



VII JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE
Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura
ISSN: 1982-5544

**AUTONOMIA DA GESTANTE NA ESCOLHA DE PARTO NA REALIDADE DA
PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR BRASILEIRA**

**Juliana Gabiatti de Macedo¹
Roosevelt Arraes²**

RESUMO

Atualmente, observa-se que as mulheres brasileiras em período gestacional têm vivenciado duas realidades distintas na prestação de assistência médico-hospitalar que, entretanto, convergem para um mesmo problema. As gestantes atendidas no setor público, pelo Sistema Único de Saúde – SUS, não possuem direito a escolha do parto. Em contrapartida, as gestantes atendidas no setor privado têm direito a essa escolha; contudo se questiona se essa é realmente consciente e isenta de influências externas. As duas realidades apontam para uma ausência de liberdade de escolha das mulheres grávidas. Nesse contexto, analisar-se-á o processo de medicalização do parto, a realidade brasileira atual da prestação de assistência médico-hospitalar à gestante, a autonomia na escolha de parto e o papel do Estado na intermediação dos interesses envolvidos.

Palavras-chaves: Parto, Medicalização, Assistência Médico-Hospitalar, Autonomia.

1 INTRODUÇÃO

O parto é meio pelo qual se dá o nascimento de um novo indivíduo, consistindo na saída do nascituro do útero materno. No decorrer da história, a medicina passou a ser detentora de verdades praticamente incontestáveis e os avanços da medicina e das tecnologias propiciaram um conhecimento aprofundado do processo parturitivo que atenuou a mortalidade materno-infantil. A parturição adentrou definitivamente na esfera de competência médica num contexto de estruturação social. O parto deixa, portanto, de ser tratado como um evento fisiológico para ser visto sob um viés patológico. O médico passa a exercer o papel principal no processo de parto, relegando à mulher um papel secundário e passivo. A atitude paternalista do médico na generalidade da prática médica, concentrando todo o poder

¹ Acadêmica do Curso de Direito do Centro Universitário Curitiba

² Mestre em Filosofia Política e Jurídica pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, professor e pesquisador do Centro Universitário Curitiba



VII JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE

Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura

ISSN: 1982-5544

decisório em sua figura, passa a ser questionada e reavaliada ao reconhecer-se a autonomia do paciente como pessoa humana. Entretanto, ainda hoje se revela essa postura médica na relação com a gestante.

O vertiginoso avanço das ciências médicas suscita confrontos entre ciência e preceitos éticos. O processo envolvido na parturição tem como atores a gestante, o nascituro, o médico, a família, o Estado e as instituições hospitalares, cada qual com seus interesses. Devido à relevância da natureza dessas relações advinda do flagrante atrelamento com o direito à vida e à dignidade humana, há de ser sobreponderado quais interesses são realmente legítimos.

A assistência médico-hospitalar à gestante no Brasil tem apresentado dados estatísticos que confrontam o preconizado pela Organização Mundial de Saúde – OMS. Esta elegeu a modalidade de parto normal como a mais benéfica, recomendando um percentual máximo de partos cesáreos muito inferior ao percentual existente no Brasil divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. As estatísticas revelam, implicitamente, uma discrepância que reside no fato de as mulheres, quando oportunizada a escolha da via de parto, optarem por um parto com mais riscos e comprovadamente menos benefícios na maioria dos casos.

Dentro desse contexto, o presente trabalho baseado em pesquisa bibliográfica e dados oficiais, utilizando o método dedutivo, pretende discorrer sobre a autonomia da gestante no processo de escolha do parto sob a luz da Bioética, primeiramente contextualizando o desenvolvimento da prática médica do parto, seguindo à apresentação da realidade brasileira na prestação de assistência médico-hospitalar, aos interesses envolvidos e o possível confronto entre eles, e, por fim, tentando apontar qual seria o posicionamento do Estado na mediação das relações inseridas nesse processo.

