo diferença

Não vejo semelhança

27. QUAL SUA FORMA DE PARTO DE PREFERÊNCIA NO INCIO DA GESTAÇÃO? *

Marcar apenas uma oval.

NORMAL

CESÁREA

TANTO FAZ

28. HOUVE MUDANÇA DURANTE A GESTAÇÃO DA SUA PREFERÊNCIA ACERCA DA VIA DE PARTO INICIAL? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

29. Sua decisão acerca da via de parto foi motiva por qual motivo? *

Marcar apenas uma oval.

Me informei e escolhi

Medo da outra via

Não sei ou não quero responder

Segurança

Motivos de saúde - impedimento médico da outra via

30. Durante a gestação você tinha medo do parto ? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

PLANO DE PARTO

31. VOCE JA OUVIU FALAR EM PLANO DE PARTO? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

32. SE A RESPOSTA ANTERIOR FOR SIM: ONDE OU QUEM TE FALOU SOBRE O PLANO DE PARTO? *

Marcar apenas uma oval.

- Profissional de saúde não médico
- Médico (a)
- Doula
- Parente ou amigo
- Não ouvi falar de plano de parto

33. VOCÊ CHEGOU A CONSTRUIR UM PLANO DE PARTO? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

34. SE CONSTRUIU, VOCE FEZ ISSO COM SUPORTE DE QUEM? *

Marcar apenas uma oval.

- FIZ SOZINHA
- DO MÉDICO (A)
- DE OUTRO PROFISSIONAL DA SAUDE QUE ME ACOMPANHOU DURANTE O PRE NATAL
- DE UM PROFISSIONAL DA SAÚDE DIVERSO DO QUE ME ACOMPANHOU NO PRE NATAL
- DOULA
- AMIGO OU FAMILIARES
- ADVOGADA (O)
- Não fiz um plano de parto

SOBRE SEU PARTO

35. DATA DE NASCIMENTO DO SEU BEBE *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

36. ONDE FOI SEU PARTO? *

Marcar apenas uma oval.

- MATERNIDADE PÚBLICA
- MATERNIDADE PRIVADA
- DOMICILIAR PLANEJADO
- DOMICILIAR ACIDENTAL SEGUIDO DE ASSSITÊNCIA EM INSITUIÇÃO PÚBLICA
- OUTRO

37. Qual cidade do estado de ALAGOAS seu bebê nasceu?

38. Seu parto aconteceu no estado de Alagoas? *

Marcar apenas uma oval.

- SIM
- Não

39. QUAL A VIA DE PARTO QUE VOCE TEVE? *

Marcar apenas uma oval.

- NORMAL
- CESÁREA PREVIAMENTE AGENDADA (PULE PARA QUESTÃO XXX)
- CESÁREA DE EMERGENCIA
- INÍCIO DE TRABALHO DE PARTO NORMAL SEGUIDO DE UMA CESÁREA A PEDIDO MEU
- NORMAL ACIDENTAL - ERA PARA SER UMA CESÁREA E NÃO DEU TEMPO, CALHOU EM UM PARTO NORMAL
- Outro: _____

40. VOCE FOI INFORMADA SOBRE OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS DURANTE O PARTO?

Marcar apenas uma oval.

- SIM
- NÃO
- NÃO SEI / NAO QUERO RESPONDER

PERECPÇÃO ACERCA DE EXPERIÊNCIAS ANTERIORES E DO PARTO

41. COMO VOCÊ JULGA A SUA EXPERIÊNCIA DE PARTO? *

Marcar apenas uma oval.

- EXCELENTE
- BOA
- INDIFERENTE
- RUIM
- PESSIMA
- SOFREDORA

42. VOCE ACREDITA QUE TEVE LIBERADADE PARA ESCOLHER SOBRE SUA VIA DE PARTO *

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

43. SEU PARTO FOI COMO VOCÊ PLANEJOU? ESTAVA DENTRO DAS SUAS EXPECTATIVAS COMO ELE ACONTECEU? *

Marcar apenas uma oval.

- SIM ESTAVA DENTRO DO QUE EU ESPERAVA
 FOI PIOR QUE O QUE EU IMAGINEI
 FOI MELHOR QUE O ESPERADO
 NAO SEI/NAO QUERO RESPONDER

44. VOCÊ ACREDITA TEVE UMA BOA ASSISTÊNCIA AO PARTO? *

Marcar apenas uma oval.

- SIM FUI BEM ASSISTIDA
 SIM FUI BEM ASSISTIDA, MAS O PARTO É DOLOROSO MESMO
 NÃO FUI BEM ASSISTIDA

45. Tem algo que você queira relatar ?

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