2 PARTO: HISTÓRICO E MEDICALIZAÇÃO

O parto é o ponto culminante de todos os aspectos – físicos, psicológicos e sociais – que o processo da gravidez envolve. A chegada de um novo indivíduo implicará em uma drástica mudança na vida social da mulher. Primeiramente, assumirá o papel social de mãe, o que lhe incumbirá ser a principal, se não exclusiva, responsável por prover todas as demandas da criança. Esse fato, além de criar novas e grandes responsabilidades, repercutirá em toda a sua cadeia de relações: trabalho, família, sociedade. A profissional mulher, somente pela



VII JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE

Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura

ISSN: 1982-5544

possibilidade de vir a se tornar mãe, enfrenta preconceitos no mercado de trabalho; as que já se tornaram têm que arcar com a chamada “dupla jornada”. A mãe solteira, além de todas as dificuldades inseridas no fato de se criar sozinha uma criança, tem que sofrer com as discriminações sociais frutos de um preconceito moral. Ademais, tem-se o problema discutido amplamente da gravidez na adolescência. Em razão disso, a estrutura da sociedade já sofreu várias adaptações para comportar as necessidades das mulheres, mas há ainda um longo caminho a ser perquirido, justamente porque se tratam de meras adaptações. Diante de todas as implicações que a maternidade traz consigo, fica evidente a necessidade de um trato diferenciado à mulher gestante na condução de todo esse processo que desembocará no parto.

Historicamente, partear foi durante muito tempo assunto exclusivo das mulheres. Registros antropológicos (SABATINO; SABATINO, 2004) demonstram que no início da pré-história as mulheres pariam sozinhas, em lugar isolado, na posição vertical. Posteriormente o parto passa a ser auxiliado por magos, familiares ou parteiras, tendo uma simbologia de coragem, força, envolta inclusive por uma aura mística, o que atribuía certo poder às mulheres (GRIBOSKI, 2004, p. 42).

Adentrando na História Antiga, os partos eram feitos em casa por pessoas experientes da comunidade, pelo próprio marido ou por parteiras empíricas, no domicílio, com a gestante em posição vertical. No período Medieval, os nascimentos passam a ser feitos por parteiras regulamentadas. Essa regulamentação se deu com a finalidade de controle por parte do Estado e da Igreja, sob a alegação de impedir o aborto e o infanticídio, coincidindo com a perseguição às feiticeiras, muitas dessas parteiras empíricas e benzedoras que normalmente possuíam influência na comunidade por conhecerem ervas e infusões curativas.

No período abrangido pela História Moderna, os partos com complicações passam a ter a intervenção do médico e acarretavam na perda, pela mulher, de cinco virtudes “pudor, pureza, fidelidade, bom exemplo e espírito de sacrifício” (SABATINO, 2004, p. 4). Esse foi um dos fatores que levaram à relutância das mulheres em utilizar serviços médico-hospitalares durante um longo período de tempo.

Somam-se a esse processo de medicalização do parto a criação do fórceps pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain, a adoção do parto em posição horizontal, o avanço tecnológico e industrial. Esses avanços, consubstanciados em novas técnicas de cirurgia, anestesia e assepsia, ao reduzirem os índices de mortalidade materna e infantil, contribuíram para institucionalização do parto na idade Contemporânea.



VII JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE

Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura

ISSN: 1982-5544

A figura da parteira passa cada vez mais à marginalização, uma vez que a medicina se legitimara como única detentora dos saberes sobre o funcionamento do corpo. O parto passa da esfera privada, íntima e feminina à esfera pública onde a mulher é apenas um sujeito passivo.

A medicalização do corpo feminino está pautada na construção ideológica acerca da maternidade e em um projeto maior de higienização da sociedade que almejava a organização desse organismo para o bom funcionamento do Estado (FOUCAULT, 1980, p. 37-38).

A preocupação dos governos com o controle populacional, a mortalidade infantil, e garantir provisão de força de trabalho requereu a valorização da vida e, paradoxalmente, do papel da mulher no espaço doméstico. Atribui-se a ela uma “natureza feminina” consubstanciada na idéia de que biologicamente a mulher tem a finalidade de reproduzir, gestar, amamentar e cuidar de sua prole (VIEIRA, 2002, p. 32). Tal o discurso, pautado em fatos biológicos que a caracterizam fêmea, surgiu com o objetivo de uma nova organização social baseada na divisão de gênero que subsiste até os dias atuais. Portanto, deduz-se que o discurso não derivou da constatação empírica biológica, mas na verdade serviu-se desse fato para implementar um modelo econômico estruturado na divisão de gênero (SCOTT, 1998, p. 115).

Contudo, o processo de medicalização do corpo feminino e do parto não foi tarefa fácil e enfrentou dificuldades. Alguns fatores obstaculizaram esse apossamento de saberes e corpos como: 1) o pudor das mulheres perante os médicos, 2) a falta de técnica e domínio da medicina na área, 3) a disputa por esse espaço com as parteiras, 4) o preconceito dentro da própria medicina, uma vez que o parto era antes de competência exclusiva de mulheres. A própria etimologia da palavra obstetrícia (VIEIRA, 2008, p. 50), derivada do latim *obstetricum* (*obs* = estar diante de; *tetricum* = tétrico, mórbido), demonstra os valores relacionados, naquela época, a esse novo campo de atuação médica.

Mas o principal óbice ao apoderamento dessa área pela medicina era o de que os hospitais da época eram abrigos de pobres e doentes, sem o desenvolvimento de técnicas de assepsia, o que ocasionou o surgimento da infecção puerperal (VIEIRA, 2008, p. 50).

Com o aprofundamento dos estudos científicos, a descoberta dos agentes bacterianos, medidas preventivas de higienização, a criação da penicilina e o aprimoramento da técnica, o hospital afastara seus efeitos negativos através de uma disciplinarização de seus espaços e habilitando-se como local adequado ao parto.



VII JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE
Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura
ISSN: 1982-5544

3 REALIDADE BRASILEIRA DA PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR À GESTANTE

Na contextualização da realidade da prestação de assistência médico-hospitalar à gestante, é previamente necessária uma abordagem acerca das modalidades de partos. A nomenclatura médica distingue o parto em duas modalidades, sendo o de via alta como o realizado cirurgicamente e o de via baixa, o vaginal. Essa última é a recomendada pela Organização Mundial de Saúde – OMS e pelo Ministério da Saúde do Brasil, por ser considerada mais benéfica e segura para a mãe e o bebê.

Quanto às vantagens do parto normal, diversos estudos, que consubstanciaram a escolha da Organização Mundial de Saúde, apontam a relevância deste ao apresentar um risco reduzido de infecção hospitalar e complicações, uma recuperação rápida da mãe, propiciar a amamentação imediata do bebê, estabelecer o vínculo entre a mãe e o filho no momento subsequente ao parto e proporcionar menor incidência de problemas respiratórios ao bebê. As desvantagens consistiriam nas dores do trabalho de parto e o uso inadequado de intervenções da equipe médica que poderiam causar danos ao períneo, uretra e pelve.

Já o parto cesáreo é realizado cirurgicamente por intermédio de uma incisão no abdômen da gestante que chega até o útero. Sendo considerado procedimento de médio a grande porte, os riscos envolvidos são mais elevados e levaram à opção da OMS de privilegiar o parto normal, recomendando que haja uma taxa máxima de 15% de partos cesarianos nos países (ANS, p. 2). A priori, a cesariana seria um procedimento adotado somente em casos de gestação de risco ou de complicação do trabalho de parto.

No pólo dos riscos e desvantagens da cirurgia adverte-se que é mais freqüente a ocorrência de infecção e hemorragias, além da possibilidade de laceração acidental de algum órgão. Em relação ao recém-nascido, constata-se também uma maior frequência de prematuridade e síndrome de angústia respiratória, uma vez que é tirado antes do previsto sem a preparação do seu organismo para a vida externa.

Atualmente, tende-se a um movimento de humanização do parto que consiste em um cuidado em todo o processo envolvido na gestação (pré-natal, parto, nascimento e amamentação) baseado na compreensão deste como evento natural e fisiológico protagonizado pela mulher.



VII JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE

Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura

ISSN: 1982-5544

O parto normal é realizado quase que exclusivamente na rede pública, pelo Sistema Único de Saúde – SUS, por imposição estatal, onde, infelizmente, o serviço de assistência à gestante é precário. Primeiramente, quem acompanha a gestante em todo o pré-natal não é o médico que realizará o parto, o que traz um sentimento de insegurança e impessoalidade. Ademais, as instalações normalmente são precárias, várias parturientes juntas em um mesmo ambiente proporcionando total falta de privacidade. Outro problema grave, dentro dessa assistência despersonalizada, é que quando há algum fator complicador do trabalho de parto, ensejando uma cesariana, a decisão de proceder à cirurgia se dá em caráter de emergência. Todos esses fatores contribuem para que o parto seja visto com medo e, muitas vezes, como evento traumático.

Na rede de assistência médico-hospitalar privada, que dispõe de melhor suporte de instalações, equipamentos e serviços, constata-se através da análise de dados estatísticos, uma discrepância entre o que cientificamente mostra-se como a modalidade de parto mais segura e a realidade dos partos efetuados.

A Organização Mundial de Saúde, embasada em pesquisa diversificada sobre o tema, elegeu o Parto Normal como o mais benéfico e preconiza a taxa máxima de partos cesáreos em 15% do total de partos, percentual de casos em que se verifica a concreta necessidade de intervenção cirúrgica.

No Brasil, no ano de 2001, o índice de partos cesarianos no setor suplementar era de 80 %, o mais alto do mundo (ANS, 2012). A taxa de partos realizados na modalidade cirúrgica atingiu o percentual de 50% do total de partos realizados de acordo com os dados oficiais disponibilizados pelo Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS (DATASUS, 2012). Constata-se também que os percentuais não são homogêneos, e que as regiões mais desenvolvidas possuem os índices mais altos de incidência do parto cirúrgico.

Os dados oficiais mais recentes ainda apontam que as taxas de parto cesáreo na rede privada são de 82% (PORTAL DA SAÚDE, 2012) e que têm relação com o grau de instrução da mãe. Verifica-se que o percentual de partos cesáreos é maior entre as mulheres com mais anos de estudo “chegando a quase 70% entre aquelas com 12 anos ou mais de escolaridade” (IBGE, 2009, p. 11-12).

As estatísticas deixam evidente que outros fatores distintos de fatores clínicos estão influenciando a modalidade de parto adotada maciçamente no país. Afinal, como explicar a



VII JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE

Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura

ISSN: 1982-5544

opção por um parto cirúrgico, recomendado a casos específicos e excepcionais, que possui mais riscos e desvantagens à saúde tanto da parturiente quanto do nascituro?

Analisando-se a relação de aumento das taxas de cesárea com o desenvolvimento econômico regional, concluiu-se que a modalidade cirúrgica adquiriu um caráter diverso de procedimento médico: o de atividade lucrativa (RATTNER, 1996, p.19-33).

Esse conjunto de dados e informações leva à reflexão dos fatores que realmente determinam a via de parto eleita pelas brasileiras e se os princípios bioéticos são observados.

A escolha pela modalidade cirúrgica apresenta como fatores específicos: 1) o medo que as mulheres têm de sentir dor; 2) a influência do médico que indica o parto cirúrgico como o que apresenta menos riscos; 3) a conveniência de se poder escolher a data e a hora do parto; 4) o receio de que um parto normal afete seu desempenho sexual e consequente necessidade de cirurgia de períneo; 5) a comodidade de não ter que ser responsável por escolher, numa postura de passividade, em que todas as responsabilidades serão do profissional médico; 6) o aproveitamento da cirurgia para fazer laqueadura; 7) o *status* de se optar por uma cesariana que é “parto de rico”.

A respeito do medo com que é visto o desencadear natural do parto, pelas mulheres, se tem a imprevisibilidade e o seu caráter irreversível. A mulher após o parto mudará sua vida significativamente e para sempre, e sendo um processo abrupto em comparação à gravidez (MALDONADO, 2002, p. 67) fazendo que as mulheres sintam-se confortáveis com a previsibilidade da cesárea eletiva.

Já a preocupação com o comprometimento do futuro desempenho sexual com o parceiro, à primeira vista, é explicada pela crença no mito de que o parto normal alteraria a fisiologia do canal vaginal ao torná-lo mais largo.

Analisando-se sob uma perspectiva psicológica, a ideia que se construiu de que o parto normal é um evento desagradável e sujo, pode ser justificada pela visão da moral cristã que dissocia a procriação do sexo. As principais figuras femininas da tradição cristã são Eva e Maria. A primeira é associada ao erotismo e ao pecado, enquanto que a segunda representa a pureza, a maternidade santificada, uma vez que concebeu sem a prática sexual (MALDONADO, 2002, p. 15-16). É uma compreensão que faz a separação entre a mulher-mãe e a mulher-fêmea, e que acaba por embasar pensamentos machistas, verificáveis facilmente na atual sociedade brasileira. Essa percepção, não explicitada racionalmente, permeia o subconsciente coletivo, sendo fator que faz com que pessoas tidas como informadas



VII JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE

Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura

ISSN: 1982-5544

escolham o parto cirúrgico e asséptico por não se vincular ao fator biológico e sexual que origina o nascimento.

A postura de passividade em delegar todas as decisões ao médico também se justificaria pela dificuldade de assumir a função maternal e de, psicologicamente, se sentir “uma garotinha que precisa ser ‘poupada’” (MALDONADO, p.84) e cuidada pelo médico.

Passando-se à influência exercida pelo médico nesse processo de escolha da modalidade de parto, elenca-se que a remuneração idêntica das modalidades favorece a comodidade do médico em realizar partos com horário certo; o despreparo profissional na arte do parto normal consubstanciado na desumanização do atendimento médico; uso excessivo de tecnologia pelo temor dos processos judiciais (ZUGAIB, 2012, p. 4-5).

Na perspectiva dos hospitais e planos de saúde os seus interesses econômicos concorrem para a opção de parto. O parto cirúrgico é mais lucrativo na esfera de atendimento privada por envolver: anestesia, equipe de enfermagem, maior número de material hospitalar, medicamentos, mais tempo de internação e em algumas circunstâncias necessidade de internação em Unidade de Tratamento Intensivo – UTI Neonatal. Tudo isso contemplado ainda pelo planejamento que a modalidade cirúrgica proporciona e a normal não.

No concernente à influência exercida pelo Estado na escolha de parto, a modalidade de parto normal é imposta na rede de atendimento pública por alguns motivos aparentes. Além de o Estado tentar nivelar no país o índice de partos cesarianos preconizado pela Organização Mundial de Saúde, através do atendimento dado pelo Sistema Único de Saúde - SUS, o parto normal é menos dispendioso (PORTAL DA SAÚDE).

Verifica-se, portanto, a escolha da modalidade de parto sofrer a influência de vários interesses, por vezes não legítimos, que a tornam um problema multifatorial de análise complexa.

Além das estatísticas e de vários estudos realizados sobre o tema, notícias têm veiculado os problemas que as futuras mães enfrentam na realidade da assistência médica brasileira, demonstrando a inequívoca interferência de interesses diversos dos da gestante e do nascituro.

4 AUTONOMIA DA GESTANTE

Notadamente, o que difere o ser humano na natureza é a sua racionalidade e conseqüente capacidade de decidir. O homem ao nascer é totalmente dependente de cuidados,



VII JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE

Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura

ISSN: 1982-5544

motivo pelo qual não dispõe de autonomia. Com o seu crescimento, para adaptação ao meio social em que vive, parcelas de autonomia lhe vão sendo concedidas até o ponto de ser capaz de reger sua vida por conta própria.

A autonomia é justamente a qualidade de todo ser humano, capaz, dotado de racionalidade, em pleno gozo de suas faculdades mentais, de se autodeterminar, tomando todas as decisões na condução de sua vida.

Os ordenamentos jurídicos se baseiam nessa capacidade de discernimento dos seus cidadãos, razão pela qual não teria sentido uma estruturação de regras se esses não gozassem dessa qualidade. Portanto, negando-se ao homem sua capacidade de autonomia, nega-se sua natureza humana.

Pode-se também inferir que a autonomia está intrinsecamente ligada à liberdade do indivíduo, pois não se pode ser livre quando não há autodeterminação. O direito à liberdade é basilar em um Estado Democrático de Direito, e a Constituição da República Federativa do Brasil promulga o direito individual à liberdade como fundamental já no seu artigo 5º (BRASIL, 2009).

O constitucionalista José Afonso da Silva conceitua a autonomia do ser humano como consubstanciadora da liberdade na classificação dos direitos fundamentais (SILVA, 2008, p.183).

Por ser a autonomia fundamento intrínseco ao direito de liberdade, o indivíduo destituído dessa prerrogativa não poderia ser considerado livre, tampouco ser cidadão. Autonomia seria a independência da vontade de todo o desejo e a razão norteadora dessa vontade (KANT, 2011, p. 80-81), sendo indispensável que o indivíduo pense por si só, com o uso exclusivo de sua razão, independentemente da influência de outros para sua vontade ser considerada livre (KANT, 1985, p. 101-117).

O direito à liberdade possui muitas facetas, e alguns podem argumentar que esse não pode ser visto como inatingível, que existem fundamentos que legitimam sua restrição. Entretanto, esse argumento é válido para um conceito de liberdade como licença e não para conceito aqui aludido. O conceito de liberdade ligado à autonomia do sujeito, e não restringível, é o de liberdade como independência, a condição de uma pessoa como independente e igual e não como subserviente (DWORKIN, 2010, p. 404).

Essa face do direito à liberdade, fundamentado na autonomia, é princípio que permeia toda a infraestrutura jurídica. Pode-se afirmar que a dignidade da pessoa humana, norteadora



VII JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE

Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura

ISSN: 1982-5544

do ordenamento jurídico pátrio, depende do efetivo exercício dessa liberdade como independência.

No âmbito específico da atuação da medicina, o dever de respeito à autonomia do paciente é contemplado e indispensável à prática médica.

O direito à escolha de parturição pela gestante, quando circunstâncias fisiológicas não a limitam, é direito individual não restringível, cabendo ao Estado garantir a informação à mulher, promovendo sua autodeterminação, assim como o respeito a esse direito fundamental. O princípio da autonomia, dentro da liberdade individual, preconiza que a pessoa sabe o que é melhor para si, devendo decidir com pleno conhecimento e consciência. Assim, o dever de informação do médico perante o paciente não pode ser afastado para que esse possa exercer livremente sua vontade (ALMEIDA, 2000, p. 6).

Dentro da construção do sistema jurídico vigente, é inegável a imprescindibilidade do direito à liberdade e do poder de autodeterminação do indivíduo. As mulheres não podem ser tolhidas desse poder e serem tratadas como objetos, havendo a necessidade da promoção de um atendimento digno à gestante como direito de cidadania a qual necessita de autonomia e liberdade para ser exercida.

Ao longo da história, muitas foram as reivindicações de direitos pelas mulheres. O atual tratamento dado à gestante, em todo o processo de assistência ao parto, tolhendo sua autonomia, pode significar verdadeiro retrocesso nas conquistas femininas, o que repercute negativamente na sociedade como um todo. O papel da mulher como agente de mudanças e transformações sociais é de inegável importância (SEN, 2000, p. 220-221).

O paternalismo na relação médico-paciente, advindo da detenção de um saber específico do médico que lhe coloca numa situação de superioridade em relação ao paciente, não pode ensejar a aniquilação da vontade do paciente. A atitude paternalista do médico, que desconsidera a autonomia do seu paciente, demonstra a anulação da pessoa do paciente como indivíduo singular (COSTA, OSELKA e GARRAFA, 1998, p. 48-49).

É importante ressaltar ainda não ser a gravidez por si só uma doença que pressupõe um tratamento, o que torna ainda mais reprovável a supressão do direito de escolha e autonomia da mulher na prestação de assistência médico-hospitalar.

Constata-se que os médicos, detentores do conhecimento especializado do processo parturitivo e acreditando serem os únicos capacitados a ter um poder decisório sobre esse



VII JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE

Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura

ISSN: 1982-5544

processo, não informam adequadamente a paciente gestante que, por sua vez, fica em posição vulnerável e destituída de qualquer autonomia.

A autonomia da mulher na escolha da melhor forma de parir ainda é respaldada pela garantia constitucional ao livre planejamento familiar. A escolha de engravidar, de quem, em que momento da vida e onde ter esse filho faz parte desse planejamento cabível à mulher (BRASIL, 2009).

Quanto aos interesses do nascituro, verifica-se que a proteção de seus direitos é dada pelo ordenamento jurídico em sua legislação infraconstitucional, uma vez que a Constituição silencia sobre o início da vida, assegurando o direito à vida e à dignidade da pessoa humana ao indivíduo-pessoa que ultrapassou a fronteira da vida intra-uterina.

Em análise dos referidos dispositivos legais, a escolha da modalidade do parto pela mulher não confrontaria o ordenamento jurídico quando não colocasse em risco a saúde ou a viabilidade do nascituro. Entretanto, como já visto, o parto é um processo de interação de mecanismos fisiológicos entre mãe e bebê, muito influenciado pelo estado psicológico da gestante o que o torna muito subjetivo, sendo difícil mensurar previamente como a escolha da gestante poderá, deliberadamente, prejudicar o nascituro. Por mais que, em termos gerais, exista uma modalidade de parto considerada a mais benéfica, o processo parturitivo envolve muitos aspectos individuais para se afirmar que a escolha da gestante, sabendo de suas limitações, não foi a melhor que ela poderia tomar.

Levando-se em conta que a intervenção do parto se dará no corpo da gestante, sendo somente a própria gestante a detentora do saber de suas capacidades e limitações, a imposição de uma modalidade de parto para o qual ela não se sente preparada, independente de suas motivações, é que poderia sim causar grandes danos à sua integridade e à do nascituro. Diante disso, quem mais legitimado que o indivíduo em cujo corpo se processará o fenômeno do parto para saber de fatores tão subjetivos como a sensação de dor (a qual é comprovadamente distinta de indivíduo para indivíduo)?

Ademais, a parturiente, no exercício do pátrio poder, será a responsável por todos os cuidados e criação do bebê até este atingir a maioridade. Portanto, afirmar que essa mulher não é capaz de fazer escolhas conscientes desde a gestação, implicaria em reconhecer que a mesma é incapaz de se orientar devidamente, e de considerar o melhor interesse do indivíduo a quem dará a luz. O reconhecimento da responsabilidade do indivíduo por seus atos só se dá com a compreensão do papel de agente do mesmo (SEN, 2000, p. 221).



VII JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE

Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura

ISSN: 1982-5544

Sendo assim, a mera alegação de que a mulher exercendo sua independência, como ser autônomo e responsável por suas escolhas, poderia confrontar os interesses do nascituro, sendo necessária a sua total submissão às decisões médicas e à imposição estatal do que considera melhor para ela, não merece respaldo. No caso do Estado, como promotor de garantias e direitos, não cabe o papel de impor uma escolha pertencente à esfera de liberdade de suas cidadãs.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres, ao longo da história, tiveram usurpada sua autonomia de forma ampla, não lhes era reconhecida a capacidade de escolha de qualquer natureza. A intervenção se dava não só em seu corpo como em sua mente através de padrões de comportamento pré-estabelecidos. Dentro de um contexto maior de estruturação da sociedade, a medicina apropriou-se do saber sobre o corpo feminino e se proclamou como única detentora legítima desse conhecimento. Essa apropriação pela medicina relegou a mulher gestante a um papel coadjuvante e extremamente passivo no processo parturitivo.

Muitas conquistas já foram alcançadas, entretanto, as mulheres ainda não têm a plenitude de seus direitos reconhecidos e concretizados. Os problemas estão nas estruturas de uma sociedade pensada, criada e conduzida por homens, que instrumentalizam o papel da mulher. Ainda se perpetuam, de forma velada, pensamentos de inferiorização do gênero feminino, de que a mulher deve ser tratada como menos capaz, que dissociam a mulher-fêmea da mulher-mãe e tentam suprimir a manifestação de sua sexualidade. Visões que embasam o atual tratamento dado à gestante na prestação médico-hospitalar, o desrespeito à autonomia das decisões dessa gestante e a violência obstétrica.

A assistência médico-hospitalar pública, fornecida pelo Estado através do Sistema Único de Saúde – SUS, muitas vezes, não oportuniza qualquer escolha de via de parto às gestantes e, na maioria dos casos, não oferece informação apropriada, atendimento individualizado e adequado às necessidades da gestante, nem ao menos uma boa infraestrutura. Não só o interesse de promoção dos índices de partos cesarianos preconizados pela Organização Mundial de Saúde como o interesse econômico do Estado motiva a imposição do parto normal. Essa imposição aliada ao despreparo das instituições e dos servidores promove, inclusive, a violência obstétrica em sua forma mais extrema dentro do atendimento da rede pública de saúde.



VII JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE

Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura

ISSN: 1982-5544

Já a realidade da prestação médico-hospitalar privada demonstra estar permeada por interesses diversos da exclusiva promoção de bem-estar do conjunto mãe-bebê. Interesses institucionais, médicos e econômicos interferem na suposta escolha dada à gestante. Violam-se direitos com atendimentos desumanos, com cesarianas desnecessárias, com a desconsideração da autonomia da gestante que não toma suas decisões baseadas em informações idôneas.

A condição de ser humano pressupõe a racionalidade e a capacidade de se autodeterminar, através da tomada de decisões, para atingir o que entende ser uma vida digna e boa. Essa autonomia é indispensável à liberdade do indivíduo e, por sua vez, a liberdade é essencial na organização de um Estado Democrático de Direito. Negando-se a autonomia ao indivíduo, no caso à parturiente, nega-se sua humanidade e se corrompem a estrutura e a razão de ser desse mesmo Estado.

As mulheres gestantes devem poder exercer sua liberdade de escolha de maneira plena nesse momento único e particular, se não o mais significativo e importante de suas vidas, que é o de elas próprias darem a vida a um ser. São duas vidas a serem consideradas e tratadas como singulares. A mulher e seu filho possuem peculiaridades e limites a serem respeitados e não deveriam ser vistos apenas como números. A futura mãe deve ser devidamente esclarecida e informada de todos os atos que lhe dizem respeito e ser livre nas escolhas que considerar mais benéficas para si e seu filho. Sua dignidade deve ser respeitada em todo o atendimento médico-hospitalar, com a devida assistência de instalações, recursos médicos, informações e suporte psicológico.

A falta de domínio da mulher sobre seu corpo, de autonomia na escolha da melhor forma de parto para si, é retrocesso em suas conquistas de liberdade. Urge, portanto, conscientizá-las dessa usurpação, cabendo ao Estado essa tarefa, garantindo a proteção de seus direitos com uma mudança no modelo de assistência obstétrica no Brasil mediante políticas públicas eficazes e distinguindo quais interesses envolvidos na prestação de assistência médico-hospitalar no processo de parto são legítimos de serem tutelados.

REFERÊNCIAS

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). **Dimensão “Atenção à Saúde” - 2a fase Taxa de Parto Cesáreo.** p. 2. Disponível em:



VII JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE
Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura
ISSN: 1982-5544

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude2fase.pdf> Acesso em: 12. set.12.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). **Brasil tem uma das maiores taxas de cesariana na Saúde Suplementar.** Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque_22585_2.asp

ALMEIDA, Aline Mignon. **Bioética e Biodireito.** Rio de Janeiro: Editora Lúmen Júris, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** São Paulo: Saraiva, 2009.

DATASUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.** Disponível em: <http://www.portalodm.com.br/upload/tiny_mce/cesareas.pdf> Acesso em: 25 out.2012.

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério.** 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 1980.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** 22.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

GRIBOSKI, Rejane Antonello. **Humanização do parto à luz da bioética: percepções de mulheres e profissionais de saúde.** 130 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Área de Concentração Bioética, junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira (Org.); OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Coords.). **Iniciação à Bioética.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Nascimentos no Brasil: o que dizem as informações?** Brasil: IBGE, 2009. p. 11-12. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_nasc.pdf> Acesso em: 20 set.2012.

KANT, Immanuel. **Fundamentos da metafísica dos costumes e outros escritos.** Tradução de Leopoldo Holzbach. 2 reimp. São Paulo: Martin Claret, 2011.

KANT, Immanuel. **"Resposta à Pergunta: Que é 'Esclarecimento'?"**. In: Textos Seletos [Trad.: Floriano de Sousa Fernandes]. Petrópolis: Vozes, 1985.

PORTAL DA SAÚDE. **Fiocruz pesquisa preferência das brasileiras pela Cesariana.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/mobile/visualizarNoticia.cfm?cod=4218&tipo=noticia>> Acesso em: 25 out.2012.

RATTNER, Daphne. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol.30, n. 1, p.19-33,1996.

SABATINO, Hugo; SABATINO, Verônica. Resgate das formas de nascer. **Centro de Memória Unicamp**, Campinas, v. 2, n. 4, jan. 2004. Disponível em: <http://www.centrode memoria.unicamp.br/sarao/revista16/PDF/sarao_texto_02.pdf>. Acesso em: 06 set. 2012.



VII JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE
Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura
ISSN: 1982-5544

SCOTT, Joan Wallach. Entrevista. **Revista Estudos Feministas**. Rio de Janeiro: IFCS/UFRJ, 1998. Vol.6. p. 115. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/12037/11314>> Acesso em: 20 set.12.

SEN, Amartya Kumar. **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. p. 322.

SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 32. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do Corpo Feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib obstetrícia**. 2. ed. Barueri: Manole, 2012.